PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO, LWOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY i ODPOWIEDZIALNY:

Dr. AUGUST KWAŚNICKI.

ROK XLIII. — 1904.





KRAKÓW,
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO.
W Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Józefa Filipowskiego.
1904.

SPIS RZECZY
zawartych w Tomie XLIII „Przeglądu Lekarskiego".

(Liczby oznaczają stronice).

I. Artykuły oryginalne.

A. Spostrzeżenia i opisy przypadków, zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

B. Inne artykuły oryginalne.

II. Oceny i sprawozdania.

III. Wyciągi.

IV. Odcinek.

V. Sprawozdania ze zjazdów naukowych.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lekarskiego krakowskiego.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

VIII. Wiadomości bieżące.

W każdym numerze.

IX. Nekrologia.

X. Bibliografia

w każdym numerze, zawiera tytuły prac oryginalnych, pomieszczonych we wszystkich czasopismach lekarskich polskich, oraz w „Časopisie lékaru českych“. „Liečničkim Viestniku“. „Lekařskich Rozhledach“, „Presse médicale“, „Berliner klinische Wochenschrift“, „Wiener klinische Wochenschrift“. „Deutsche medicinische Wochenschrift“ i „Münchener medicinische Wochenschrift“.

Alfabetyczny spis rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdawczych,

(Liczba tłusta oznacza artykuł oryginalny, T. towarzystwo lekarskie, Z. zjazd lekarski).

SPIS AUTORÓW

Rok XLIII. Kraków, 2 Stycznia 1904. Nr. 1.

Redakcya: ulica Basztowa l. 4.

Administracya: Podwale l. 9.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

P. T. Autorów uprasza się, aby równocześnie z nadesłaniem rękopisu zechcieli donieść, czy życzą sobie mieć i ile odbitek.

Ogłoszenia przyjmuja: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie** nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w **Warszawie** księgarnia panów Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38.

Przedpłata wynosi: w Austryi rocznie 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3 50 rsr., **kwartal.** 1·75 rsr. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek, kwartalnie 4 marki.

Jeden numer osobno kosztuje 40 hal.

Treść:

Administracya „Przeglądu lekarskiego" uprasza P. T. prenumeratorów o odnowienie przedpłaty na rok 1904, która wynosi:

w Austryi rocznie . . . . 20 Koron
w Król. polskiem i Ces. rosyjskiem rocznie 7 Rubli
w Niemczech rocznie . . . . . . 16 Marek
we Francyi „ . . . . 30 Fr.

☞ **P. P. prenumeratorów, którzy zalegają z przedpłatą za rok przeszły uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.**

Rok XLIII. Kraków 2 Stycznia 1904. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Spostrzeżenia z zakładu anatomii patologicznej prof. Dra Browicza w Krakowie.

Odma pęcherzykowa jelit *(Pneumatosis cystoides intestinorum).*

Podał

Dr. Stanisław Ciechanowski,
asystent Zakładu, prof. nadzw. U J.

(Według wykładu na Zjeździe chir. polskich)

Wśród zmian, zdarzających się w ustroju ludzkim, szczególne zajęcie budziły zawsze sprawy, cechujące się obecnością gazów wśród tkanek, a nawet wytwarzaniem się baniek wolnego gazu we krwi w naczyniach krwionośnych. W ostatnich czasach poznano lepiej zmian tych dwa rodzaje, mianowicie co do ich etyologii; jedną z nich jest klinicznie wielkiej wagi, groźna zgorzel gazowa; drugą dla klinicystów obojętna, anatomicznie osobliwa tak zw. gąbczastość narządów. Obie te sprawy tem są pokrewne, że w obu przyczyną zarówno całej sprawy, jak i jej najznamienniejszego zjawiska, to jest samegoż powstawania gazów, są bakterye, że w obu przebieg jest szybki, ledwo na godziny się liczący. Różnią się tem, że zgorzel gazowa powstaje w tkankach żywego ustroju; gąbczastość narządów tłómaczą wszyscy badacze działaniem bakteryi, które dostały się w głąb narządów w chwilach przedzgonnych i wśród obumierających już tkanek wytwarzały gazy. Toteż w narządach gąbczasto zmienionych (Schaumorgane) nie widać żadnego odczynu tkanki; jest ona tylko bierną, przez gaz rozpychaną pożywką gazotwórczych beztlenowców. Inaczej wyglądają tkanki w przypadkach, w których żywy jeszcze ustrój toczy walkę z bakteryami gazotwórczemi, a do których prócz – najlepiej zbadanej – zgorzeli gazowej kończyn, zaliczyćby należało ostrą odmę zakaźną niektórych narządów wewnętrznych, jak np. żołądka *(gastritis acuta emphysematosa,* opisana przez Fränkla: Virchows Archiv. T. 118); wówczas pod bezpośrednim wpływem bakteryi tkanki obumierają, a w sąsiedztwie oddziaływają przynajmniej silnem przekrwieniem i wybroczynami, jeżeli już nie zapaleniem.

Nie zajmując się dłużej temi sprawami, ani sporem, toczącym się jeszcze w piśmiennictwie, do jakiego rodzaju bakteryi zaliczyć należałoby prątki, wywołujące zgorzel gazową, należy odrazu zaznaczyć, że przedmiotem niniejszej pracy będzie mało jeszcze znane, bo rzadkie zjawisko, które z tamtemi dzieli tylko jedną cechę, mianowicie obecność pęcherzyków gazowych w tkance. Zresztą zaś jest ono, jak się zdaje, czemś od nich zupełnie różnem, zarówno co do swego rozwoju i sposobu powstawania, jak i co do szczegółów obrazu anatomicznego i co do znaczenia patologicznego, wreszcie prawdopodobnie i co do etyologii.

Sposobność do badań nasunął nam następujący przypadek. M. F., 24-letnia wyrobnica, zgłosiła się na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza z objawami, na których podstawie rozpoznał ś. p. prof. Trzebicky wrzód żołądka ze zwężeniem odźwiernika i uznał operacyę za wskazaną. Już w czasie tej operacyi (gastroenterostomii), dokonanej w styczniu r. z., zauważono, że na jelitach znajdują się jakieś niezwykłe zmiany i z tego powodu wycięto kawałki zmienionej tkanki i przesłano je naszemu Zakładowi dla zbadania drobnowidowego i określenia przyrody sprawy. Gdy zaś chora, bardzo wycieńczona i niedokrwista, zmarła wkrótce w kilka dni po operacyi wskutek krwotoku żołądkowego wówczas sekcyonując zwłoki d. 10 I. 1903 znalazłem, co następuje:

Po otwarciu jamy brzusznej widać, że całą część jej górną zajmuje bardzo znacznie powiększony żołądek, do którego dna przyszyta jest najwyższa pętla jelita czczego. Ramiona tej pętli (doprowadzające i odprowadzające) zeszyte są ze sobą 7 ctm. poniżej przyszytego do żołądka odcinka pętli. Prawą stronę jamy brzusznej zajmuje kątnica, odwinięta wraz z częścią wstępującą tak ku górze, że kopuła jej leży tuż pod częścią poprzeczną okrężnicy koło zgięcia wątrobnego. Razem z osadzoną na długiej krezce kątnicą zmienił położenie i wyrostek robaczkowy, który mierzył 15 ctm. długości i posiadając osobną, krótką krezkę, biegł wzdłuż wewnętrznej powierzchni kątnicy w kierunku okrężnicy wstępującej. Właściwą okolicę kątniczą zajmuje duży, nieforemny guz, wielkości niemal dwóch pięści dorosłego człowieka, złożony z mnóstwa większych i mniejszych torbielków, wypełnionych gazem. Wreszcie pozostałą, t. j. dolną i lewą część jamy brzusznej wypełniają jelita cienkie. W jamie brzusznej nie ma żadnej cieczy.

Badanie owego guza, zawierającego gazem wypełnione pęcherzyki, wykazało, że składał się on z trzech odrębnych guzów, połączonych ze sobą częścią wiotkimi zrostami, częścią zlepionych skąpą ilością włóknika, dających się z łatwością od siebie oddzielić. Guzy te osadzone są szeroko na jelicie biodrowem, a mianowicie głównie na tej jego stronie, która leży naprzeciw przyczepu krezki. Po rozdzieleniu guzów okazuje się, że najniższy znajdował się 18 ctm. powyżej zastawki okrężnicy, zajmował na długość 7 ctm., na szerokość przeszło 4 ctm. (w kierunku obwodu jelita, mierzącego w tem miejscu $7^1/_2$ ctm. obwodu); w górnej, t. j. dalszej od kątnicy części, przechodzi ten guz na górnej stronie jelita ku przyczepowi krezki. Drugi guz leży 10 ctm. powyżej pierwszego, zajmując odcinek jelita, długi na 6 ctm.; trzeci guz znajduje się 16 ctm. powyżej drugiego i zajmuje jelito na przestrzeni 9 ctm. Oba te guzy w najszerszem miejscu mają około $3^1/_2$ ctm. szerokości. Wysokość guzów jest w różnych miejscach ró-

żna, wogóle jednak nie przekracza 5 ctm. Wogóle więc guzy te zbliżają się kształtem najwięcej do połówki podłużnie przeciętego i powierzchnią przekroju wzdłuż jelita położonego jaja.

Wszystkie trzy guzy składają się z gromadek pęcherzyków, wypełnionych gazem bezbarwnym i bezwonnym, usadowionych, o ile to gołem okiem ocenić można, pod otrzewną jelitową i wśród warstwy mięsnej jelita, a gdzieniegdzie tylko docierających bliżej ku światłu jelita i wypuklających się ku jego wnętrzu. O ile jednak od strony zewnętrznej, t. j. otrzewnej, pęcherzyki leżą gęsto jeden przy drugim, oddzielone tylko cieniutkiemi ściankami, o tyle od strony wewnętrznej, t. j. błony śluzowej, widać tylko nieliczne, przeważnie z osobna, rzadziej w gromadkach po kilka leżące pęcherzyki. Poszczególne pęcherzyki są różnej wielkości: obok najdrobniejszych, wielkości główki od szpilki, są większe, dochodzące wielkości grochu, w znacznej liczbie; największe, nieliczne zresztą, dochodzą wielkości orzecha laskowego. W żadnym pęcherzyku nie zauważyłem innej treści, prócz gazu, w szczególności w żadnym nie było cieczy surowiczej. Ściana pęcherzyków, od wewnętrznej strony gładka, lśniąca, zbudowana jest z tkanki białawej, jednostajnej, niepodatnej, tak że po przecięciu pęcherzyki nie zapadają się. Połączenia między pęcherzykami gołem okiem nie widać.

Otrzewna jelitowa, pokrywająca pęcherzyki, jest wyraźnie, niejednostajnie zgrubiała, nastrzykana; w tych miejscach, w których guzy były ze sobą połączone, widać na preparacie strzępki wiotkich, unaczynionych zrostów, a gdzieniegdzie małe złogi włóknikowe; w innych miejscach zaś jest pokrywająca pęcherzyki otrzewna gładka i lśniąca. Poza obrębem guzów jest otrzewna najniższych pętli jelita biodrowego również nierówna i strzępkami zrostów pokryta w tych miejscach, które zlepione były z guzami; nadto na otrzewnej jelita biodrowego pomiędzy guzami, a także na otrzewnej, pokrywającej kątnicę, widać miejscami liczne, cienkie, białawe strzępki i nitki, napozór bardzo podobne do poprzerywanych zrostów; jednakże badanie dokładniejsze poucza, że te strzępki i nitki siedzą także na tych miejscach, które nie były z guzami ani z sąsiedztwem zlepione, ani zrosłe, a nadto, że strzępki te i nitki, różnej długości, dochodzące do 2 ctm., mieszczą czasem na samym swym wolnym końcu drobny, wielkości główki od szpilki aż do wielkości soczewicy dochodzący, pojedynczy, cienkościenny torbielek, wypełniony gazem. Wzdłuż takich nitek, zakończonych torbielkiem, widać biegnące cienkie naczynia. Przeważna jednak część strzępków i nitek nie zawiera już naczyń, ani też nie dźwiga na końcu torbielka.

W innych miejscach jest otrzewna lśniąca, ale zgrubiała i to niejednostajnie, gdyż zgrubienia, występujące gdzieniegdzie nieregularnie w postaci płaskich smug i rozmaicie się krzyżujące, pozostawiają między sobą miejsca mniej zgrubiałe, okrągławe. Te okrągławe, niezgrubiałe miejsca, dochodzące wielkości monety srebrnej pięciokoronowej, są silnie nastrzykane i odbijają przez to wyraźnie od mlecznobiałych, otaczających je zgrubień smugowatych. Takie niejednostajne zgrubienie otrzewnej widać i na tych częściach jelita biodrowego, które leżą powyżej guzów gazonośnych; wyraźnie widać tę zmianę na przestrzeni 70 ctm. powyżej najwyższego guza, poczem zgrubienie otrzewnej stopniowo słabnie i zwolna bez ostrej granicy się gubi tak, że na 2 metry powyżej zastawki okrężnicy już go wcale niema. Podobne niejednostajne zgrubienie widać także na krezce jelita biodrowego, która jest podobnie, jak krezka kątnicza, bardzo wysoką; na krezce również zgrubienie jest najwybitniejsze w częściach najniższych, sąsiadujących z guzami jelita, — ku górze zaś, t. j. ku jelitu czczemu, słabnie i zwolna się gubi. Na krezce również wśród mlecznych, nieregularnie pokrzyżowanych, okrągławych zgrubień odbijają wyraźnie mniej zgrubiałe, nastrzykane, okrągławe przestrzenie.

Reszta otrzewnej jelitowej i otrzewna ścienna jest gładka, lśniąca, blada i niezgrubiała. Torbielków gazonośnych nigdzie zresztą pod otrzewną niema.

Dodać jeszcze należy, że część najniżej położonego guza została za życia w czasie operacyi odciętą; miejsce to można poznać po pozostałych na niem podwiązkach.

Pokrywająca pęcherzyki gazonośne błona śluzowa jelita biodrowego nie jest przekrwiona, tylko miernie przesiąknięta barwikiem, pochodzącym z fusowatej, w całem jelicie cienkiem i w żołądku znajdującej się treści. Jak już wspomniałem, od strony błony śluzowej widać tylko nieliczne i to przeważnie z osobna leżące pęcherzyki gazonośne; znajdujące się tu pęcherzyki dochodzą wielkości grochu i są porozrzucane bezładnie, a tylko w tych miejscach, gdzie ich jest trochę więcej, ustawiają się niekiedy jakby w nieregularny szereg w kierunku okrężnym. Zresztą pęcherzyki te widać od strony błony śluzowej tylko w tych 3 miejscach, gdzie od strony otrzewnej znajdują się owe 3 guzy, złożone z pęcherzyków; w częściach jelita znajdujących się pomiędzy guzami, oraz powyżej i poniżej guzów nie widać pod błoną śluzową pęcherzyków wcale. Gołem okiem nie widać zresztą w błonie śluzowej żadnych zmian; kępy Payera są niepowiększone, płaskie, mają postać siatki o małych oczkach, a szerokich, płaskich przegrodach; grudek odosobnionych gołem okiem nie widać; nigdzie niema żadnych owrzodzeń. Również i w wyższych częściach jelita cienkiego, jakoteż i w jelicie grubem, zawierającem kał prawidłowy w zbitych grudkach, żadnych więcej zmian nie zauważyłem.

Gruczoły krezkowe i zaotrzewne nie były powiększone; zbitość ich prawidłowa, barwa bladoróżowa, przekrój o jednostajnem wejrzeniu. W naczyniach jamy brzusznej, w szczególności krezkowych, żadnych też zmian nie znalazłem.

Oprócz opisanych dotąd zmian godne uwagi były tylko zmiany żołądka, przełyku i śledziony. Bardzo znacznie powiększony żołądek miał ściany silnie zgrubiałe, w których warstwa mięsna była wybitnie, zwłaszcza w częściach, bliższych odźwiernika, przerosła. Błona śluzowa żołądka pofałdowana, silnie zgrubiała, nierówna, groszkowata. Na krzywiźnie małej znajdują się 3 małe, płytkie, tylko do błony podśluzowej sięgające wrzody, kształtu nieregularnego. W odźwierniku, przechodząc w znacznej części na dwunastnicę, na ścianie górnej wrzód okrągły wielkości fasoli, o brzegach lekko podminowanych, włóknistych, drążący na 2 ctm. w głąb poza ścianę żołądka między włókniste zrosty, łączące tę okolicę żołądka i dwunastnicę z więzadłem żołądkowo-wątrobnem; wskutek tego dno wrzodu przechodzi w położoną między zrostami wązką a głęboką jamkę. Na ścianie bocznej tej jamki znajduje się otworek, drożny dla sondy, a prowadzący do tętnicy wieńcowej prawej górnej żołądka blizko jej początku. Na przedniej ścianie odźwiernika drugi płytki wrzo-

dzik okrągły, wielkości grochu. Światło odźwiernika znacznie zwężone, drożne tylko dla małego palca. Również i początek dwunastnicy zaciśnięty zrostami, skrócony tak, że ujście przewodu żółciowego wspólnego leży tylko 5 ctm. poniżej odźwiernika. Wreszcie jeden jeszcze wrzód znajduje się w samym wpuście, na ścianie przedniej, przechodząc częściowo na przełyk. Wrzód ten okrągły, o brzegach terasowatych, ma wielkość srebrnego guldena, a drąży głęboko przez całą prawie, w tem miejscu znacznie zgrubiałą (do 4 mm. dochodzącą), włóknisto zwyrodniałą ścianę. Dolna część przełyku powyżej tego wrzodu rozszerzona, a ściana przerosła. Rozszerzenie i przerost przełyku maleje w miarę posuwania się ku górze tak, że w górnej połowie przełyku już zmian nie ma.

Wspomnieć wreszcie należy, że w dnie żołądka znajduje się otwór sztuczny, łączący światło żołądka z wnętrzem najwyższej pętli jelita czczego, drożny dla 4 palców. Zeszyte ze sobą ramiona tej pętli są również połączone otworem bocznym. Szwy wszędzie trzymają dobrze i wyglądają czysto, oba ramiona przyszytej do żołądka pętli jelita są równej, miernej szerokości, nierozdęte.

Nakoniec w niepowiększonej, cienką torebką pokrytej, niedokrwistej, bladej, jędrnej śledzionie znalazłem kilkanaście drobnych torbielków, nie przekraczających wielkości ziarna prosa, zawierających ciecz jasną, przeźroczystą, a skupionych w dwie gromadki. Jedna gromadka leżała pod torebką na wypukłości śledziony, druga nieco większa, również tuż pod torebką, w dolnej części przedniego brzegu śledziony.

Zresztą w całym ustroju była wybitna niedokrwistość, wszystkie narządy niezmiernie blade. Ponieważ zresztą innych zmian nie było, przeto szczegóły opisu tu pominąć można, uzupełniając go chyba tem tylko, że denatka była bardzo wychudzona i że zamknięta szwem węzełkowym rana po laparotomii nie uległa żadnym nieprawidłowym zmianom.

Mikroskopowo zbadałem kawałki guzów, wycięte za życia i ustalone w alkoholu, oraz kawałki z różnych miejsc jelita cienkiego, bądźto pokrytych mnóstwem pęcherzyków, bądź takich, gdzie ledwo zrzadka widać było drobne pęcherzyki, bądź wreszcie takich, gdzie były tylko wspomniane pasmowate zgrubienia otrzewnej, a pęcherzyków ani śladu; również wzięto kawałeczki zgrubiałej krezki, wreszcie kawałeczki śledziony z miejsc, w których znajdowały się torbielki, — ustaliwszy wszystkie w formalinie 4%. Skrawki, przygotowane zwykłymi sposobami, barwiono hematoksyliną Delafielda i eozyną, sposobem Van Giesona, sposobami Unny, Tänzera i Weigerta na tkankę elastyczną, na bakterye zaś błękitem metylenowym Löfflera, tioniną karbolową i sposobem Grama.

Uwagę zwracały przedewszystkiem torbielki gazonośne, co do których siedziby mikroskop potwierdził to, co widzieliśmy gołem okiem. (*Rys. 1*). W samejże błonie śluzowej nie napotkałem wcale torbielków; gdzieniegdzie tylko można zauważyć w środku grudek chłonnych przestrzeń wolną, próżną, bez wyraźnej ściany, gdyż brzeg jej stanowi rozrzedzona jakby tkanka grudki; ale tak zmienionych grudek jest bardzo mało; dostrzegłem je zaledwo w kilku preparatach ze znacznie zmienionych części jelita. W obrębie błony podśluzowej spotyka się torbielki pojedyncze w preparatach z tych części jelita, gdzie i od strony zewnętrznej zmiany były największe, przedewszystkiem w tych miejscach, gdzie na otrzewnej widać było wspomniane, z pęcherzyków złożone guzy. W warstwie mięsnej bardzo mało znajduje się torbielków, a tam, gdzie są, leżą w obrębie warstwy mięsnej zewnętrznej przeważnie tylko częścią swego obwodu, resztą wkraczając już w obręb warstwy podsurowiczej. Najliczniejsze, najgęściej ułożone i największe torbielki znajdują się w obrębie warstwy podsurowiczej, którą mniej lub więcej wypuklają. Całe gromady torbielków, rozdzielonych tylko cienkiemi przegrodami, widać w preparatach z tych miejsc, gdzie znajdowały się na jelicie torbielkowate guzy; z miejsc, położonych pomiędzy guzami, w niektórych są pęcherzyki, widzialne dopiero pod mikroskopem lub ledwo dostrzegalne gołem okiem, rozrzucone nieregularnie, po jednym, najwyżej po kilka; w innych wcale niema torbielków. Niema także wcale torbielków w preparatach ze smugowato zgrubiałej otrzewnej, ani w preparatach z krezki.

Kształt torbielków jest przeważnie okrągławy; obok takich spotyka się jednak, szczególnie w błonie podśluzowej, torbielki owalne, przypłaszczone równolegle do powierzchni błony śluzowej; w tych zaś miejscach, gdzie torbielki leżą gromadnie, oddzielone od siebie tylko cienkiemi przegrodami, bywają torbielki przez siebie wzajemnie ugniecione i przybierają na przekroju kształt wielokątny. Te wszystkie rodzaje torbielków mają ściany z tkanki łącznej, nie wszędzie wszakże jednakiej; w jednych torbielkach jest ona wiotszą, w innych zbitszą, zawsze jednak zawiera dość mało komórek. Ściana pojedynczo leżących torbielków jest bez względu na ich wielkość to cieńszą, to znów w innych grubszą, a na obwodzie stosunek jej do sąsiedztwa bywa rozmaity. Cieńsze i zazwyczaj z wiotszej tkanki składające się ściany po zewnętrznej swej stronie przechodzą w sąsiedztwo bez wyraźnej granicy. Grubsze natomiast ściany, które zazwyczaj zbitsza znów tkanka tworzy, odcinają się od otoczenia dość ostro granicą, biegnącą mniejwięcej współśrodkowo, równolegle do wewnętrznej powierzchni torbielka. Wtedy ścianę pęcherzyka gazonośnego tworzy jakby gruby pierścień włóknisty, wyraźnie się od sąsiedztwa odrzynający. Gdzie torbielki gazonośne leżą gromadnie, tam takich pierścieni włóknistych niema; wtedy między sąsiednimi torbielkami są tylko cienkie przegrody, grubiejące nieco tylko w punktach węzłowych. Budowa ściany torbielka nie zdaje się pozostawać w żadnym związku z jego wielkością, trafiają się bowiem torbielki małe o ścianie zbitej, włóknistej, ale bywają też i wielkie o takiejsamej ścianie; podobnie i z torbielków, pojedynczo leżących, a mających ścianę z wiotkiej tkanki łącznej, jedne są małe, inne wielkie. Natomiast odniosłem wrażenie, że budowa ściany torbielka nie jest bez związku z obecnością lub brakiem wyściółki komórkowej w jego wnętrzu, a szczególnie z jakością tej wyściółki, o czem poniżej.

Obok takich wyraźnie tkanką łączną ograniczonych, okrągławych torbielków, spotyka się gdzieniegdzie w warstwie podsurowiczej szczeliny próżne, mniej regularnego kształtu, mianowicie w rozmaity sposób się odgałęziające, co wygląda tak, jakby tkanka została nieregularnie rozepchniętą przez gaz, wdzierający się z jednego miejsca w sąsiednie szczeliny tkankowe.

Dalej znajdują się jeszcze gdzieniegdzie węższe, podłużne szczeliny, po obu bokach ograniczone tkanką łączną,

zazwyczaj dość wiotką, rzadziej zbitszą. Wreszcie obok tych szczelin napotkać można krótsze, do wydłużonego owalu zbliżone luki, w których niewiele pozostaje przestrzeni próżnej. Takie luki najczęściej trafiają się w tych częściach jelita, gdzie są wogóle mniejsze zmiany, i to znów są one tych zmian stopniem niejako najniższym. Widać je naprzykład w obrębie blony podśluzowej w takich miejscach, gdzie w podsurowiczej rozrzucone są miernie liczne i ze sobą bezpośrednio nie sąsiadujące pęcherzyki; jeżeli zaś owe luki znajdują się w warstwie podsurowiczej, to wtedy niema torbielków ani w tej warstwie, ani w innych warstwach ściany jelita, lub też co najwyżej trafi się i to tylko w warstwie podsurowiczej jeden lub drugi odosobniony torbielek. Takie krótkie luki mają zazwyczaj grubą ścianę, zbudowaną z tkanki włóknistej, zbitej, której włókna biegną około luki częścią okrężnie, częścią ustawiają się promienisto, a wśród której widać tylko bardzo niewiele szczupłych, wydłużonych jąder. I tu włóknista ściana luki ma od zewnątrz dość ostrą granicę względem sąsiedniej, zazwyczaj wiotszej tkanki łącznej. (*Rys. 3*).

W preparatach ze smugowato zgrubiałej otrzewnej jelitowej (z miejsc, leżących powyżej torbielkowatych guzów, a także między nimi) wpadają w oko ogniska tkanki zbitej, włóknistej, wyraźnie odcinające się od otoczenia, zwłaszcza w skrawkach, zabarwionych sposoben van Giesona. Te ogniska mają taki układ włókien, że w całości budowa ich jest bądźto wyraźniej współśrodkową, bądź znów promienistą; są one okrągławe lub jajowate, a przeważnie niewiele mniejsze od właśnie opisanych krótkich luk wraz z ich grubą włóknistą ścianą. Ogniska te wyglądają tak, jakby z wnętrza ich znikła istniejąca przedtem luka i dlatego ze względu na to podobieństwo już tutaj o nich wspomnieć muszę. (*Rys. 5*).

Na ścianie torbielków, jak i szczelin nieregularnego kształtu, oraz podługowatych, wązkich szczelin nie widać czasem żadnej osobnej wyściółki komórkowej; niekiedy natomiast spotyka się regularną wyściółkę z komórek śródbłonkowych, niczem nie różniących się od prawidłowego śródbłonka naczyń limfatycznych; czasem zaś zdarza się, że część tylko ściany pokryta jest śródbłonkiem, część zaś pozbawioną jest zupełnie jakiejkolwiek wyściółki. Starałem się umyślnie zbadać, czy między obecnością lub brakiem takiej wyściółki śródbłonkowej, a wielkością i kształtem torbielków i szczelin, oraz budową ich ściany niema jakiegoś stalszego związku; nie zdołałem jednak dojść do żadnych stanowczych wniosków, choć odniosłem wrażenie, że związku takiego raczej nie ma.

Ale ciekawszym, niż wyściółka śródbłonkowa, jest inny rodzaj wyściółki komórkowej, napotykanej na ścianach torbielków i szczelin dość często, a osobliwością swoją wpadających odrazu w oko. Sąto komórki olbrzymie.

Komórki te, przylegające zazwyczaj ściśle do ścian torbielków okrągławych, mają kształt najrozmaitszy i różną wielkość. Jedne są okrągławe, owalne lub wielokątne, z tych ostatnich większość przylega zazwyczaj najdłuższym bokiem do ściany torbielka; inne są wydłużone, płaskawe, czasem mają postać bardzo wązkiego, a długiego, nieprzerwanego paska, jakby przylepionego do obwodu torbielka. Największe z tych komórek dochodzą wielkości największych komórek olbrzymich, wogóle w ustroju spotykanych, n. p. naokoło ciał obcych. Najmniejsze, jakością protoplazmy, ilością i jakością jąder z tamtemi niewątpliwie pokrewne, są wielkości komórki wątrobnej, a nawet nieco mniejsze; takie mniejsze okazy mają nieraz kształt komórek nabłonka brukowatego, a nawet czasem układają się na ścianie torbielka w szereg, nieco przypominający nabłonek brukowaty. Granice tych komórek są ostre, protoplazma wydaje się najczęściej jednolitą, niemal szklistą; w niektórych tylko komórkach w preparatach, ustalonych w alkoholu, dostrzegłem wśród plotoplazmy jasne, zupełnie niezabarwione, wąziutkie, pozakrzywiane szczeliny, przypominające najwięcej jeszcze próżne kanaliki śródkomórkowe, jakie opisywał Browicz w komórkach wątrobnych. Jądra są dosyć duże, najczęściej owalne, o dość delikatnym zrębie chromatynowym, niezbyt silnie się barwiącym; wogóle nie różnią się jądra wiele od jąder dużych komórek tkanki łącznej. Jąder tych bywa czasem tylko kilka, 2, 3, do 5, w najmniejszych komórkach tego typu czasem tylko jedno; w większych komórkach zawiera się po kilkanaście, w największych po kilkadziesiąt, najrozmaiciej rozmieszczonych. W komórkach okrągławych i wielokątnych gromadzą się one bądźto w środku, bądź wieńcowato bliżej obwodu, jednak nie przy samym brzegu i bez jakiegoś szczególnego np. promienistego układu; w innych komórkach znajdują się 2 gromadki jąder w sąsiedztwie obu biegunów, w innych leżą sierpowato z boku, w jeszcze innych wreszcie są rozrzucone zupełnie nieregularnie. W komórkach wydłużonych są jądra rozdzielone niejednomiernie wzdłuż protoplazmy, bądźto tworząc jeden tylko niezbyt regularny szereg, bądź w niektórych częściach szeregu skupiając się po 2, 3 i więcej; w najwęższych i najdłuższych, jakby do ściany torbielka przylepionych komórkach, jest miejsce już tylko na jeden szereg przypłaszczonych jąder. Komórki wydłużone przypominają czasem swem wejrzeniem znane pokłady syncytyalne.

Nie dostrzegłem nigdzie w komórkach olbrzymich ani jakichkolwiek zjawisk, któreby można uważać za wskazówkę ich wyrodnienia lub obumierania, ani też wyraźnych figur podziałowych.

Jaki typ komórek olbrzymich przeważa w różnej wielkości torbielkach, orzec trudno; zdawało mi się jednak, że jeżeli znajdują się w większych torbielkach, to wtedy są przeważnie bardzo spłaszczone w postaci wązkich pasów wzdłuż ściany; natomiast w torbielkach mniejszych i niezupełnie okrągłych częściej, o ile mogłem ocenić, zdarzały się komórki bądź owalne lub wielokątne, bądź nawet okrągławe, ku światłu mniej lub więcej wysterczające. Odniosłem również wrażenie, że obecność lub brak i jakość wyściółki, złożonej z komórek olbrzymich, nie jest bez związku z budową ściany torbielka; mianowicie komórki te zdarzają się bodaj częściej w torbielkach o ścianie nieco zbitszej, a wtedy, im ściana zbitsza, tem znów zdaje się być ich stosunkowo więcej i więcej ku światłu wysterczających. Czy tak jednak bywa zawsze i stale, niepodobna dokładniej obliczyć.

Zauważyć należy, że komórki olbrzymie w tych torbielkach, w których je spotkać można, nie koniecznie wyścielają całą powierzchnię wewnętrzną; przeciwnie, stosunkowo częściej bywa tak, że tylko niektóre odcinki ściany są pokryte komórkami olbrzymiemi, inne są pokryte albo śródbłonkiem, albo też nie mają żadnej wyściółki, lub wreszcie w jednym i tym samym torbielku — ściany w różnych miejscach różnie się zachowują i to są pokryte komórkami olbrzymiemi, to śródbłonkiem, to znów niczem nie pokryte.

W takich torbielkach, gdzie to się zdarza, widzieć można nieraz inny jeszcze ciekawy szczegół: mianowicie w niektórych miejscach obwodu uchodzą do torbielka szczeliny, ciągnące się skośnie lub prostopadle do obwodu torbielka dość daleko w głąb sąsiedniej tkanki łącznej, między jej włókna, a wypełnione częściowo lub całkowicie komórkami olbrzymiemi różnej wielkości i kształtu, podobnemi do wyżej opisanych. Ze szczeliny takiej, która czasem bywa wysłaną wyraźnym śródbłonkiem, bądź przechodzącym dalej na ścianę torbielka, bądź gubiącym się przy ujściu szczeliny do torbielka,— która czasem zaś znów nie ma wyraźnej wyściółki, sterczą nieraz komórki olbrzymie ku światłu torbielka. Wygląda to tak, jakby się z owej szczeliny komórki olbrzymie do torbielka przelać zamierzały.

Starałem się wreszcie określić dokładniej stosunek spotykanych na ścianach torbielków i szczelin komórek śródbłonkowych do komórek olbrzymich. Otóż, o ileby z obrazów pośrednich sądzić można, zdawałoby się, że komórki olbrzymie tworzą się przynajmniej w pewnej części z komórek śródbłonkowych. Niezbyt trudno bowiem odszukać komórki śródbłonkowe powiększone, jakby napęczniałe, ku światłu silniej wysterczające, z powiększonem jądrem;, dalej komórki jeszcze większe, do tamtych podobne, ale z dwoma lub trzema jądrami i obfitszą, jednolitą protoplazmą, od których do najmniejszych okazów komórek olbrzymich wielojądrzastych znów krok tylko jeden. Ale nie zauważyłem w takich zmienionych komórkach śródbłonkowych ani wyraźnych dowodów podziału jądra, ani jakichkolwiek wskazówek zlewania się dwóch komórek we wspólne ciało protoplazmatyczne, co wyraźnie dla uniknięcia nieporozumień zaznaczam.

W torbielkach okrągławych i nieregularnych szczelinach niema w samem wnętrzu żadnej treści; zaledwo w niektórych — blizko ściany, wysłanej komórkami lub niewysłanej niczem, zdarza się czasem odrobina drobnych, bezpostaciowych grudek, barwiących się barwikami protoplazmatycznemi, a niebarwiących się, co wyraźnie zaznaczam, żadnym z tych sposobów, którymi barwią się bakterye. Czy grudki te rozpuszczają się w jakich odczynnikach, nie mogłem już niestety stwierdzić na preparatach ustalonych; po działaniu formaliny i alkoholu zachowały się, przypominając najwięcej grudki, powstające z rozpadu komórek.

Wyjątek co do treści stanowią torbielki, wycięte za życia, w niektórych bowiem, już przy badaniu gołem okiem mających zabarwienie sinawe lub czerwonawe, zawiera się we wnętrzu krew, która się tu widocznie z pękniętych naczyń ściany (może pod wpływem urazu przy wycinaniu) wylała; komórki olbrzymie, znajdujące się niekiedy w takich torbielkach, są od ściany oddzielone czasem przez warstwę krwinek czerwonych, lub leżą luźno wśród nich, ku środkowi torbielka odsunięte. Takie komórki barwią się zupełnie prawidłowo, widocznie niezbyt dawno oddzielone zostały przez krew od ściany torbielka, skoro nie ma w nich żadnych śladów obumierania.

Z kolei wspomnieć należy o treści wązkich, ale dość krótkich, na końcach zaokrąglonych luk, w których niewiele było przestrzeni próżnej, a które przeważnie otacza współśrodkowo gruba ściana włóknista. Otóż i w tych lukach tkwią komórki olbrzymie, nie różniące się od komórek olbrzymich, wyżej opisanych, jak tylko kształtem; mianowicie nie ma tutaj nigdy komórek znacznie wydłużonych i spłaszczonych, lecz same komórki okrągławe, owalne, lub wielokątne. Komórki te znajdują się w lukach takich zawsze i zajmują znaczną część luki. Często obok komórek olbrzymich znajdują się w takiej luce w różnej liczbie komórki mniejsze, różnokształtne, podobne do komórek nabłonkowatych gruzełka i do fibroblastów, których wielkości nie przechodzą. Komórki te łączą się między sobą i z podobnemi komórkami, leżącemi już w ścianie luki, w rozmaity sposób zapomocą wypustek; między niemi przestrzenie częścią próżne, częścią pojawia się w nich włóknista substancya międzykomórkowa. W całości wygląda taka część luki, w której znajdują się te komórki, jakby wypełniała się młodą, komórkową tkanką łączną, bujającą ze ściany luki ku wnętrzu. W innych miejscach można stwierdzić dalszy postęp tego zarastania luki; mianowicie we wnętrzu grubego pierścienia włóknistego nie ma już próżnej przestrzeni, tylko ognisko komórkowe, złożone z elementów takich, jak właśnie opisane, wśród których trafia się czasem jeszcze komórka olbrzymia; takie ognisko komórkowe ma jeszcze nieraz owalny kształt dawniejszej luki. W jeszcze innych miejscach coraz mniej znajduje się komórek we wnętrzu włóknistego pierścienia, ognisko ich redukuje się do wązkiego pasma, w którem coraz więcej substancyi międzykomórkowej (*rys. 4. 5.*); wreszcie i to pasmo znika i wtedy pozostaje już tylko owalne lub okrągławe, częścią współśrodkowo, częścią promienisto zbudowane ognisko bardzo zbitej tkanki, nie różniące się niczem od tych obrazów, jakie spotkaliśmy w obrębie smugowatych zgrubień otrzewnej na tych częściach jelita, gdzie nie ma ani śladu torbielków gazonośnych.

W sąsiedztwie torbielków zauważyć można zawsze liczne naczynia krwionośne; w wielu miejscach są one wypełnione krwią, jeżeli jednak torbielek lub mniejsza zarastająca luka mają zbitszą i grubszą ścianę włóknistą, wówczas naczynia krwionośne w sąsiedztwie torbielka zazwyczaj są zapadnięte, zawierają mało krwinek, a w obrębie samej włóknistej ściany jest naczyń bardzo mało i to tem mniej, im ona jest zbitsza.

Naczynia limfatyczne są gdzieniegdzie rozszerzone, zawierając obfitsze ciałka białe; wysłane śródbłonkiem szczeliny, uchodzące do niektórych torbielków, wypełnione są często, jak wspomniałem, komórkami olbrzymiemi. W tych częściach jelita, gdzie gołem okiem zauważyć było można naloty włóknikowe na otrzewnej lub gdzie były zlepy z sąsiedztwem, zauważyć można w zewnętrznej, silniej komórkami naciekłej warstwie jelita rozszerzone i zapełnione leukocytami wielojądrzastymi naczynia krwionośne i limfatyczne, otoczone najczęściej płaszczem nacieku zapalnego; gdzieniegdzie w naczyniach tych są skrzepy włóknikowe, widoczne także, ale nie obfite, na sąsiedniej powierzchni otrzewnej; jednem słowem w miejscach tych istnieją wyraźne oznaki sprawy zapalnej, których gdzieindziej, nawet w miejscach, znacznie torbielowato zmienionych, nie ma.

Dla uzupełnienia obrazu przytaczam, że błona śluzowa w powierzchownych częściach warstwy gruczołowej nie barwi się barwikami jądrowymi, prawdopodobnie wskutek rozpoczynających się zmian pośmiertnych, gdyż zresztą w warstwie gruczołowej nie widać poważniejszych zmian. Ograniczonych ubytków, pęknięć, czy owrzodzeń błony śluzowej nie zdołałem odszukać. Grudki chłonne, z wyjątkiem tych niewielu, w których środku była przestrzeń próżna, otoczona

jakby rozrzedzoną tkanką grudki, nie są zresztą zmienione; również komórki mięsne, tworzące tak zw. warstwę mięsną błony śluzowej (*muscularis mucosae*) wyglądają prawidłowo; jedynie w ich sąsiedztwie, szczególnie w tych częściach jelita, w których błona podśluzowa zawiera torbielki gazonośne lub luki z komórkami olbrzymiemi, spotyka się niewielkie wiotkie nacieki, złożone z komórek drobnych, okrągłych.

Warstwa podśluzowa jest w miejscach, zajętych przez torbielki gazonośne, lub przez szczeliny z komórkami olbrzymiemi, albo przez włókniste ogniska, pozostałe po tych szczelinach, — znacznie zgrubiałą i to nietylko wskutek obecności grubych włóknistych ścian naokoło torbielka lub luki, ale i od tego niezależnie. Utkanie tych zgrubiałych miejsc podśluzowej jest włókniste, ale wiotsze i luźniejsze, niż owych grubych włóknistych ścian torbielków i szczelin tak, że zewnętrzna granica ściany dość ostro się zarysowuje. Podobnie znacznie zgrubiałą jest warstwa podsurowicza w tych miejscach, gdzie leżą w niej pojedyncze torbielki, luki mniejsze, otoczone włóknistą ścianą, lub wspomniane okrągławe włókniste ogniska; o niej trzebaby „mutatis mutandis“ powtórzyć to, co powiedziało się o warstwie podśluzowej. Jeżeli jednak warstwy zewnętrzne jelita zajęte są liczniejszymi, gromadnie leżącymi torbielkami, wówczas tkanka ich zredukowana jest tylko do wązkich włóknistych przegródek między torbielkami, a ani od zewnątrz t. j. od wolnej powierzchni, ani ku wewnątrz, t j. od warstw mięsnych jelita, nie oddziela torbielków żaden grubszy pokład tkanki. W warstwach mięsnych prócz tego, że czasem częścią swego obwodu tkwi w nich torbielek podsurowiczy, nic szczególnego nie znalazłem. Wśród rozdzielających je pasem tkanki łącznej można jednak spotkać szczeliny, zawierające komórki olbrzymie, podobne do już opisanych.

Ze względu na sposób powstawania i rozwój torbielków zdawało mi się wreszcie pożyteczną rzeczą, zbadać dokładniej stan tkanki elastycznej w ścianie jelita, szczególniej zaś stan wspominanej dokładniej dopiero w nowszych czasach, ciągłej warstwy włókien elastycznych, biegnącej pod warstwą surowiczą równolegle do jej powierzchni. Warstwa ta, przy małych powiększeniach wyglądająca w preparacie, jak ostro zarysowana linia, nie łącząca się ze zrębem elastycznym, wplecionym w warstwę mięsną, leży na zewnątrz od większych naczyń podsurowiczych i składa się z włókien dość grubych, niezmiernie gęsto koło siebie leżących. Otóż przekonałem się, że ta elastyczna warstwa ulega bardzo poważnym zmianom, jeżeli pęcherzyki gazonośne znajdują się w zewnętrznych warstwach jelita. W tych miejscach, gdzie pęcherzyki leżą gromadnie, warstwy tej bardzo często na właściwem miejscu nie widać; czasem nie można jej zupełnie odszukać, czasem zaś odcinki jej dość długie odnajdują się w przegrodach między pęcherzykami, i to nietylko w tych przegrodach, które biegną równolegle do powierzchni jelita, ale i w tych, które stoją do niej prostopadle lub ukośnie, oddzielając dwa sąsiednie, w tejsamej wysokości przy piętrowym układzie leżące pęcherzyki. Niekiedy zaś widać wprawdzie warstwę elastyczną na właściwem miejscu, jednakże poza nią ku zewnątrz leżą pęcherzyki, a w niej samej są liczne drobne luki, włókna nie leżą już tak regularnym szeregiem, przy małem zaś powiększeniu warstwa wygląda jakby rozrzedzona i ścieńczała. Na zewnątrz od ostatniego, t. j. pod błoną surowiczą jelita leżącego szeregu gromadnie, a piętrowo ustawionych pęcherzyków nie widać prawie nigdy elementów elastycznych na większej przestrzeni; zaledwo zrzadka można spotkać drobne ich szczątki. Jeszcze lepiej można widzieć zmiany tej warstwy elastycznej w tych miejscach, gdzie w podsurowiczej warstwie jelita leżą tylko pojedyncze pęcherzyki gazonośne obok luk z komórkami olbrzymiemi, otoczonych ścianką włóknistą, tudzież okrągławych ognisk włóknistych. W takich miejscach bardzo często widać w warstwie elastycznej większą przerwę w tem właśnie miejscu, gdzie bardziej ku zewnątrz w zgrubiałej warstwie podsurowiczej znajduje się większy pęcherzyk gazonośny; szerokość tej przerwy bywa nieraz niewiele mniejszą od średnicy pęcherzyka. (*Rys.*). Podobne, ale mniejsze przerwy, bywają, chociaż nie stale, i w tych miejscach, gdzie na zewnątrz od nich leży grubą włóknistą swą ścianą odznaczająca się luka z komórkami olbrzymiemi; częściej jednak widać wtedy już nie większe przerwy, ale nieregularne rozrzedzenie warstwy elastycznej, przyczem gdzieniegdzie zależy ono wprawdzie od przekraczających tę warstwę i dążących ku zewnątrz naczyń, gdzieindziej znów jednakże nie można dostrzedz żadnych naczyń i przerwy w warstwie elastycznej są od nich zgoła niezależne. Czasem, choć najrzadziej, odszukać można przerwę warstwy elastycznej w takiem miejscu, w którem na zewnątrz od niej znajduje się okrągławe ognisko włókniste. W preparatach z najwyższych pętli jelita, w których zgrubienia warstwy zewnętrznej jelita zajmują wprawdzie ograniczoną przestrzeń, ale nie zależą od ostro odcinających się guzków włóknistych, tylko w otoczenie bez wyraźnej granicy przechodzą, można wprawdzie dostrzedz niekiedy jakby rozrzedzenie warstwy elastycznej, przeważnie jednak jest ona tutaj już jednolitą i nieprzerwaną.

O wynikach badania histologicznego torbielków śledziony wspomnę tutaj tylko mimochodem, ponieważ okazało się, że torbielki te były zupełnie innego rodzaju. Jak to już widać było gołem okiem, torbielki te nie zawierały wcale gazu, lecz wszystkie bez wyjątku wypełnione były cieczą, ściętą w preparatach pod wpływem środków ustalających w jednolitą, słabo eozyną barwiącą się, przeźroczystą masę; w cieczy tej znajdowały się gdzieniegdzie bardzo nieliczne leukocyty i limfocyty. Ściana torbielków w śledzionie była wszędzie wysłana jednostajnym, prawidłowym śródbłonkiem, zbudowana z tkanki łącznej. Torbielki te, nigdzie nie łączące się ze sobą, wyglądały wogóle, jak torbielki limfatyczne.

W innych narządach ustroju nie znalazłem nigdzie ani pęcherzyków gazonośnych, ani też torbielków limfatycznych.

W końcu pozostaje mi jeszcze podać wynik poszukiwania bakteryi w tkankach. Otóż wszystkimi sposobami, których używałem, barwiły się bakterye w powierzchownych, już zmianom pośmiertnym ulegających częściach błony śluzowej; w głębszej części warstwy gruczołowej widywałem bakterye we wnętrzu gruczołów, a także pomiędzy wyściółką nabłonkową gruczołu, a ścianą, w tych gruczołach, gdzie wyściółka od ściany w całości nieco odstawała. W międzygruczołowej tkance bakteryi mimo starannego badania nie dostrzegłem; nie znalazłem ich też nigdzie w warstwie podśluzowej, mięsnej, ani surowiczej i to bez względu na to, jakim zmianom one uległy. W pęcherzykach gazonośnych, gdziekolwiek i w jakiejkolwiek liczbie się znajdowały, nie-

było nigdzie ani śladu bakteryj, również nie było ich w łukach i szczelinach z komórkami olbrzymiemi, ani w naczyniach. Zresztą nawet znalezione bakterye nie leżały jednostajnie we wszystkich częściach badanych preparatów, lecz tylko w pewnych ich miejscach (jak wspomniałem, tylko w powierzchownych częściach warstwy gruczołowej), zupełnie niezależnie od tego, czy i jakie były zmiany histologiczne w odpowiedniem miejscu. W bardzo przeważnej części preparatów nie było zresztą wcale bakteryi. Bakterye bywały rozmaitego kształtu i wielkości, niektóre barwiły się, inne odbarwiały sposobem Grama; najwięcej jednak było prątków, postacią przypominających prątka okrężnicy. Hodowli nie zakładałem; zresztą kawałeczki tkanki, wycięte za życia, włożone zostały zaraz do wyskoku, przy sekcyi zaś zwłok niezupełnie świeżych i to po dokonanej operacyi nie możnaby polegać na wynikach badania zarówno ze względu na szybkość przenikania po śmierci bakteryi w tkanki, szczególniej w jelitach, jak i na to, że na błonę surowiczą bakterye za życia już przypadkowo (w czasie laparotomii) dostać się mogły.

Brak ten pragnąłem uzupełnić zresztą badaniami sprawy pokrewnej, wyczytawszy wzmiankę, że bardzo podobne zmiany jelit zdarzają się dość często u nierogacizny. W tym celu zwróciłem się do Dyrektora rzeźni miejskiej, lek. wet. p. Pappéego, któremu zawdzięczam oprócz cennych wskazówek, dotyczących piśmiennictwa weterynarskiego o zajmującej nas sprawie, także stanowczą wiadomość, że w naszym kraju bywa ona u zwierząt bardzo rzadką. W 3-ch ostatnich latach, w których w krakowskiej rzeźni bito rocznie 30.000 sztuk świń, a więc wśród okrągło 100.000 sztuk nie spostrzeżono ani jednego przypadku, tak że nawet troskliwie przez p. Pappéego gromadzony zbiór anatomicznopatologiczny ani jednego okazu tej zmiany nie posiada. Wobec tego nie mogłem podjąć badań na świeżym i niepodejrzanym materyale zwierzęcym, badań tem pożądańszych, skoro niezmierna rzadkość odmy pęcherzykowej jelit u ludzi nie pozwala się spodziewać prędko drugiego podobnego spostrzeżenia. Niemniej brak ten, jak się przekonamy, nie jest wielkiej wagi, wobec licznych badań, podejmowanych już na zwierzętach w Niemczech, a dających wszelkie rękojmie ścisłości.

Również nie zostało dokonane badanie chemiczne gazów, zawartych w pęcherzykach; jak jednak postaram się wykazać, miałoby ono wtedy wartość, gdyby można je podjąć z najskrupulatniejszą ścisłością za życia lub natychmiast po śmierci, a w wykonalność takich badań niełatwo uwierzyć*).

(Ciąg dalszy nastąpi).

* Rysunki odnoszące się do powyższego artykułu umieszczone zostaną w numerze następnym.

II. **Z kliniki chorób dzieci prof. Jakubowskiego i zakładu higieny prof. Bujwida w Krakowie.**

Przyczynek do etyologii nieżytu pęcherza u dzieci.

Podali

Dr. Tadeusz Żeleński i Dr. Roman Nitsch
asystent kliniki chorób dzieci / asystent zakładu higieny.

Ścisłe spostrzeżenia kliniczne, dotyczące nieżytu pęcherza u dzieci, sięgają niezbyt dawnych czasów. Uderzającem jest, jak skąpe i nieliczne wzmianki w tym kierunku znajdują się w dawnem piśmiennictwie pedyatrycznem i materyałach statystycznych. I tak np. Bókai [1]) przytacza, że w 27 sprawozdaniach rocznych z 10 zakładów leczniczych dla dzieci w Austryi, Szwajcaryi i Niemczech zaledwie trzy razy spotkał rozpoznanie „cystitis“, 4 razy „Blasenkatarrh“, a raz „pericystitis“. Doświadczeni badacze, rozporządzający ogromnym materyałem klinicznym przyznają, że nie mieli sposobności spotkać się z nieżytem pęcherza u dziecka: tak np. wyrażają się Rilliet i Barthez w swoim podręczniku chorób dzieci, tożsamo Jordan [2]) i inni [3].

Dziś wiemy, że niemal wszystkie czynniki chorobotwórcze, powodujące nieżyt pęcherza u dorosłych, mogą, jakkolwiek bezwątpienia rzadziej, stać się przyczyną cierpienia tego narządu u dzieci. Dziewczęta częściej podlegają tej chorobie, niż chłopcy, gdyż mechanizm zakażenia jest u nich łatwiejszy, a sposobność częstsza (cewka moczowa krótsza i szersza, obecność drobnoustrojów w pochwie, łatwość zanieczyszczenia kałem itd.); z tychsamych powodów znaczniejszy odsetek nieżytów pęcherza przypadnie na dzieci w pierwszych latach życia (*colicystitis*). Najrzadziej spotykamy się z nieżytem pęcherza u chłopców po wyjściu z pierwszego dzieciństwa, zwłaszcza jeżeli wyłączymy następowe zmiany ścian pęcherza, towarzyszące zwykle kamicy pęcherzowej.

Przyczyną nieżytu pęcherza są w przeważnej liczbie przypadków bakterye, jakkolwiek sama ich obecność nie wystarcza zwykle do wywołania sprawy zapalnej. Kraus [4]) na podstawie licznych badań stwierdził, że nietylko w zapaleniach pęcherza, lecz i w przebiegu wielu chorób zakaźnych i innych stanach chorobowych mogą znajdować się bakterye w pęcherzu. Bakterye te (głównie gronkowce, paciorkowce i prątek okrężnicy) nie wywołują w tych warunkach żadnych objawów ze strony pęcherza. Clado, Guyon (1889), Rovsing (1890), Huber (1893) i inni przeprowadzili liczne doświadczenia, w których nie udało się przez samo wprowadzenie różnych drobnoustrojów do pęcherza wywołać u zwierząt zapalenia. Do nieżytu pęcherza przychodzi dopiero wtedy jeżeli pęcherz podlega równocześnie innym szkodliwym wpływom, z których najczęstsze są uraz i zatrzymanie moczu. Naodwrót, sam uraz lub zatrzymanie moczu nie mogą bez współudziału drobnoustrojów wywołać zapalenia. Zdaje się, że jedynie *bac. proteus* może samoistnie wywołać nieżyt pęcherza, albowiem rozkłada mocz tak szybko, że czas pomiędzy jednem a drugiem moczeniem wystarcza do uszkodzenia ścian pęcherza [5]). Tak zwany *urobacillus liquefaciens septicus*, opisywany przez Krogiusa i Schnitzlera, jest według nowszych badań identyczny z *bacillus proteus Hauser*. (W jednym z przypadków pęcherza na tle kamicy pęcherzowej wyhodowaliśmy jednak w czystej hodowli prątek, odpowiadający zupełnie cechom, podanym przez Krogiusa i Schnitzlera dla *urobacillus liquefaciens septicus*, a różniący się nieco od typo-

[1]) Gerhardt: Handbuch der Kinderkrankheiten. IV, 3 (1878).

[2]) Oesterr. Jahresberichte für Pädiatrie 1873, I. Str. 111.

[3]) Przytoczeni u Eichhorsta: Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. II. wydanie. 1885.

[4]) Wiener klinische Wochenschrift 1895.

[5]) Wreden (1894) wkładał do odbytnicy tampony, napojone proteusem, skaleczywszy poprzednio błonę śluzową tej kiszki. Regularnie rozwijało się zapalenie pęcherza na tle proteusa (bez podwiązania cewki moczowej). Schnitzler i Krogius przez samo wprowadzanie proteusa do pęcherza wywoływali zawsze u zwierząt nieżyt pęcherza.

wego *bacillus proteus Hauser*. Prątek ten odbarwiał się metodą Grama. w żelatynowej i agarowej kłutej hodowli wytwarzał bardzo delikatne wypustki prostopadłe do przewodu wkłucia, na agarze zaszczepiany w jednej rysie, pokrywał bujnym nalotem całą powierzchnię w przeciągu 24 godzin i nie ścinał mleka, tylko je peptonizował).

Drobnoustroje, wywołujące nieżyt pęcherza, znajdują się w moczu zwykle w czystej hodowli. Najczęściej jest to *bacterium coli*. Pierwszy Escherich (1894), potem Trumpp, Pfaundler, Finkelstein i wielu innych stwierdzili ważną rolę, jaką prątek ten odgrywa w etyologii nieżytu pęcherza u dzieci. Na 60 przypadków spostrzeganych w klinice Eschericha, w 58 znaleziono laseczkę okrężnicy w czystej hodowli lub z innymi drobnoustrojami. Przypadki te dotyczą prawie wyłącznie dziewcząt w pierwszych latach życia.

Nieżyt pęcherza u dzieci na tle innych drobnoustrojów spostrzegany był nierównie rzadziej; Monti[6]) wymienia paciorkowce i prątki duru, błonicy i gruźlicy.

Cztery przypadki, jakie mieliśmy sposobność spostrzegać w ubiegłych miesiącach, dotyczą przewlekłego nieżytu pęcherza, połączonego z głębszemi zmianami anatomicznemi u chłopców w wieku od lat czterech do dwunastu. Jak wspomnieliśmy, nieżyt pęcherza u chłopców w tym okresie wieku należy do cierpień rzadkich; z tego względu, jak również dla pewnych szczegółów klinicznych i bakteryologicznych, uważamy za usprawiedliwione ogłoszenie tych przypadków.

Przypadek I. *L. N.*, chłopiec dwunastoletni, miał cierpieć przed rozpoczęciem obecnej choroby na nocne moczenie mimowolne. Dla zapobieżenia temu kilkakrotnie, jak podaje, przewiązywał na noc prącie tasiemką, jednakże bez skutku. Mniejwięcej przed dwoma miesiącami przy przełażeniu płotu uderzył się w okolicę międzykrocza. W dwa tygodnie później, przeskakując rów, uczuł ból w podbrzuszu; tego samego dnia w moczu pojawiła się krew. Od tego czasu doznaje parcia na mocz i bólu przy moczeniu. Krew pojawia się, jednak niestale. Strumień moczu bywa przerywany. Badanie fizyczne nie wykazało żadnych zmian w narządach wewnętrznych, chłopiec dobrze zbudowany i odżywiony. Kilkakrotne badanie zgłębnikiem (Doc. Dr. Rutkowski) w kierunku kamienia wypadło ujemnie, natomiast stwierdziło znaczne nierówności i zgrubienia ścian pęcherza. Badanie zgłębnikiem bardzo bolesne.

Badanie moczu w dniu przybycia do szpitala (20. V. 1903) wykazało oddziaływanie alkaliczne, białka 1.2‰, w osadzie bardzo liczne ciałka ropne i ciałka krwi czerwone, o dobrze zachowanych obrysach. Poszukiwanie prątków gruźliczych dało wynik ujemny. W preparacie barwionym z osadu (mocz wzięto jałowo cewnikiem) dość liczne ziarniaki, ułożone czasem pojedynczo lub w dwójkach, przeważnie jednak w skupieniach, po kilka do dwudziestu i więcej osobników. Wielkość ich była różna, w środku często wyraźna przedziałka, zabarwienie przeważnie żywe. Metodą Grama się nie odbarwiają. Przy kilkakrotnem badaniu moczu na licznych preparatach nie znaleziono oprócz opisanych ziarniaków żadnych innych drobnoustrojów. Chłopiec poprzednio nigdy zgłębnikiem badany nie był.

Kilkakrotnie szczepiono osad z moczu na pożywkach. Za każdym razem wyrastał jeden tylko gatunek drobnoustrojów, identyczny z wyżej opisanym ziarniakiem.

Nie będziemy opisywali szczegółowo wzrostu na pożywkach i t. d., nadmienimy tylko, że ziarniak ten przedstawiał wiele podobieństwa do gronkowców, okazując jednak przytem różnice dość wybitne. I tak: żelatynę rozpuszczał bardzo powoli; po 6—12 dniach znać było dopiero początek rozrzedzenia, a po 5 tygodniach wytworzyło się zaledwo pończochowate rozrzedzenie, przypominające zupełnie kilkodniową kłutą hodowlę gronkowca. Mleko ścinał również powoli[7]): w termostacie zaledwie po 7—12 dniach; skrzep bywał czasem wiotki, czasem zbity. Na agarze występował stale kremowo-żółty barwik; barwy złocistej lub żółtej, właściwej gronkowcom, nigdy nie zauważono. Na bulionie nie otrzymano nigdy jednostajnego silnego zmącenia, jak zwyczajnie u gronkowców, ale od powierzchni do dna nieznacznie tylko zmętniałego bulionu zwieszała się smuga postrzępiona, podobna do pajęczyny. W kropli wiszącej, badanej z różnych pożywek, widziano liczne czworaczki *(tetragenes)*, dwoinki i pojedyncze koki, przeważnie o bardzo żywych ruchach drobinowych. Pakietów czworniaków (*sarcina*) nie zauważono nigdy, ani na bulionie zwyczajnym, ani na wyciągu z traw. W preparatach barwionych z hodowli badany ziarniak był stale przeciętnie nieco większy od zwyczajnych gronkowców i nieokazywał niezabarwionej podziałki w środku, tak zwyczajnej u gronkowców i którą w preparatach z osadu moczowego widzieliśmy u tegoż samego ziarniaka wielokrotnie.

Doświadczenia na zwierzętach pozostały bez skutku: królik, któremu wszczepiono do żyły 1 ctm.³ hodowli 24 godz. bulionowej, pozostał zupełnie zdrowym (spostrzeżenie 21-dniowe). Biała myszka, której wszczepiono do otrzewnej $1/5$ ctm.³ tej samej hodowli, również zupełnie zdrowa (spostrzeżenie j. w.). Szczepienie podskórne osadu z moczu śwince morskiej i myszce burej i białej nie wywołało prawie żadnego odczynu; podobnie zaszczepienie podskórne białej myszce znacznej ilości hodowli agarowej pozostało bez wyniku.

Przebieg kliniczny był jednostajny. Spokój, dyeta przeważnie mleczna i wewnętrzne podawanie urotropiny spowodowały znaczne zmniejszenie ilości białka (0.2‰) i złagodzenie dolegliwości podmiotowych. Leczenia miejscowego nie przeprowadzono, gdyż chory na żądanie rodziny opuścił klinikę dnia 1 VII 1903.

W 3 miesiące później chłopiec zgłosił się znowu. Jedyną dolegliwością, na którą się użalał, była konieczność częstego oddawania moczu tak w dzień, jak i w nocy.

Badanie bakteryologiczne osadu moczu wykazało obraz podobny jak poprzednio, z tą różnicą, że ziarniaków było znacznie mniej. Osad zaszczepiono na pożywkach. Na agarze w termostacie po 24 godzinach nic nie zauważono; dopiero po 48 godz. wyrosło około 20 kolonii kremowo-żółtych. W ciepłocie pokojowej otrzymano dopiero po kilku dniach 15 kolonii, z których kilka było białych, reszta zaś kremowych. Założono osobne hodowle z białych, osobne z kremowych. Hodowle z kolonii białych rosły pierwsze dwa dni biało, potem zaczął się wytwarzać wyraźny barwik kremo-

[6]) Monti: Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen 1903.

[7]) Własności te gronkowca są wogóle bardzo zmienne: I tak w przypadku ropnego wysięku opłucnowego z następową ropnicą (stwierdzoną na stole sekcyjnym) gronkowiec, wyhodowany przez nas z ropy opłucnowej, rozpuszczał żelatynę bardzo pomału i nie ścinał wcale mleka; u tego samego chorego wykonano z powodu objawów mózgowych nakłucie lędźwiowe, a z otrzymanego płynu wyhodowaliśmy gronkowca, który żelatynę już trzeciego dnia wyraźnie rozrzedzał i ścinał mleko w termostacie po trzech dniach.

wy; hodowle z kolonii kremowych były od początku kremowo-żółte.

Badanie na aglutynacyę wyhodowanych ziarniaków z surowicą krwi chorego dało nam po pół godzinie ślad aglutynacyi w rozcieńczeniu 1:15; po 6 godz. ślad 1:60; po 20 godzinach wyraźną aglutynacyę 1:40. Równocześnie zbadano aglutynacyę typowego gronkowca z tąsamą surowicą. Otrzymano po pół godz. ślad aglutynacyi 1:4, po 20 godzinach ślad aglutynacyi w rozcieńczeniu 1:20.

Przypadek ten jest zatem klasycznym obrazem powstania nieżytu pęcherza na tle drobnoustrojów pod wpływem urazu. Co do rozpoznania bakteryologicznego, to wyżej opisany ziarniak należy najprawdopodobniej do gronkowców, jakkolwiek od gronkowca ropotwórczego różni się niektóremi, wyżej wspomnianymi szczegółami hodowli i zupełnym brakiem jadowitości dla zwierząt. Być może, że mieliśmy do czynienia z jakimś saprofitem, żyjącym w przewodzie pokarmowym, który przedostał się do pęcherza (przez ściany?), pod wpływem urazu wywołał nieżyt błony śluzowej pęcherza i stał się przyczyną postaci chorobowej o ciężkim i przewlekłym przebiegu. Na pozór ciężki ten przebieg (długotrwałe ropienie, krwotoki, bóle i t. d.) stoi w sprzeczności z brakiem jakiejkolwiek jadowitości dla zwierząt u wyżej opisanego ziarniaka; wiadomo jednak, że nawet niewinne zupełnie saprofity mogą stać się w pewnych warunkach przyczyną ropnego zapalenia pęcherza[8]).

W następnych trzech przypadkach przyczyną nieżytu pęcherza był prątek gruźliczy, coby dowodziło, że w etyologii nieżytu pęcherza u dzieci gruźlica zajmuje nie ostatnie miejsce. Naturę gruźliczą cierpienia stwierdziliśmy na preparatach, jak również doświadczeniem na zwierzętach. Bezpośrednią przyczynę i drogę zakażenia można było z wielkiem prawdopodobieństwem wykazać w dwóch przypadkach; w jednym znaleźliśmy starą przetokę gruźliczą przyjądrza, w drugim rozpoznano gruźlicę nerki. Zmiany gruźlicze w nerkach lub męzkich narządach płciowych stanowią najczęstszy czynnik przyczynowy w gruźlicy pęcherza u dorosłych (Kümmel); pod tym względem zatem znajdujemy w naszym materyale analogiczne stosunki. W przypadku trzecim (II) gruźlica pęcherza była klinicznie zupełnie pierwotną; oprócz zmian w układzie gruczołowym, bardzo zresztą pospolitych w klienteli szpitalnej, chłopiec nie przedstawiał żadnych zboczeń.

Ogólny stan zdrowia i odżywienia był w przypadkach, niepowikłanych zmianami w płucach i nerkach, prawie zupełnie dobry; jedynie miejscowe objawy ze strony pęcherza skłoniły rodziców do szukania porady dla dziecka w szpitalu. Objawy te polegały na parciu na mocz, moczeniu częstem (niekiedy co kilka minut) i oddawaniu krwi z moczem. Krew nie pojawiała się stale; niekiedy razem z ostatniemi kroplami moczu odchodziły skrzepiki krwi. Moczenie bywało bolesne, jednakowoż nie było to stałym objawem.

Badanie zgłębnikiem (bardzo bolesne) wykazało we wszystkich przypadkach znaczne zgrubienia i nierówności ścian pęcherza. W przypadku II., w którym sprawa chorobowa toczyła się od kilku miesięcy, można było wyczuć zgłębnikiem jakby beleczki (*trabeculae*) wystające ponad powierzchnię ścian pęcherza. Uczucie oporu, jakie stąd powstaje, może dać powód do mylnego rozpoznania kamienia pęcherzowego. Miało to miejsce w naszym przypadku: chory został przysłany do szpitala celem operacyi z rozpoznaniem kamicy pęcherzowej, albowiem lekarz wybadać miał kamień wielkości orzecha włoskiego. Stąd w zupełności usprawiedliwioną jest wskazówka Eichhorsta, aby w każdym niejasnym przypadku przewlekłego nieżytu pęcherza u dziecka myśleć o możliwości gruźlicy i badać mocz w tym kierunku.

Badanie to było w naszych przypadkach bardzo łatwe. Po scentryfugowaniu moczu (wziętego o ile można cewnikiem lub wprost do czystego naczynia) znaleziono w ropnym osadzie prątki w bardzo znacznej ilości. Na preparatach zabarwionych sposobem Ziehl-Neelsena, widzieliśmy je co kilka pól widzenia, bądźto pojedynczo, bądź też w zbitych skupieniach, zawierających po kilkanaście lub kilkadziesiąt prątków. Niekiedy spotykaliśmy ciałka ropne, zawierające prątki gruźlicze. Tę obfitość prątków i to ich ugrupowanie stwierdziliśmy we wszystkich przypadkach i przy każdorazowem badaniu moczu. Dla zupełnej pewności, że mamy do czynienia istotnie z prątkami gruźliczymi, a nie saprofitami, zachowującymi się podobnie względem barwików (*bacillus smegmae*), przeprowadziliśmy we wszystkich trzech przypadkach szczepienie świnek morskich, które za każdym razem wykazało nam gruźlicę.

Poza tem wyniki badania moczu nie wiele różniły się od zwykłych stosunków, spotykanych w przewlekłym nieżycie pęcherza: jedynie oddziaływanie moczu było we wszystkich 3 przypadkach słabo kwaśne[9]).

Poszczególne historye chorób przytoczymy jedynie w najkrótszym zarysie, gdyż chodziło nam głównie o podkreślenie czynnika etyologicznego. Przebieg kliniczny, niezmiernie przewlekły i jednostajny, nie różni się zresztą od stosunków, panujących u dorosłych. Zaznaczyć należy, że przez zastosowanie odpowiedniego leczenia, moglibyśmy w każdym z naszych przypadków osiągnąć w stosunkowo krótkim okresie czasu zmniejszenie ilości białka dość znaczne i złagodzenie podmiotowych objawów.

II) *R. Z.*, chłopiec 11-letni, przybył do kliniki dnia 18 lutego 1903 r. Chory od 4 miesięcy; pozostawał w klinice przez 3 tygodnie, poczem opuścił ją z polepszeniem. W miesiącu maju mieliśmy wiadomość listowną, że stan chorego jest mniejwięcej taki sam, bez wyraźnego pogorszenia. Szczegóły dotyczące badania zgłębnikiem przytoczyliśmy wyżej.

III) *S. K.*, chłopiec 4-letni, przybył dnia 22/IV 1903 r. Cierpi od miesiąca na moczenie częste, niebolesne, przy końcu moczenia mają odchodzić skrzepiki krwi. Oprócz starej przetoki gruźliczej przyjądrza wszystkie narządy zdrowe.

Spostrzeganie trwało dni siedm. Pod wpływem leczenia (spokój, dyeta, wewnętrznie tyokol i urotropina) ilość białka zmniejszyła się z 0·8‰ na 0·3‰. Mocz oddaje co kilka minut do łóżka. Odebrany na żądanie rodziny dnia 24/IV; dalszy przebieg nieznany.

IV. *T. S.*, chłopiec 11-letni, przybył dnia 13/V 1903 r. Chory od kilku miesięcy, doznaje ciągłego parcia na mocz, bólów w okolicy nerki prawej i niekiedy w nocy dotkliwych bólów w międzykroczu. Mo-

[8]) Melchior: »Cystitis und Urininfection«. 1897.

[9]) W poglądach na sprawę oddziaływania moczu w gruźlicy pęcherza panowało do niedawna zamieszanie. Rovsing jeszcze przed 10 laty przypuszczał, że każdy nieżyt pęcherza z kwaśnym moczem zależy od bakteryi gruźliczych. Teraz wiadomo, że różne inne bakterye mogą wywołać nieżyt pęcherza z moczem kwaśnym (gonokoki, paciorkowce, gronkowce, prątek okrężnicy, duru), a z drugiej strony udowodniono niewątpliwie, że i w razie alkalicznego oddziaływania moczu może zapalenie być na tle gruźliczem; ale wtedy zawsze znajdą się w moczu inne jeszcze rozkładające mocznik bakterye.

czenie niebolesne, strumień moczu często przerywany. Badanie fizyczne wykazało naciek w szczycie prawym i bolesność nerki prawej. Budowa chłopca wątła, odżywienie podupadłe.

Spostrzeganie trwało 6 tygodni. Ilość białka zmniejszyła się z 1‰ na 0·3‰, chory ze znacznem polepszeniem opuścił klinikę. Przez następnych kilka miesięcy mieliśmy sposobność co pewien czas chłopca widywać; stan utrzymywał się mniejwięcej jednakowy. Przed niedawnym czasem chłopiec zaczął się skarżyć na coraz silniejsze bóle w okolicy nerki prawej i silnie gorączkować; stwierdziliśmy znaczne rozszerzenie nacieku płucnego; w końcu rozwinęła się ogólna gruźlica.

Kończąc wyrażamy na tem miejscu podziękowanie prof. Jakubowskiemu za pozwolenie korzystania z materyału klinicznego, jakoteż prof. Bujwidowi, w którego zakładzie bakteryologiczna część badań wykonaną została.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Edward Bäumer. **Die Geschichte des Badewesens.** (Wrocław, 1903. J. U. Kern's Verlag. Str. VII—79 z 13 rycinami w tekście).

Z pierwotnego narzędzia walki ze złymi duchami stała się woda z biegiem czasu środkiem, służącym higienie ciała i tem, czem jest dzisiaj. Historyą jednego ze sposobów użycia wody, mianowicie historyą łaźni, zajmuje się autor książki, z której dziś zdajemy sprawę. W czterech częściach omawia on znaczenie łaźni u starożytnych, w wiekach średnich, na Wschodzie u Finnów, Rosyan i Japończyków i nareszcie za czasów nowożytnych. Z pośród narodów starożytnych przypisywali przedewszystkiem Indowie i Irańczycy kąpielom nietylko znaczenie czynnika, uprzyjemniającego życie przez oczyszczenie ciała, lecz także i działanie lecznicze. Czystość odgrywała wprawdzie u Egipcyan znaczną rolę, lecz nie doszła u nich do znaczenia, jakie przypisywały jej narody semickie i aryjskie. U narodów semickich Babilończyków i Asyryjczyków, którzy kąpielom rzecznym przypisywali wprost cuda pod względem leczniczym, miały one całkiem odrębne znaczenie W odgrzebanych pałacach i świątyniach znajdujemy miejsca, gdzie były łaźnie, najprawdopodobniej przeznaczone do użytku przy obrzędach religijnych. Najwybitniejsze pod tym względem stanowisko zajmują Izraelici. Księgi Mojżeszowe i talmud określają bardzo ściśle pojęcie czystości, a przepisy, dotyczące nieczystych, są mniej więcej identyczne z przepisami Zoroastra. Nieczystym jest człowiek po wytrysku nasienia, po spółkowaniu, każdy trędowaty, dotykający się zwłok, a kobieta nadto jeszcze w czasie miesiączki i w połogu. Oczyścić się można obok ofiar zapomocą kąpieli. Przed przestąpieniem progu świątyni należy się również oczyścić wodą. Z sekt żydowskich najbardziej przestrzegali przepisów czystości Essejczycy, którzy się codziennie kąpali w zimnej wodzie. Wyjątkowe znaczenie miały kąpiele, zwane „Mikvoath“, przeznaczone dla kobiet po miesiączce; ten przepis stał się przyczyną, że gminy żydowskie budowały specyalne zakłady kąpielowe, a gdy w wieku XVIII i XIX zamiłowanie do kąpieli, wogóle bardzo podupadło, łaźnie żydowskie stanowiły w niektórych miastach czasem jedyny zakład kąpielowy.

Istota czystości, która u narodów wschodnich kładła za pierwszy warunek czystość ciała, przeobraża się u Greków w szersze pojęcie, mianowicie, że czystość ciała jest symbolem czystości ducha. Wychodząc z tego zapatrywania, kąpali się Grecy przed wstąpieniem do świątyni, przed wysłuchaniem wyroczni itd. i utrzymywali łaźnie w domach prywatnych. Upadek kąpieli greckich zaznacza się wzmożeniem się wpływu rzymskiego, czego następstwem było obniżenie znaczenia łaźni do rzędu miejsc, służących do potrzeb zmysłowych. Nigdzie jednak łaźnie publiczne i prywatne nie były tak rozpowszechnione, jak w państwie rzymskiem. Powszechnie znanym jest fakt, jak wcześnie i w jakim stopniu spaczony został właściwy cel term, z tego powodu na tę stronę życia rzymskiego nie będziemy tu zwracać uwagi. Wspomnimy jedynie, że na żaden cel nie czyniono w Rzymie tyle zapisów, ile na wybudowanie łaźni i ich bezpłatne używanie. Miarą, jak powszechnem było u Rzymian użycie łaźni, niechaj będzie ta okoliczność, że w samym Rzymie zużywano na ten cel dziennie 750 milionów litrów wody, podczas gdy Berlin potrzebuje dziennie 120 milionów litrów, wliczając już w to i tę ilość, jaka zużywa się na liczne przedsiębiorstwa przemysłowe. Gdy przeniesiono stolicę z Rzymu do Konstantynopola, przeniósł się tam i zwyczaj powszechnego używania łaźni i trwał aż do roku 410, kiedy Alaryk zburzył Konstantynopol, a z nim i wspaniałe termy.

W wiekach średnich do rozpowszechnienia kąpieli przyczynił się w niemałej części kościół. Wprawdzie przepisy niektórych klasztorów zabraniały kąpania się częstego, lecz z drugiej znowu strony bardzo rozpowszechniony zakon Benedyktynów uważał za szczególniejszą zasługę szerzenie zamiłowania do łaźni. Wcale nierzadką formą dobroczynności bywało czynienie zapisów na rzecz bezpłatnych łaźni. Zepsucie obyczajów i łatwa sposobność nabycia bardzo wówczas rozpowszechnionej kiły, najbardziej przyczyniły się do upadku znaczenia łaźni publicznej i to tak za czasów państwa rzymskiego, jak i w wiekach późniejszych.

Znaczny bardzo udział w rozpowszechnieniu czystości i łaźni należy przyznać Islamowi. Przed każdą z codziennych pięciu modlitw wierni myją twarz, ręce i stopy. Po spółkowaniu biorą kąpiel pełną, a dobre dzieło spełniają ci wierni, którzy umożliwiają biednym użycie łaźni. Dlatego wszystkie świątynie muzułmańskie mają studnie i urządzenia, przeznaczone do mycia się.

Inną była kąpiel u Finnów, którzy się pod tym względem stali pierwowzorem dla Rosyan. U nich szło głównie o t. zw. parówki, a były one tak bardzo rozpowszechnione, że nie istniał prawie dom, w którymby ich nie było. Łaźnie te stały pod szczególniejszą opieką prawa, a przestępstwa w nich popełniane karano szczególnie surowo. Zimą i latem kąpie się Fińczyk, a w zimie bezpośrednio po parowej kąpieli przy silnych nawet mrozach tarza się w śniegu, by w ten sposób zahartować skórę. Nigdzie jednak zwyczaj kąpania się nie jest tak rozpowszechniony, jak w Japonii. Najbardziej przemawiają za tem liczby, a z tych wynika, że w samem Tokio istnieje przeszło 300 publicznych łaźni, w których się codziennie kąpie przeszło 400.0000 osób.

W wieku XIX rozbudził Wiedeń ponownie zamiłowanie w zachodniej Europie, a zasługę zwrócenia uwagi powszechnej na znaczenie kąpieli dla ludu ma Anglia. W roku 1846 uchwalił parlament angielski ustawę, mocą której łaźnie publiczne, założone z funduszów, zbieranych pod formą podatku, obowiązane były zawarować $^{2}/_{3}$ wydawanych kąpieli dla klas robotniczych.

Jak z tego krótkiego sprawozdania wnosić można, książka Dra B. zawiera bardzo dużo faktów, które zasługują na bliższe z nimi zapoznanie się. Liczne ryciny przyczyniają się w znacznym stopniu do upiększenia wydania i do zrozumienia książki. *Dr. Lachs.*

IV. Wyciągi.

Peham: **Mięsak groniasty** (*das traubige Sarkom*) **szyjki macicy.** (*Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* Tom 18, zeszyt 2). Mięsaki groniaste, nieliczne dotychczas opisywane i w ostatnich dopiero latach dokładniej poznane, stanowią osobną grupę złośliwych nowotworów macicy, o charaktorystycznem wejrzeniu i cechujących objawach klinicznych. Ze względu na swą budowę histologiczną i obraz makroskopowy otrzymały one swoją wymienioną nazwę. Punktem ich wyjścia jest błona śluzowa szyjki, skąd zwisają w postaci licznych gron śluzakowatych do pochwy, czyniąc wrażenie zaśniadu groniastego. Cechą charakterystyczną tych nowotworów jest obecność w nich tkanek, których nigdy nie znajdujemy ani w ma-

cicy zarodkowej, ani już rozwiniętej, a mianowicie tkanki chrzęstnej i włókien mięśni prążkowanych. Objawy kliniczne polegają z początku na wzmożonej wydzielinie, później na występowaniu długotrwałych krwawień z części rodnych. Przyczynę i rozwój tych guzów rozmaicie tłómaczą: jedni uważają je za polipy śluzakowate zwyrodniałe; ponieważ jednak nie można było wykazać śluzowego odczynu, sądzą inni, że tu idzie o obrzęk tkanki łącznej; wreszcie przypisywano komórkom nowotworowym zdolność metaplazyi. Autor opisuje właśnie przypadek przez siebie spostrzegany, a dotyczący 19-letniej dziewczyny, u której z powodu krwawień wyjmowano już kilkakrotnie polipy: krwawienia jednak po kilkutygodniowych przerwach ciągle wracały; wyskrobano więc całą macicę, ale po trzech miesiącach chora znowu traciła krew, wskutek tego po roku trwania choroby zgłosiła się do kliniki. Tutaj usunięto zwisające ze szyjki polipowate wyrośla, zbadano jamę macicy i wyjęto z niej guzek wielkości migdałka, usadowiony tuż nad ujściem wewnętrznem. Odtąd w ciągu 7 miesięcy wyjmowano jej jeszcze 5 razy duże guzy przez pochwę, aż po 1½-letniem trwaniu choroby chora umarła wskutek błednicy i osłabienia. Przed śmiercią wystąpiły objawy mózgowe. Badanie drobnowidowe polipów wykazało utkanie mięsakowe złożone z rozmaitych postaci komórek młodej tkanki łącznej, rozszerzone i dobrze wypełnione naczynia krwionośne i chłonne i gruczoły wypełnione śluzem. Guzek wyjęty z jamy macicy składał się z luźnej tkanki ziarninowej, w której rozrzucone były wysepki chrzęstne, a w niektórych gronkach i włókna mięśni prążkowanych. Nadto znaleziono na tylnej ścianie miednicy przerzut o tej samej budowie jak i guz pierwotny. Rozpoznanie tych guzów jest możliwe tylko na podstawie wyniku badania drobnowidowego, tembardziej, że obraz kliniczny, szczególnie z początku, nie różni się niczem od zwykłych polipów szyjkowych. I w powyższym przypadku dopiero znalezienie wysepek chrzęstnych w tkance mięsakowej naprowadziło na istotę nowotworu. Rokowanie zależne jest od wczesnego rozpoznania. Dotychczas prawie wszystkie przypadki zakończyły się śmiercią. Leczenie powinno być doszczętne i polegać na wyjęciu macicy wraz z tkanką otaczającą. Z tego też powodu przy rozpoznaniu polipów nie wystarcza ograniczyć się tylko do ich wyjęcia, ale należy je zbadać pod drobnowidem, szczególnie, jeżeli krwawienia nie ustają, polipów jest dużo i jeżeli po każdorazowem ich wyjęciu występują świeże. Tylko w ten sposób można zawczasu postawić prawdziwe rozpoznanie i chorej nieraz uratować życie. Dalej omawia autor stosunek tych nowotworów do mięsaków występujących w pochwie u młodych dziewcząt i dochodzi zgodnie z wielu innymi autorami do wniosku, że mięsaki pochwowe u dzieci i mięsaki groniaste szyjki macicy są identyczne i stanowią oddzielną grupę nowotworów narządu rodnego żeńskiego, charakterystyczną tak ze względów na objawy kliniczne jak i budowę histologiczną. Różne są teorye, tłómaczące powstanie owych wysepek tkanki heterologicznej w tych nowotworach; jedni sądzą, że są one następstwem metaplazyi komórek, inni zaś, że tu idzie o rozwój rozrzuconych ognisk zarodkowych; w ostatnich czasach teorya Wilmsa znalazła wielu zwolenników: według niej guzy te mają być nowotworami mieszanymi wrodzonymi, zawierającymi niezróżniczkowane jeszcze, a więc pochodzące z bardzo wczesnego okresu życia zarodkowego, ogniska komórek (przewód Wolffa). Przy wzrastaniu samych guzów różniczkują się dopiero te ogniska komórek zarodkowych i tworzą tkankę chrzęstną i mięśniową.

Dr. E. Ehrenpreis.

Prof. Dr. Soxhlet: **Mleko krowie jako pokarm osesków.** (*Münch. med. Wochschr.* Nr. 47). Według badań Camerera i Söldnera w mleku kobiecem przypada tylko 80% ogólnej ilości azotu na białko, reszta zaś na inne substancye, wśród których najważniejsze miejsce co do ilości zajmuje mocznik. Przeciętne mleko kobiece w 20 dni po porodzie zawiera: 0,89% białka, 3.47% tłuszczu, 6,7% cukru mlecznego, 0,20% popiołu (w litrze 633 kal.), Przeciętne mleko krowie zawiera według Königa: 3,6% białka, 3.6% tłuszczu, 5,0% cukru mlecznego, 0,7% popiołu (w litrze 687 kal.). Przez samo rozcieńczenie mleka krowiego roztworem cukru mlecznego, nigdy nie dojdziemy do mieszaniny odpowiadającej swym składem mleku kobiecemu: będzie ona zawierać za mało tłuszczu i odpowiadać raczej mleku kobiecemu odtłuszczonemu. Jeżeli cielę będziemy karmić mlekiem odtłuszczonem, zauważymy bardzo szybko oddziaływanie ustroju w postaci biegunki i nędznego wzrostu zwierzęcia i tylko nadzwyczajnej jakiejś własności przystosowania się do nieprzyjaznych warunków zawdzięczamy, że niemowlęta znoszą jako tako nieodpowiedni dla nich pokarm. Bliżej celu dochodzimy z mieszanką śmietankową Biederta. Jej Nr. 1 dla osesków w pierwszym miesiącu życia jest mieszaniną 1 części śmietanki o 10% zawartości tłuszczu z 3-ma częściami 2,4% roztworu cukru mlecznego. Mimo tego jest ona jeszcze uboższą o 1% tłuszczu i 2% cukru od mleka kobiecego. Właściwie należy zmięszać 273 grm. śmietanki zawierającej 12,5% tłuszczu z 55 grm. cukru mlecznego i z 672 grm wody; mieszanina ta różniłaby się od mleka kobiecego tem, że zawierałaby o 0,173% zamiast o 0,20% popiołu, co można uzupełnić przez dodatek 0,25—0,50 grm. soli kuchennej na litr. Różnica pozostaje tylko w nieco większej zawartości wapna w stosunku 44:34. Mieszanina ta zachowuje się wobec działania podpuszczki taksamo, jak mleko kobiece, również siła wiązania kwasów, zbyt wysoka w mleku krowiem, zostaje sprowadzoną do ilości odpowiadającej mleku ludzkiemu. Zbiciu się tłuszczu wskutek sterylizacyi można zapobiedz, według Dra Fuhrmanna, przez silne skłócenie mieszaniny ogrzanej do ciepłoty ciała, tj. powyżej punktu topienia masła.

Różnice biologiczne białek mleka rozmaitych zwierząt, jak również różnice w zawartości enzymów, nie posiadają, zdaniem autora, wielkiego znaczenia; co do tych drugich jest rzeczą dla niemowlęcia obojętną, jeżeli mleko krowie nie zawiera n. p. enzymu amylolitycznego, znajdującego się w mleku ludzkiem, ponieważ i tak w pokarmie oseska skrobia się nie znajduje. Przyjąć raczej należy, że obecność podobnych enzymów w mleku jest rzeczą przypadku, że one krążąc we krwi, przechodzą do mleka podobnie, jak przechodzą do moczu: taksamo zbyteczną i przypadkową jest obecność w mleku kobiecem mocznika.

Seńkowski.

E. Raehlmann: **O ultramikroskopowem badaniu roztworów białka i węglowodanów, oraz o nowej metodzie oznaczania białka w białkomoczu.** (*Münch. medicinische Wochenschrift* Nr. 48. 1903). Nowy mikroskop, zrobiony w pracowni Zeissa w Jena, przez Siedentopfa i Zsigmondyego, a polegający na zasadzie silnego ogniskowego oświetlenia z boku, posiada nieprawdopodobną siłę rozwiązującą, dozwalającą dostrzegać cząstki wielkości 1—10 μμ (milionowych milimetra). Ażeby sobie wyobrazić te drobne wielkości, należy przypomnieć, że amplituda promieni słonecznych wynosi 1940 μμ (dla ostatnich promieni ultraczerwonych) do 294,8 μμ (dla ostatnich promieni ultrafioletowych). Długość fali pierwszej linii sodowej, leżącej w najjaśniejszej części widma słonecznego wynosi 587,5 μμ.

Pierwotnie zajmowali się autorowie badaniem roztworów barwikowych i przyszli do przekonania, że nową metodą jesteśmy w stanie spostrzedz w tych roztworach cząstki barwika i to całkiem wyraźnie w ich naturalnej barwie. Cząstki te są dla każdego barwika charakterystyczne nietylko barwą, ale także kształtem i ruchem. Farby mieszane dają się rozwiązać rozmaicie: albo obok cząstek jednego barwika można spostrzedz drugie, albo tworzą się cząstki mieszane, różne barwą, ruchem i kształtem od pierwiastków je składających, albo wreszcie dochodzimy do tworów, gdzie około większych cząstek jednego barwika tworzy się osłonka, złożona z drobniutkich cząstek drugiego. Wielkość cząstek, ich odległość od siebie i ruchy mają w sobie coś prawidłowego, zależnego od grawitacyi, wzajemnego przyciągania i odpychania.

Chcąc badać zachowanie się pierwiastków komórkowych i białka pod wpływem barwików, spostrzegli autorowie zaraz na początku swej pracy zadziwiające zjawisko, że w roztworze białka należycie przesączonym dają się spostrzedz całkiem typowe cząstki wielkości 5—10 μμ, tj. 0,000005 mm. W 5% roztworze białka kurzego cząstki te leżą tak blizko siebie, że bliższych szczegółów nie podobna rozpoznać; jeżeli jednak ten roztwór rozcieńczymy stokrotnie, pojedyncze cząstki dają się już dobrze od siebie rozróżnić. Cząstki te są w ciągłym ruchu drgającym. czasem opisują łuki, odległość ich od siebie w stałem rozcieńczeniu zdaje się być jednakową. Większa ich część polaryzuje zupełnie światło, wielkość ich zatem leży poniżej 1/50 długości fali, tj. 5—10 μμ. Mocz chorego na zapalenie nerek, zawierający 1% białka, wykazywał jeszcze w rozcieńczeniu 1:500.000 pojedyncze wyraźne cząstki.

Po zagotowaniu i przesączeniu moczu w jednych przypadkach znikały kuleczki prawie w zupełności, w innych pozostawała ich znaczna liczba (propepton?). Przez odpowiednie rozcieńczenie i mierzenie odległości pojedyńczych cząstek od siebie możnaby stworzyć bardzo dokładną metodę ilościowego oznaczania białka.

Z pomiędzy węglowodanów poddano badaniu dekstrynę, gumę arabską, cukier gronowy, mleczny i glikogen. Wszystkie z nich dają się rozwiązać na mniejsze lub większe kuleczki ultramikroskopowe, po większej części polaryzujące światło, również podobny obraz daje roztwór dyastazy.

Bardzo ciekawy jest obraz, jaki daje roztwór glikogenu. W rozcieńczeniu 1:10.000 obraz jest tak zalany, że poszczególnych pierwiastków jeszcze dostrzedz nie można; dopiero w rozcieńczeniu 1:300.000 rozwiązuje się stożek dyspersyjny na mnóstwo kuleczek. Kuleczki te bardzo równej wielkości w przybliżeniu 0,00006 mm. tj. 1/10 długości fali, są rozmieszczone w równej od siebie odległo-

ści i posiadają ruch drgający tak, że pole widzenia robi wrażenie migania. Przez rozcieńczenie wodą do podwójnej objętości odstęp między cząsteczkami podwaja się, a ruchy stają się mniej energiczne. Jeżeli do rozczynu glikogenu dodamy pod mikroskopem rozczynu dyastazy, obraz natychmiast się zmienia, ustępując miejsca temu, jaki przedstawiają rozczyny glikozy. *Seńkowski*

Kohn Alfred. **O tkance chromochłonnej.** (*Allg. Wiener med. Ztg.* 1903, Nr. 46, 47). Badania swoje rozpoczął K. pierwotnie od niedokładnie jeszcze znanych tworów, znajdujących się w sąsiedztwie gruczołu tarczowego, a uważanych przez czas jakiś za dodatkowe gruczoły tarczowe (glandulae parathyreoideae). Przekonawszy się w tych badaniach, że twory te nie mają nic wspólnego z gruczołem tarczowym, lecz są narządem zupełnie odrębnym i samoistnym, szukał K. w ustroju innych narządów pokrewnych i starał się utworzyć z nich jedną gromadę, nadając jej nazwę ciał nabłonkowych (Epithelkörper). Do narządów tego typu zalicza K. także przysadkę mózgu, wyspy Langerhansa w trzustce i korę nadnercza. Okazało się bowiem z badań porównawczych, że istota rdzenna nadnercza jest czemś od istoty korowej zgoła odrębnem; są to dwa osobne narządy, które u zwierząt niższych leżą daleko od siebie i dopiero u zwierząt wyższych ze sobą w jedno ciało się zlewają. Istocie rdzennej nadnercza ludzkiego odpowiadają u pewnych ryb t. zw. ciałka nadnerkowe, rozwijające się wraz z zarodkowymi zwojami współczulnymi, pozostające potem przez całe życie w związku z układem nerwu współczulnego, nigdy zaś nie wchodzące w żaden związek z właściwem nadnerczem. Tych ciał nadnerkowych nie należy więc wogóle wcale wiązać z nadnerczem, a najlepiej dla uniknięcia wszelkich nieporozumień przyjąć nową, odrębną ich nazwę „paraganglia“ lub „ciałka chromochłonne“, ich komórki bowiem odznaczają się szczególnem powinowactwem do soli chromu, silnie je pochłaniają. Z takich komórek chromochłonnych składają się oprócz istoty rdzennej ludzkiego nadnercza liczne ciałka, pozostające w związku z układem nerwu współczulnego, których znaczenia dotąd nie umiano określić. Twory te wraz z istotą rdzenną nadnercza stanowią odrębny, samoistny narząd, który należy — zdaniem K. — ściśle oddzielić od właściwego, nabłonkowego nadnercza. K. spodziewa się, że w ten sposób powiedzie się z czasem usunąć niektóre, dziś istniejące sprzeczności i rozjaśnić wątpliwości w nauce o znaczeniu i czynnościach nadnercza, byle zawsze pamiętać o różnicy nadnercza od owej tkanki chromochłonnej i uwzględniać to, że po za obrębem istoty rdzennej nadnercza istnieją inne jeszcze ogniska w jej ustroju. *C.*

Pick. **Dalszy przyczynek do patologii tężyczki.** (*Neurol-Centralbl.* 1903, Nr. 16). Mniejwięcej przed rokiem ogłosił P. dwa spostrzeżenia tężyczki, w których na sekcyi znaleziono zwapnienie drobnych naczyń w obrębie substancyi białej mózgu i w móżdżku. Wówczas zastrzegł się P., iż nie rozstrzyga, czy zmiana ta est przyczyną, czy też skutkiem tężyczki lub też może tylko zjawiskiem z nią współrzędnem. Zmianę tę można przy uważnem badaniu stwierdzić już przy sekcyi nawet bez badania drobnowidowego, jednak dotykiem raczej, niż wzrokiem, w postaci jakby igiełek, sterczących z powierzchni przekroju: są to ostre końce przeciętych, zwapniałych naczyń. Spostrzeżenie to sprawdziło się teraz w dwóch dalszych przypadkach tężyczki; oba przypadki dotyczą osobników młodych, u których nie było nigdzie zwapnienia, ani innych zmian miażdżycowych, w reszcie tętnic ustroju, u których wogóle miażdżycy nie można było się spodziewać. Zwapniałe były szczególniej naczynia w obrębie jądra zębatego (nucleus dentatus), oraz w obrębie wielkich zwojów mózgu. Pick obecnie śmielej już wypowiada przypuszczenie, że zwapnienie pewnych grup drobnych naczyń mózgowia jest anatomiczną podstawą tężyczki; gdyby bowiem miała to być jakaś tężyczce towarzysząca zmiana odżywcza, to wówczas musiałyby i inne naczynia mózgowe, np. w obrębie kory, uledz również takim samym zmianom, jak naczynia móżdżku. W każdym razie zasługuje rzecz, zdaniem P., na to, aby w przyszłości poświęcić jej przy sekcyach przypadków tężyczki większą uwagę i badać w takich razach szczególnie dokładnie stan drobnych naczyń wspomnianych okolic mózgowia. *C*

Josue: **Miażdżyca tętnicy głównej, wywołana doświadczalnie przez wielokrotne wstrzykiwania adrenaliny do żył.** (*Presse med.* 1903, Nr. 92). Wychodząc z powszechnie dziś przyjętego zapatrywania, że miażdżycę tętnic oprócz pewnych czynników toksycznych wywołuje przedewszystkiem dłuższy czas trwające i powtarzające się wzmożenie parcia w tętnicach, postanowił J. spróbować, czy podnosząc parcie w naczyniach zapomocą wstrzykiwań adrenaliny nie uda się sztucznie wywołać miażdżycy. Do doświadczeń używał J. królików, ważących ponad 2 klg., którym wstrzykiwał co drugi dzień po 3 krople $^1/_{000}$ rozczynu adrenaliny wprost do żył usznych, przekonawszy się poprzednio, że wstrzykiwanie podskórne nie wywołuje żadnego skutku, a wstrzykiwanie do żył dawek większych, np. 4 kropli na raz, może wywołać nagłą śmierć zwierzęcia i w ten sposób udaremnić dokończenie doświadczenia. Otóż u królików, którym J. wstrzykiwał małe dawki adrenaliny do żył przez czas dłuższy, pojawiała się rzeczywiście miażdżyca tętnic ze zwapnieniami i to tem wybitniej, im dłużej stosowano wstrzykiwania. U jednego z tych królików wytworzyło się nawet w jednem miejscu tętniakowate wypuklenie ściany tętnicy głównej, dochodzące wielkości grochu. J. nie rozstrzyga, czy adrenalina działała tutaj właśnie przez wzmożenie parcia w tętnicach, choć taki sposób działania, a nie jakiś np. wpływ toksyczny, jest najprawdopodobniejszy. W końcu zwraca J. uwagę na to, że wobec wyniku jego doświadczeń wartoby w przypadkach miażdżycy systematycznie badać stan nadnerczy. *C.*

P. Pręgowski: **Przyczyny rozedmy płuc i jej zapobieganie.** (*Wiener medicinische Presse* Nr. 38 i 39). Autor przytacza historyę chorób trzech przypadków, w których zachodzi współistnienie wybitnej nerwicy neurastenicznej z rozedmą płuc. Wskazuje dalej na to, że w nerwicy, której ulegają trzej jego pacyenci, ma miejsce zaburzenie funkcyi serca z towarzyszącymi objawami zastoju, które to cierpienie w stosunku do rozedmy płuc nie jest bynajmniej następowem. Zastoje i przesięki powstające wskutek wspomnianego zaburzenia w układzie naczyniowym, wraz z wywołanymi przez nie objawami oskrzelowymi, kaszlem i natężonem oczyszczaniem górnych dróg oddechowych ze śluzu przez nos, na które to czynniki autor zwraca uwagę, opierając się specyalnie na przeprowadzonych w tym kierunku obserwacyach kilku pacyentów, zdają się wyjaśniać drogi, któremi wspomniana nerwica prowadzi do rozdęcia płuc. W ten sposób znajdują potwierdzenie przypuszczenia prof. F. Hoffmanna, że między rozedmą płuc a zaburzeniami czynności serca zdaje się zachodzić odwrotny stosunek, niż to się zwykle przyjmuje, mianowicie, że zmiany w czynności serca nie są wyłącznem następstwem rozedmy płuc, lecz raczej odwrotnie, one pociągają za sobą zmiany w płucach; również wyjaśnia się znany fakt częstego kojarzenia się rozedmy płuc ze stanami silnie neurastenicznymi. Niemniej staje się zrozumiałem częste występowanie rozedmy płuc u kilku członków tejsamej rodziny, gdyż dziedziczność będącej w mowie nerwicy, na podstawie której rozwija się rozedma płuc, odgrywa znaczną rolę. Przytoczone dane etyologiczne prowadzą do wskazań zapobiegawczych, do których autor zalicza: 1) usunięcie wspomnianej nerwicy na drodze, wskazanej przez autora gdzieindziej; 2) nie dopuszczanie do zbyt spotęgowanych ruchów oddechowych, a to przez zapobieganie kaszlowi, tudzież przez mniej natężające uwalnianie górnych dróg oddechowych ze śluzu przez usta, zamiast przez nos.

Buławincew: **Psychiczny sok żołądkowy u ludzi.** (*Izwiestija wojenno-medicinskoj Akademii* 1903, Tom 6, Nr. 4). B. wykonał na zdrowych osobnikach szereg badań dla sprawdzenia wpływu psychicznego na wydzieliny soku żołądkowego. Przepłókawszy naczczo żołądek i przekonawszy się, że nie zawiera on żadnej treści, B. podniecał łaknienie przez psychiczne podrażnienia bądź smakowe, bądź wzrokowe, bądź wreszcie słuchowe. Następnie, wydostawszy treść żołądka, oznaczał ogólną kwasotę, ilość wolnego i luźnie związanego kwasu solnego i siłę trawiącą. Doświadczenia te wykazały, że podniecenie łaknienia sprowadza niewątpliwie wydzielinę t. zw. „psychicznego“ soku. Sok ten zawiera przeszło 2% wolnego kwasu solnego i znaczną ilość pepsyny; wobec tego odznacza się on wysoką siłą trawienną. Ilość i jakość soku psychicznego zależy od stopnia podrażnienia psychicznego. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Zimnickij. **Częstość stwardnienia tętnicy głównej u osobników młodych.** (*Izwiest. woj. medic. Akad.*, 1903, T. 6, Nr. 2). Autor badał w instytucie prof. Chiarego stan tętnicy głównej i doszedł do wniosku, że w wieku niższym od 25 lat ściany tej tętnicy ulegają zmianom w 27·3% (na 138 trupów u 38); jeśli zaś wykluczyć zwłoki dzieci do 2 lat, u których tętnica główna nie przedstawia wcale zmian, to częstość schorzeń tętnicy w wieku młodym wynosi 50·7%. Najważniejsze zmiany znajdował Z. w warstwie wewnętrznej naczynia, gdzie one się przedstawiały jako biało-żółtawe lub szarawe pasma. W powstaniu tych nierzadkich zmian w ścianie tętnicy głównej w wieku młodym odgrywają bardzo doniosłe znaczenie, oprócz wyskoku i innych przyczyn, również i choroby zakaźne. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Simonowicz. **W sprawie działania adrenaliny.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 24). Na podstawie doświadczeń, wykonanych z adrenaliną w klinice prof. Sirotinina (Petersburg), przychodzi S. do wniosków następujących: 1) adrenalina ma ogólne działanie tylko w razie wstrzyknięcia bezpośrednio do żył; 2) stosowanie adrenaliny przez usta nie sprowadza właściwego działania u zwierząt, nawet w wielkich dawkach (0,015—0,03); u człowieka również nawet

w dawce 5 razy przechodzącej najwyższą leczniczą (0,01), przyczem nie wywołuje żadnych objawów przedmiotowych i podmiotowych; 3) okoliczność ta zależy nietyle od niszczącego wpływu wątroby, ile od bardzo słabego wchłaniania się leku; 4) naruszenie całości błony śluzowej przewodu pokarmowego nie ułatwia wchłaniania się adrenaliny; 5) adrenalinę można stosować dla zatamowania krwotoków z błon śluzowych bez obawy otrzymania ogólnego działania trującego: 6) cukromocz adrenalinowy jest prawdopodobnie wynikiem wpływu toksycznego: 7) wstrzykiwanie adrenaliny do żył dla natychmiastowego podniesienia zanikającej czynności serca może być stosowane wyłącznie jako *ultimum refugium*, ponieważ po wstrzykiwaniu niewielkich dawek adrenaliny zdarza się niekiedy nagła śmierć. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Bołdyrew. **Zaczyn tłuszczowy (lipaza) w soku jelitowym.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 25). Doświadczenia B. były wykonane na psach z przetokami Thiry — Vella w okolicy przejścia dwunastnicy w jelito czcze; sok badano naczczo, oraz po spożyciu pokarmu. Dla zbadania zawartości zaczynu tłuszczowego w soku B. używał monobutyryny, oliwy, śmietanki, mleka i sztucznych zawiesin. Sok badany był świeży lub przechowany w lodzie z poprzedniego dnia. Doświadczenia te wykazały, że sok jelitowy rozkłada tłuszcze; przegotowany traci tę własność. Ztąd wynika, że w soku znajduje się zaczyn tłuszczowy i to nie tylko w soku żołądkowym i trzustkowym, lecz i w jelitowym. *Witold Orłowski* (Ptbg).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Katzenstein: **Leczenie rozpadlin rzyci.** (*Die Therapie der Gegenwart* 1902, grudzień). Autor nie leczy więcej przeczosu odbytu operacyjnie, lecz środkami leczniczymi, starając się przytępiać końce nerwów w przeczosie kokainą i znieść kurcz zwieracza wilczą jagodą, gdyż tylko pod tymi warunkami możebne jest wyleczenie przeczosu ichtyolem. Używa on następującego rozczynu. Rp, *Extr. belladonnae 0·5, Cocain. hydrochl. 0·05, Ammon. sulfoichtyol. ad 6·0*, którą przed użyciem należy nieco ogrzać, wstrząsnąć i zamoczoną w nim nitkę skręconej waty grubości druta od pończoch wsunąć zgłębnikiem guzkowatym choremu, leżącemu na boku, do odbytu wzdłuż ściany przeciwnej przeczosowi, by unikać bolu przez jego dotknięcie. Nitka, którą chory może sobie sam wyciągnąć, zostaje w odbycie przynajmniej pięć minut, albo do następnego wypróżnienia. Zabieg ten powtarza się raz do dwóch razy dziennie przez 8—14 dni aż do wyleczenia, a uregulowanie stolca i kąpiele nasiadowe zapobiegają nawrotom tego uporczywego i bolesnego cierpienia. *Dr. Fels.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z d. 6 listopada 1903 r.

Przewodniczący: kol. Łukasiewicz. Obecnych członków: 34.

I. Kol. Barącz omawia przypadek operacyjnego zmniejszenia zdrowego nosa i demonstruje fotografie chorego, zdjęte przed i po operacyi. W sierpniu 1902 roku zgłosił się do polikliniki 26-letni chory z prośbą o zmniejszenie mu nosa, gdyż jak twierdził wszyscy zwracają uwagę na jego nos. Chory był wskutek tego bardzo przygnębiony. Ponieważ nos prelegentowi nie wydawał się nieproporcyonalnie wielkim, a nawet zupełnie kształtnym, (nos orli może nieco zbyt garbaty), przeto odradzał pacyentowi operacyę. Pacyent jednak uporczywie prosił o zmniejszenie i to było celem jego przyjazdu do Lwowa. Wobec tego wykonał kol. Barącz operacyę w uśpieniu chloroformowem w sposób następujący: Poprowadził on cięcie w linii środkowej nosa od nasady aż do końca, odpreparował szeroko skórę nosa od kości nosowych i wyrostków nosowych szczęki górnej, przedłutował obustronnie u nasady kości nosowe i wyrostki nosowe szczęki górnej i zepchnął w ten sposób uruchomione kości ku dołowi. Następnie wyciął nożyczkami wewnętrzne brzegi obu kości nosowych. Po obu stronach cięcia podłużnego wyciął po wrzecionowatym skrawku skóry, wyciąrównież wrzecionowaty skrawek z chrząstek nosowych i przednią część lemiesza. Ponieważ po zbliżeniu brzegów rany nos wydawał się teraz za długim, wyciął obustronnie po klinie poprzecznym z bocznych części nosa tak, że zaszyta rana miała kształt krzyża. Rana zgoiła się przez rychłozrost, a chory z operacyi jest bardzo zadowolony. Operacye podobne wykonał najpierw Robert F. Weir w Nowym Jorku, następnie Dr. Jaques Joseph w Berlinie wykonał 11 zmniejszeń nosa. Tak Weir, jak i Joseph, posługiwali się zupełnie inną techniką operacyjną, którą kol. B. opisuje. Z polskich chirurgów zajmował się sprawą operacyi upiększających na nosie Gabryszewski.

W dyskusyi zabierają głos kol: Skałkowski, Sieradzki, Mayer, Schramm, Gluziński A., Wehr, Łukasiewicz, Uhma.

Kol. Skałkowski przytacza przypadek, w którym u młodej pacyentki na jej życzenie wykonał wycięcie paska skóry z grzbietu nosa, poczem brzegi rany ściągnął szwem. Chora była zupełnie zadowolona, a wynik operacyjny dobry.

II. Kol. Gluziński A. przedstawia wniosek komisyi przemysłowej, uznający przetwór sulfo-gwajakolowy wyrobu Mikolasza, jako polecenia godny. Uchwalono w brzmieniu wniosku komisyi przemysłowej.

III. Kol. Uhma: Spostrzeżenia i doświadczenia z praktyki w chorobach skórnych i płciowych.

Prelegent na podstawie doświadczenia osobistego omawia:

1) Stosowanie okładu kwaśnego w sprawach zapalnych ostrych: *a*) w zanokcicy, *b*) w wyprysku. W pierwszym przypadku używa czystego płynu Burowa, w drugim 10-krotnie i 20-krotnie rozcieńczonego, dając cienki pokład waty i często zwilżając.

2) Działanie helmitolu, urotropiny i heksametylentetraminy w chorobach pęcherza i cewki moczowej. Podawał środki te w ilości od $1^1/_2$ — 5 grm. dziennie, otrzymując znakomite wyniki w nieżytach pęcherza zasadowych, mniej dobre przy kwaśnych. W jednym przypadku przy podawaniu helmintolu wystąpiło zapalenie spojówek. Spostrzegał również zadrażnienia pęcherza, ujawniające się silniejszemi parciami na mocz, przyczem przy końcu moczenia ukazywała się kropla krwi. Przypadłości te odnosi prelegent do formaliny, zawartej w tych przetworach.

3) Dezynfekcyę cewników. Dla nadania gładkości cewnikom używa smarowidła, składającego się: *tragag 3,0, glycer. 10,0, aquae carb. 3% 90,0.* Smarowidło to łatwo się spłókuje i wedle spostrzeżeń prelegenta ma własności znieczulające (kwas karbolowy).

4) Przedstawia barwik swego pomysłu, czerwień obojętną, którą dwoinki Neusserowskie barwią się żywo czerwono. Barwienie odbywa się w ten sposób, że na zasuszoną na szkiełku przedmiotowem warstwę barwika daje się kroplę ropy i bezpośrednio potem pod mikroskopem się bada. Uważać należy, by ropy nie było za wiele. Sposób ten podał równocześnie Dr. Plato z kliniki Neussera, rozpuszczając barwik ten we wodzie. Obecnie uzupełnił prelegent mieszaninę barwika, który w pierwotnej swej formie nie barwił należycie. Prosi o wypróbowanie, dając barwik do rozporządzenia.

5) Do badania naskórka używa kwasu octowego, który zapomocą podgrzewania wyparowuje z przetworu, a następnie barwi przetwór rozczynem wyskokowym błękitu metylowego.

6) Do badania włosów używa glicerynowego roztworu barwika, spłókując czystą gliceryną.

7) Przy wypryskach na głowie (między włosami) używa oliwy karbolowej 10%, bez ucinania włosów.

8) Prelegent omawia przepłókiwania słabymi rozczynami nadmanganianu potasowego za pomocą cewnika przy zajęciu pęcherza i części tylnej. Przepłókuje zapomocą irygatora w ten sposób, że wsuwając cewnik, przepłókuje cewkę, następnie, wysuwając cewnik, pęcherz i znowu cewkę. Omawia dalej wstrzykiwania sposobem Kutnera.

Wyraża zapatrywanie, że przy leczeniu rzeżączki więcej szkodliwem jest ciągłe podrażnienie (częste zmazania), aniżeli prawidłowe spółkowanie. Przypisuje działanie lecznicze przy stosowaniu azotanu srebrowego silnemu skurczowi mięśni cewki.

W dyskusyi zabierają głos koll.: Obtułowicz, Leszczyński i Fels. *Dr. Józef Świątkiewicz*, sekretarz.

Nadzwyczajne posiedzenie naukowe z dnia 13 listopada 1903 r.

Przewodniczący: kol. Ziembicki G. Obecnych członków: 27.

I. Kol. Ziembicki G. przedstawia chorego, u którego dolegliwości ze strony pęcherza wystąpiły przed dwoma laty. W r. 1902 wykonał u niego Prof. Frisch *sectio alta,* przyczem wydobyto kilka kamieni dość znacznej wielkości. W sierpniu b. r. zgłosił się chory

z objawami nawrotnej kamicy pęcherza. Wskutek dawnej blizny i przepukliny powstałej w bliźnie zabieg operacyjny był tak utrudniony, że prelegent był zmuszony z powodu otwarcia jamy otrzewnowej operacyę przerwać, nie otwierając pęcherza; 9 tego października przystąpił do powtórnej operacyi. Cięciem przedodbytniczem odłuszczył gruczoł krokowy, w którym znalazł około 30 kamyków (prelegent demonstruje) i kilka jam. Mimo 8-dniowego sztucznie wywołanego zaparcia stolca powstała przetoka między pęcherzem a kiszką stolcową. Dla ułatwienia odchodzenia kału nacięto zwieracz odbytnicy. Obecnie przetoka ta zmniejsza się i prelegent ma nadzieję, że po jakimś czasie zaciągnie się całkowicie.

W dyskusyi zabierają głos koll. Barącz i Ziembicki G.

II. Kol. Barącz: wygłosił wykład: Krótki pogląd na obecny stan techniki operacyjnej w Stanach Zjednoczonych na podstawie własnych spostrzeżeń. (Przeznaczone do druku).

Posiedzenie naukowe z dnia 20 listopada 1093 r.

Przewodniczący kol. Łukasiewicz. Obecnych członków 31.

I. Kol. Sołowij: Referat Komisyi, wydelegowanej do zajęcia się sprawą reformy przepisów służbowych dla położnych.

Referent odczytuje memoryał do ministerstwa spraw wewnętrznych i projekt zmian w przepisach służbowych dla położnych. Memoryał ten opracowała Komisya, złożona z pięciu, a wybrana przez wszystkich ginekologów w myśl uchwały Tow. lekarskiego z dnia 1-go maja 1903 r.

Dyskusya: Kol. Bylicki żąda zmiany w umotywowaniu zaprowadzenia sublimatu do użytku położnych w tym kierunku, by nacisk położyć na zastosowanie sublimatu w szkołach z jednoczesnem dotychczasowem pominięciem go w przepisach dla położnych. Występuje również przeciw pojęciu słowa »bezgnilne«, uznając, że istnieje tylko postępowanie »przeciwgnilne«.

Kol. Sękiewicz występuje przeciw nowym rozporządzeniom i zmianom przepisów. Przepis sam nic nie pomoże, dopóki położne nie będą dobrze wyszkolone. Nie zgadza się z zapatrywaniem, by przez 1-szy tydzień dziecka nie kąpać. Jest zdania, że żadna matka nie zgodzi się na to i przepis pozostanie na papierze. Co do obowiązkowych wstrzykiwań protargolu do worka spojówkowego należałoby zasięgnąć zdania szerszego grona okulistów.

Kol. Hojnacki stawia wniosek, by memoryał rozesłać do członków Tow. ginekologicznego i nie wysyłać go do ministerstwa, zanim Tow. ginekologiczne nie poweźmie w tym kierunku uchwały.

Kol. Wehr uzasadnia różnicę postępowania bezgnilnego i przeciwgnilnego.

Kol. Przewodniczący zwraca uwagę, że uchwałą z d. 1-go maja 1903 r. dano komisyi, mającej się zająć reformą przepisów służbowych dla położnych, pełnomocnictwo działania imieniem Tow. lek. lwowskiego.

Memoryał wraz z projektem przyjęto.

II. Kol. Piasecki: Slöjd leczniczy. (Spostrzeżenia ze Skandynawii, z demonstracyami). Prelegent zdaje sprawę z swych spostrzeżeń nad slöjdem leczniczym w Skandynawii. Nowa ta gałąź lecznictwa jest zaledwie w okresie prób, lecz prób zachęcających. Pracę ręczną zalecono już od dawna, jako zajęcie dla nerwowo chorych. Postać skończonego systemu zdrowotno-wychowawczego, jaką przybrał w latach ostatnich slöjd w Danii pozwala wskazania te czynić śmielej i znacznie rozszerzyć. Aksel Mikkelsen, duński reformator slöjdu, udoskonalił warunki fizyczne pracy, zmieniając kształt warsztatu i narzędzi, wybór modeli i t. d. Dziś slöjd duński daje racyonalne ćwiczenia mięśni, połączone z nienaganną postawą i prawie wcale nie wytwarza pyłu. Psychicznie ważnemi są: towarzyskie wykonywanie roboty; łatwość wykończenia w krótkim czasie przedmiotu użytecznego; ścisłość pracy, która przez to pochłania zupełnie uwagę chorego; wreszcie ogromne bogactwo form (chory nawet najmniej wprawny i cierpliwy samą piłą i heblem wykończa setki modeli). — Ten zbiór zalet stawia »slöjd« leczniczy na pierwszem miejscu wśród prac ręcznych dla neurasteników. Prócz tego może on być czynnikiem współrzędnym lub uzupełnieniem gimnastyki i sportów wszędzie, gdzie ruch jest wskazanym dla poprawy wymiany materyi. Dalsze wskazania: gościec mięśniowy umiejscowiony w mięśniach ramion i barku, skrzywienie boczne kręgosłupa, gdzie asymetryczna postawa przy pile i heblu daje długotrwałe wyprostowanie części lędźwiowej. »Slöjdu« leczniczego nie należy uważać za rzecz zupełnie samodzielną. Naturalne jego miejsce jest w zakładach mechano-terapeutycznych, gdzie warsztaciki małe ruchomo się przytwierdza do szwedzkich »ribbstolów«, dając możność przeplatania pracy ręcznej gimnastyką. Takim jest zakład Dr. Frode Sadolina w Kopenhadze. *Dr. Świątkiewicz*, sekretarz doroczny.

* * *

VII. Z akcyi przeciwkiłowej w powiecie kosowskim.

Podał

Dr. L. Doboszyński.

Najbardziej na południe wysuniętym skrawkiem Galicyi jest klin, wciśnięty między Bukowinę i Węgry. Jestto powiat polityczny kosowski, zamieszkały przez szczep ruski, znany pod nazwą „huculów“. Kraj to górzysty (najwyższy szczyt pasma Czarnohorskiego sięga 2058 metrów), o klimacie łagodnym alpejskim; na tę łagodność klimatu składają się: kierunek pasm górskich, zasłaniający od wiatrów i wysunięcie ku południowi (tasama szer. geogr., co Wiednia). Gleba w stosunku do wzniesienia i górzystości dość urodzajna, pszenica i kukurudza udają się w niektórych miejscowościach na wysokości 1000 m. n. p. m. Lud sam rosły i piękny.

Wśród tego ludu szerzy się od szeregu lat kiła w stopniu, który w całem tego słowa znaczeniu zasługuje na nazwę endemii. Klęska ta ma o tyle swoją historyę, że wspomina już o niej w r. 1793 Haquet[1]) i domyśla się jej źródła u żołnierzy moskiewskich, którzy w czasie wojny rosyjsko-tureckiej tu się zjawili. Jako drugie źródło podaje tenże Haquet fakt, że wzdłuż Czeremoszu, a więc tędy szedł szlak handlowy bydłem z Wołynia, Podola i Ukrainy na Węgry. Jeśli tu wówczas istotnie endemia kiły była, to nie można napewne wprowadzać jej w związek z obecną. Okres stuletni czasu jest dość długi, aby nawet tak przewlekła i odziedziczająca się choroba mogła wygasnąć lub sprowadzić się do przypadków sporadycznych. Jeśli co tu jest uwagi godnego, to ścisłe określenie choroby, którego szczęścia nie miała słynna endemia kiły w Dalmacyi z końca ośmnastego i pierwszej połowy dziewiętnastego stulecia. Kiłę dalmacką długie lata uważano za swoistą chorobę, nazywając ją „Skerljewo“ lub „mal di Breno“, a nawet uważając ją za rodzaj trądu. O obecnej endemii wspomina sprawozdanie krajowej Rady Zdrowia w r. 1896, wzmiankując, że trwa od lat kilku. Z doświadczenia mego tutaj, badając chorych na kiłę późną i zbierając dane wywiadowcze, twierdzę z pewnem prawdopodobieństwem, że pierwsze przypadki tej choroby tutaj już z charakterem endemii pojawiać się zaczęły w latach 1855—1888. Zgodzićby się to mogło o tyle ze wspomnianem sprawozdaniem Rady Zdrowia, że kiła świeża łatwo mogła ujść baczności władz sanitarnych, bo i ludność wówczas (jak zresztą i dzisiaj) nie uważała objawów drugorzędnych za cierpienie poważne. Dopiero dolegliwsze lub szpecące objawy kiły późnej ujawniły groźną doniosłość choroby. Objawy te mogły właśnie w liczniejszych przypadkach wystąpić na kilka lat przed rokiem 1896.

Ważniejsze od wzmianek historycznych są te właściwości ludu tutejszego, które ściśle się wiążą z rozwojem i przebiegiem endemii. Huculi nieomal bez wyjątku utrzymują stosunki płciowe pozamałżeńskie. Zarówno mąż, jak żona miewają po jednym lub więcej kochanków i kochanek, tak między osobami wolnemi, jak i zostającemi w związkach małżeńskich. Wobec tego, że to się dzieje nieomal bez wyjątku, wytwarza się łańcuch, obejmujący całą okoliczną ludność wiejską. Jeden przypadek kiły wystarczyć może, aby zakazić nietylko najbliższe sąsiedztwo, ale i osoby zamieszkujące w innych, nawet odległych wsiach. Lud ten, jak wspomniałem, rosły i piękny, odznacza się do tego ognistym temperamentem, jest dość zamożny, odżywia się dobrze. Wytrwały i odważny jeździec, jest i jako piechur niezrównany. To też często się zdarza, że mając stosunki płciowe

[1]) W. Szukiewicza: »Huculszczyzna«, t. I, str. 60.

z osobą mieszkającą o kilkanaście i więcej kilometrów, wymyka się wieczorem z chaty, aby dawszy folgę swoim miłostkom, wrócić rano do pracy. To też kiła w przeciwieństwie do innych chorób zakaźnych znalazła tu podatną glebę do swego rozszerzenia się. Szerzeniu się bowiem innych chorób zakaźnych zapobiega rozmieszczenie chat. Osady nie skupiają się tu w pojedynczych punktach. Chaty rozsypane są nieomal jednostajnie na obszernym terenie górskim i sięgają aż do ich szczytów. Np. wieś Żabie rozpostarła się na sześciuset kilometrach kwadr. Na tej przestrzeni znajduje się 1530 chat [2]). Odległość więc ich jest chyba dość wielka, aby np. płonica, odra lub dur plamisty ograniczyły się do pojedynczych chat lub zakątków górskich. Wspomniawszy o życiu płciowem, zaznaczyć jeszcze trzeba, że wyrostki obojga płci, a nawet nieletnie dzieci, idą za przykładem starszych. Dziewczęta rozwijają się bardzo wcześnie i z reguły idą wcześnie za mąż, bo zaraz po skończonym czternastym roku życia. Węzły małżeńskie przykrywają swoją osłoną dalsze ich życie. Zdawałoby się, że w tych stosunkach instytucya prostytutek niema racyi bytu. A jednak i ta istnieje i to w liczbie niemałej. Oczywiście, jako prostytucya tajna. Dla uzupełnienia charakterystyki życia płciowego dodam, że dziewczęta, które do pewnego wieku (około 20 lat) nie wyszły za mąż, starają się za wszelką cenę zajść w ciążę, co im tu nie psuje stanowiska towarzyskiego, a stawia je wyżej od dziewcząt, które się postarzały bezdzietnie. Całe to rozwydrzenie płciowe obraca się jednak w granicach, że się tak wyrażę, prawidłowych, t. j. bez zboczeń i wyrafinowań płciowych, towarzyszących zepsuciu wielkich miast. Kiła ma tu sposobność rozszerzać się i inną drogą, niż przez stosunki płciowe. Istnieje tu zwyczaj pożyczania sobie od ust do ust fajek i papierosów. Kobiety palą na równi z mężczyznami. Jedzą z wspólnej misy, a łyżek (drewniane) po użyciu nie myją. Gdy więc jeden z członków rodziny ma zmiany kiłowe w ustach, prędzej lub później musi zakazić współmieszkańców i gości. Obok zmian pierwotnych na częściach rodnych spotykałem się w czasie mej tu działalności wyłącznie tylko z zakażeniami, wychodzącemi z jamy ust. Na ogół jednak zmiany pierwotne w stosunku do liczby chorych rzadko miałem sposobność obserwować.

Krajowy referent sanitarny, Radca Dworu D. J. Merunowicz, badając w czasie inspekcyi powiatu w r 1899 część tylko ludności, w kilku dniach znalazł 378 przypadków kiły w rozmaitych okresach. Liczba ta, sama w sobie duża, przedstawia tylko pewien odsetek chorych. Przekonawszy się o rozmiarach klęski, tem energiczniej począł Radca Dworu Merunowicz kołatać w ministeryum o rozpoczęcie akcyi ratunkowej. Dziś ona jest w toku, rozpoczęła się od końca czerwca 1902 r.

W powiecie kosowskim rozmieszczono pięciu lekarzy, nakładając na nich obowiązek leczenia bezpłatnego chorych. Lekarze ordynują stale w lokalach ambulatoryjnych, urządzonych kosztem rządu, zaopatrzonych w narzędzia lekarskie i leki. Każdy z nich ma obowiązek zwiedzać systematycznie chaty przydzielonego sobie okręgu, ordynować w oznaczonych dniach w miejscach, gdzie większą liczbę chorych znajdą. Obowiązkiem ich jest pouczać ludność o ważności choroby, potrzebie i sposobach chronienia się przed nią. Jakiegokolwiek przymusu, tem mniej szykanowania ludności, używać nie wolno.

Tak pojęta akcya ma swoje złe i dobre strony. Wie o nich krajowy referent sanitarny, Radca Dworu Merunowicz, który osobiście postępy akcyi kontroluje i nie szczędząc trudów, udaje się osobiście w czasie inspekcyi do najodleglejszych i najniedostępniejszych przybytków osób zakażonych. Najpierw teren tutejszy sprawia, że przez znaczniejszą część roku chaty są wprost niedostępne. W jesieni, w zimie i na wiosnę ścieżkami, wiodącemi do chat wyżej położonych, nawet górale nie mogą dojść bez zakładania tak zwanych „raków“ (żelazka ostre przypinane do obuwia). Odległości sprawiają, że w zimie na dotarcie do jednej chaty może dzień cały nie wystarczyć. Jeśli pokonanie takiej pracy przechodzi możność lekarza, to naodwrót i chorzy nie mogą się systematycznie zgłaszać do najbliższych nawet ambulatoryów. Cóż dopiero, gdy się rozchodzi o dzieci. W porze pogodnej połowy ludności nie zastaje się w chatach, zajęci są bowiem w lasach, na połoninach i przy spławach i sianożęciach. Dobrą stroną tego sposobu jest, że lekarze wchodzą z ludnością w ściślejsze zetknięcie się, poznają dokładnie rozszerzenie się choroby, osoby chorych i ich spółmieszkańców. Dla części ludności, mieszkającej bliżej ambulatoryów, leczenie się jest w istocie ułatwione w wysokim stopniu, nie odrywające ludności od pracy, ani od ognisk rodzinnych.

Dążeniem jednak krajowego referenta sanitarnego jest wprowadzić leczenie szpitalne jako główną podstawę tej akcyi. Dąży więc do tego, aby w powiecie kossowskim i nadwórniańskim (w którym również jest endemia kiły) stanęły większe szpitale, czyto wyłącznie dla wenerycznych, czyto powszechne. Do tego celu trzeba zdobyć fundusze, o które, jak zawsze, nie łatwo. Obecnie funkcyonuje w najrozleglejszej wsi Kosowszczyzny, Żabiu, szpital o dwudziestu łóżkach dla chorych wenerycznych, utrzymywany kosztem rządu. Jako kierownik tego szpitala zrobiłem doświadczenie, że wobec braku ustawowego przymusu akcya, oparta wyłącznie na szpitalach, nie byłaby dostateczna. Lud wiejski nie wypełnia tak chętnie łóżek szpitalnych, jak miejski proletaryat. Tem więcej tutejszy, który żyje w względnym dobrobycie. Materyalizm chłopa bierze górę nad wszystkiemi innemi pragnieniami, nawet zdrowia, a opuszczenie gospodarstwa na kilka tygodni uważa za klęskę finansową, co może nią być istotnie. Nawet do leczenia ambulatoryjnego, np zmian drugorzędnych kiłowych, nie łatwo go nakłonić, ale łatwiej, niż gdy się go namawia, aby pozostał w szpitalu. Nie znaczy to, żebym nie uważał leczenia szpitalnego dla ludzi prostych za najlepsze. Wszakże przy najlepszych chęciach leczonego w warunkach, jakie daje chata choćby zamożnego wieśniaka i jakie stwarza jego praca rolna, wykonywanie zabiegów leczniczych i stosowanie dyety jest bardzo trudne. Staram się jednak usilnie, aby chorzy, zwłaszcza w okresie zakaźnym, odbyli przynajmniej początek leczenia w szpitalu. To ułatwia dalsze leczenie ambulatoryjne, a działalność szpitala rozszerza się na większą ilość osób, niżby to odpowiadało ilości łóżek.

(Dokończenie nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 31 grudnia.

* *Otrzymaliśmy następujący komunikat z prośbą o ogłoszenie:*

»Na posiedzeniu Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galic. w dniu 19 grudnia 1903 r. udzielono zapomóg w łącznej kwocie 2660 K. i rozdzielono je między 21 wdów po lekarzach.

Oprócz tego jest 17 pensyonistek Towarz. lekarzy galic., które pobierają stałą pensyę w łącznej kwocie 4200 K. rocznie.

Zapomóg zaś jednorazowych udzielono w r. 1903 (prócz wyżej wykazanych) 3890 K.»

Dr. Szulisławski, sekretarz. *Dr. Merunowicz*, prezes.

* Z powodu artykułu Doc. Dra Kośmińskiego: »Postępowanie wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu«, którego druk ukończyliśmy w Nr. 51 naszego tygodnika, przysyła nam Dr. Masłowski z Warszawy następujące uzupełnienie:

»Sprawiedliwość każe przyznać, że w sprawie wykonywania operacyi położniczych pod kontrolą wzroku położył niewątpliwe zasługi prof. Uniw. kazańskiego Dr. Fenomenow, który w r. 1892 wydał podręcznik operacyjnej akuszeryi i zaleca w nim, na podstawie wieloletniego doświadczenia, wykonywanie takich operacyi jak perforacya i embryotomia pod kontrolą wzroku w wzierniku łyżkowym«.

* Prof. Szymonowicz zawiadamia, że objął w czasopiśmie

[2]) W roku 1890.

„Centralblatt für normale und patologische Anatomie“ dział sprawozdawczy z prac polskich, wchodzących w zakres anatomii prawidłowej i porównawczej, histologii, embryologii i antropologii, zaś doc. Paweł Kučera referować będzie prace z zakresu anatomii patologicznej. Prof. Szymonowicz uprasza o nadsyłanie mu do Lwowa rozpraw i odbitek, dotyczących wyżej wymienionych przedmiotów.

* Niestrudzony Dr. J. Semerád rozesłał przy Nr. 51 »Časopisu lék. č.« Nr. 2. rocznika III-go »Slovanska bibliografie lékařská a Revue«. Jestto jedyna publikacya, z której dowiedzieć się można o rozwoju piśmiennictwa lekarskiego u narodów słowiańskich.

* Towarzystwo psychiatryczne w Petersburgu ogłosiło kilka tematów konkursowych, między którymi na pierwszem miejscu znajdujemy: »Przedstawienie działalności ś. p. prof. Balińskiego w związku z rozwojem psychiatryi w Rosyi«. Autor najlepszej pracy otrzyma 1000 rubli. Rozprawa ma być napisana w języku rosyjskim.

* Komitet syndykatu prasy paryskiej przyznał pani Curie-Skłodowskiej 60.000 fr. na dalsze badania radium.

* Apteka Gralewskiego w Krakowie złożyła na cele Towarz. samopomocy lekarzy 40 koron zamiast powinszowań noworocznych.

* Do Towarzystwa samopomocy lekarzy przystąpili w dalszym ciągu koledzy: Arnold Wincenty (Lwów), Dietzius Adolf (Jarosław), Jabłoński Antoni (Kraków), Sztembart Celestyn (Lwów). *Dr. Langie* I sekretarz.

* Międzynarodowy Zjazd fizyologów odbędzie się w Brukseli między 30 sierpnia a 3 września 1904 r. pod przewodnictwem prof. Hegera.

* Między 8 a 14 grudnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), jarosławskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), podhajeckim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), turczańskim (1 gm.), zaleszczyckim (2 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Doc. Ficker, higienista, mianowany profesorem w Berlinie. Dr. Łapińskij mian. profesorem chorób nerwowych i umysłowych w Kijowie. Doc. Dr. Weidenreich mianow. profesorem nadzw. anatomii w Strassburgu.

Nekrologia. Dr. Seweryn Dworzańczyk, lat 40, — w Łodzi. Dr. Maffucci prof. anatomii patol. — w Pizie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 51. Bernhardt: Zastosowanie promieni Roentgena w leczeniu chorób skórnych. Kamieński: Kilka uwag z powodu surowicy przeciwpłoniczej Dra Palmirskiego. Malinowski: O leczeniu płonicy surowicą swoistą (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 51. Rydygier: Jak należy usunąć ewentualne zaciśnienie poprzecznicy przez uniesioną pętlę przy gastroenterostomii sposobem Wölflera? Łapiński: Przyczynek do nauki o psychozach powstających wskutek urazu głowy (dok.).

— *Zdrowie* Z. 1. Szyc: Ogrody dziecięce imienia Raua. Handzel: Wodociągi płockie. Wysłouch: W sprawie walki z przymiotem. Łazarowicz: Nowa siedziba warszaw. Pogotowia ratunkowego.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 12. Čačković: Dvadeset i pet godišta. Marković: Rousselov zakon o zaštiti djece prvoga doba. Smolčić: Perforativna peritonitis, laparotomija, ozdrovljenje. Gundrum: O purgenu.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 51. Panýrek: Eriophorum nová látka obvazová zvláště pro první pomoc. Barth: Novější náhledy o pathologii a therapii některých vad řeči. (c. d.). Hellviga: Péče o choromyslné na Moravě.

— *Lékařské rozhledy* Z. 12. Cisler: O prvotním, t. zw. klassickem stadiu obrny postiku. Veselý: Sphygmografie v praxi (dok.). Helbich: Zkušenosti z jodipinem.

— *La Presse médicale* Nr. 100. Bonnier: Jeden ze zbioru objawów (syndrome) w schorzeniu opuszki rdzenia. Costa: O zarazku zapalenia gardła Vincenta.

— Nr. 101. Jarvis: „Maladie du sommeil“ podług badań najnowszych. Martinet: Niestrawność hipосteniczna. Leczenie lekarstwami. Higiena specyalna.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 51. Sommer: Przyrząd do obserwowania tętna za pomocą dźwięków. Landau: Przepuszczająca niewydolność nerkowa w stwardnieniu tętnic. Manasse: Odziedziczone wysokie ustawienie łopatki. Rosenkranz: Kościec płodu okołoczteromiesięcznego w macicy, powstały w następstwie gnicia płodu po usiłowaniu zbrodniczego poronienia.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 52. Sorgo: Wykazanie prątków gruźliczych w plwocinie. Friedrich: O »przepuklinie nadbrzusznej«. Unger: Uwagi kliniczne nad pierwotnym nabłoniakiem opłucnej. Heinicke: Dwa osobliwe przypadki nawykowego samowolnego zwichnięcia.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 52. Braatz: Technika odkażania rąk. Hausmann: Przyczynek do nauki o przyzwyczajeniu się do arsenu. Oberwinter: O osutkach występujących po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej, w szczególności o osutce podobnej do płonicy (dok.). Graetzer: Kostno-stawowe schorzenia stosu pacierzowego w wiądzie. Eckstein: Waselina czy twarda parafina do protez? Grünbaum: O »twardej urazowej opuchlinie grzbietu ręki« (dok.)

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 51. Schickele: Przyczynek kliniczny do przedwczesnego odklejenia się łożyska przy położeniu prawidłowem. Doepke: Dalsze doniesienia o istocie czynnej ludzkiej promienicy. Bornstein: Czy leczenie tuczące jest potrzebne? Hartmann: O wiądzie młodzieńczym i kile dziedzicznej. Saks: Przypadek niezwykłej przeszkody porodowej. Dreher: Dający się wyjałowić balon do wdmuchiwań w połączeniu z szpadułką do naciskania języka. Behr: O szybkiem stwardnianiu i szybkiem zatapianiu. Rosenau: Nowy przyrząd do natychmiastowego wydostawania soku żołądkowego, oraz wydęcia żołądka powietrzem. Lehmann: Leczenie świeżego pęknięcia międzykrocza. Heinecke: Przyczynek do mego doniesienia: »O wpływie X-promieni na zwierzęta«. Ernst: Budowa i znaczenie bakteryi (dok.).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 51 (od 20/XII do 26/XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 17, dz. 21; nieżywo: chł. 1, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 9, kob. 15; zamiejscowych: męż. 21, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 5, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 3. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 5. 8) odra: miej. —, ob. 2. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. 2. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 1, ob. —. 21) nowotwory: miej. 1, ob 3. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 8, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 24, obcych 30.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XLIII. Kraków 9 Stycznia 1904. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

1. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu.

Spostrzeżenia nad przebiegiem spiączki cukrzyczej.

Podał

Witold Orłowski,

docent chorób wewnętrznych.

Przeglądając statystykę śmiertelności z cukrzycy nie trudno przekonać się, że chorzy na tę chorobę giną najczęściej wśród objawów t. zw. spiączki cukrzycej czyli zatrucia cukrzycego (*diabetische Intoxication* według Frerichsa). Istotnie Frerichs [1]) spostrzegał ją 153 razy na 250 przypadków cukrzycy, zakończonych śmiercią, zatem w 61,2%; Taylor [2]) 33 razy na 53 przypadków, zatem prawie w 62,3%; Mackenzie [3]) 19 razy na 36, zatem w 51,3%; Naunyn [4]) 12 razy na 44, zatem 27%; jeśli jednak spiączkę cukrzycą nie będziemy ograniczać jedynie do t. zw. postaci Kussmaula, lecz zaliczymy do niej, zgodnie ze zdaniem większości klinicystów, wszystkie przypadki spiączki, oprócz wywołanych ściśle oznaczonemi zmianami anatomicznemi (mocznica itd.), w takim razie częstość spiączki cukrzycej zwiększy się w spostrzeżeniach Naunyna do 43%. W klinice wojskowo-lekarskiej Akademii spostrzegaliśmy w ciągu ostatnich 12 lat 17 przypadków cukrzycy, z których 4 zakończyło się śmiercią, w tej liczbie 3 razy, więc w 75%, miała miejsce spiączka cukrzycza. Przypadki te dotyczą osobników młodych w wieku lat 24—25. Pod tym względem spostrzeżenia nasze zgodne są ze spostrzeżeniami Naunyna, oraz ze statystyką, zebraną przez Bulla [5]), które wykazują, że spiączka cukrzycza najczęściej zdarza się w wieku 21—30 lat. Wszystkie nasze spostrzeżenia dotyczą ciężkich przypadków cukrzycy. Naunyn, jak i inni klinicyści, również zaznacza, że spiączka cukrzycza występuje przeważnie w ciężkich przypadkach cukrzycy.

Z przytoczonych przed chwilą twierdzeń wynika, że spiączka cukrzycza zdarza się często w ciężkich przypadkach cukrzycy u osobników młodych, stanowiąc ostatni etap w drodze ich istnienia. Powstanie jej, według Naunyna, Eichhorsta [6]), Dieulafoy'a [7]) i inn., poprzedza w większości przypadków pogorszenie stanu ogólnego, ból i zawroty głowy, gniecenia pod łyżeczką i w brzuchu, bóle w udach, zgaga, odbijanie, nieraz wymioty i rozwolnienie. Do tych objawów przyłącza się w dalszym przebiegu cechujący oddech, zauważony pierwotnie przez Morsha, a opisany szczegółowo przez Kussmaula [8]), jako najcharakterystyczniejszy objaw spiączki cukrzycej. U chorego nagle występuje bez znanej przyczyny silna duszność; w oczy wpadają odrazu bardzo głębokie i częste ruchy oddechowe (do 36—40 na 1'), w których biorą udział wszystkie mięśnie oddechowe, pomimo, że prąd powietrza nie natrafia na najmniejszą przeszkodę w narządach oddechowych podczas wdechu i wydechu. Stan ogólny chorego staje się jednocześnie bardzo podnieconym, policzki bledną, kończyny stygną, tętno staje się małem, bardzo przyspieszonem (do 140 na 1'); sinicy i obrzmienia żył szyjnych zwykle nie bywa. Właśnie to przeciwieństwo między osłabieniem ogólnem a siłą ruchów oddechowych jest najcharakterystyczniejszym objawem w całym obrazie klinicznym W dalszym ciągu podniecenie ustępuje miejsca przygnębieniu, wreszcie chory zapada w stan przyćmienia umysłowego i staje się zupełnie bezprzytomnym; w tym czasie oddech nieraz staje się rzadszym i chory ginie wśród objawów porażenia serca, któremu często towarzyszy znaczny spadek ciepłoty. Według Naunyna w pierwszym okresie spiączki oddech może być nieco rzadszym, następnie przyspiesza się i staje się wreszcie powierzchownym. Najwięcej zatem znamiennym objawem spiączki cukrzycej jest dychawica, czyli, jak słusznie nazwał ją ś. p. prof. Pasternacki, „łaknienie powietrza“. Objaw ten jednak nie jest patognomonicznym dla cukrzycy, ponieważ spostrzegano go i w innych stanach patologicznych, mianowicie w niedokrewności zwykłej i złośliwej, w raku żołądka i wątroby, w cholerze, płonicy, nieżycie pęcherza moczowego itd. (Leubuscher, Kussmaul, Quincke [9]), Senator [10]), Riess [11]), Litten [12]), v. Jaksch [13]), Klemperer, Naunyn, Buhl [14]). Wobec tego Riess nazywa ten stan chorobowy nie *coma diabeticum*, lecz *dyspnoisches Coma*, nie chcąc w ten sposób przesądzać podstawowej przyczyny obrazu klinicznego. Dla rozpoznania więc spiączki cukrzycej należy szukać oparcia na innych podstawach, przedewszystkiem na badaniu moczu. Istotnie, ściślejszy rozbiór moczu daje nam nader ważne wskazówki dla rozpoznawanuia spiączki cukrzycej, mianowicie wykazuje w moczu cukier, aceton, kwasy: acetooctowy, β-tlenomaślany i inne tłuszczowe (Magnus-Levy [15]), Herter [16]), Ioslin [17]) i inni), zwiększoną zawartość azotu i amoniaku, nieraz białko, jakkolwiek i w niewielkiej ilości; wreszcie w wielu przypadkach znaczną liczbę wałeczków szklistych (Külz, Aldehof, Domansky, Reimann [18]), Herrick [19]) i inni), nawet już w okresie zwiastunowym. Mniej zwracano uwagi na dobową ilość moczu, jego ciężar właściwy i zawartość cukru podczas spiączki. Pod tym względem spotykamy w piśmiennictwie tylko luźne wskazówki, z których można wnioskować, że dobowa ilość moczu i ciężar jego właściwy nie ulegają zwykle podczas spiączki cukrzycej wybitnym zmianom, zawartość zaś cukru podnosi się znacznie. W piśmiennictwie zdarzają się pojedyncze opisy chorych cukrzycych (Landau [20]), Hoffa [21]), Fütz [22]) i inni), których uważano już jako wyleczonych, ponieważ badanie moczu w szeregu lat nie wykazywało cukru; tymczasem w następstwie jakiejkolwiekbądź przyczyny, najczęściej zabiegu operacyjnego, powstawała wybitna cukrzyca z szybkiem zejściem śmiertelnem wśród spiączki.

Brak szczegółowszych badań we wskazanym kierunku daje mnie bodziec do przytoczenia tych trzech spostrzeżeń spiączki cukrzycy, które mieliśmy w klinice wojskowolekarskiej Akademii, do uwydatnienia tych osobliwości w przebiegu klinicznym zwłaszcza zaś w zachowaniu się moczu, których jeszcze nie zaznaczono w piśmiennictwie.

Spostrzeżenie I.[*]). M., lat 24, wstąpił do kliniki 21/IX 1900 r. D. 14/III chory począł doświadczać bez znanej przyczyny silnego pragnienia, które na 3-ci dzień spotęgowało się do tego stopnia, że chory wypił w ciągu doby przeszło 50 szklanek różnych płynów (wody, piwa i kwasu); począwszy od tego dnia zaczął szybko chudnąć i tracić siły. Badanie moczu wykazało cukier. Na wsi, gdzie wysłano chorego, pragnienie zmniej-

[*]) Spostrzeżenia przytaczam możliwie skrócone, pozostawiając więcej miejsca na szczegóły przebiegu śpiączki.

szyło się. W maju wystąpiła uporczywa biegunka naprzemian z zaparciem stolca; podczas rozwolnienia chory szybko tracił siły, ilość moczu się zmniejszała, na goleniach i powiekach występowały obrzęki. W czerwcu dołączył się kaszel, wkrótce potem poty nocne. Chory w 18-tym roku życia zaraził się kiłą; ojciec jego był alkoholikiem i umarł z udaru mózgowego.

Stan obecny. Chory wzrostu średniego, budowy wątłej, odżywienia podupadłego; waga ciała 43 kilogr. Na skórze grzbietu wiele czyraków, skóra sucha, miejscami łuszcząca się. Mięśnie w stanie zaniku. Gruczoły karkowe i pachwinowe powiększone. Dziąsła rozpulchnione i broczące, zęby w szczęce górnej przeważnie próchniejące. Nad prawą połową klatki piersiowej stwierdza się opukiwaniem ogólne przytłumienie odgłosu i nieco rozsianych rzężeń; po stronie lewej stłumienie dochodzi od góry do dolnego brzegu 3-go żebra i do połowy łopatki. W okolicy przytłumienia wdech i wydech oskrzelowe, oraz rzężenia wilgotne, nieco dźwięczne; w płacie dolnym lewego płuca, obfita ilość furczeń i rzężeń wilgotnych. Liczba oddechów 36 na 1'. Plwocina śluzowo-ropiasta, prątków Kocha nie zawiera. Stłumienie w okolicy serca nieco przekracza granicę fizyologiczną po stronie prawej, tony jego (dźwięki) są głuche; tętno 120 na 1'; tętnice obwodowe stwardniałe. Dobowa ilość moczu 7800 ctm. sz., oddziaływanie jego kwaśne, ciężar właściwy 1,030; mocz nie zawiera białka, acetonu, kwasu acetooctowego i barwików żółciowych; cukru 5%, w dobowej ilości moczu 390 grm., mocznika 48, chlorków 31, fosforanów 6 grm., badanie drobnowidowe nie wykrywa pierwiastków patologicznych. Rozpoznano cukrzycę i suchoty płucne.

Dalszy przebieg chorego był następujący: siły chorego stopniowo malały, waga ciała, która początkowo wynosiła 49000—50600 grm. z wystąpieniem biegunki spadła koło 1/X do 46400; od tej pory waga ciała wskutek zwiększenia obrzęków i puchliny brzusznej zaczęła się podnosić; 13/X wynosiła już 54000; na tej wysokości z nieznacznemi wahaniami waga pozostała do śmierci chorego. Ciepłota początkowa była prawidłową, zrzadka tylko podnosząc się ku wieczorowi do 37,5°; od 13/X ciepłota poranna była prawidłową, wieczorami zaś podnosiła się do 38—39°, a 2 razy nawet do 39,4°; to wystąpienie gorączki było jednoczesnem z pogorszeniem sprawy w płucach (wytworzenie się jamy w płucu lewem i nacieku, a następnie jamy w prawem) i z wystąpieniem lewostronnego zapalenia opłucnej. Prątków gruźliczych w plwocinie początkowo nie wykrywano; d. 3/X badanie wykazało małą ich liczbę; 4/XI zaś prątki pojawiły się w obfitej ilości. Odkrztuszanie plwociny przez cały czas było obfite; 6/XI znaleziono w niej przy badaniu drobnowidowem strzępy tkanki płucnej. Liczba oddechów wahała się między 24 a 44; tętno 96—120 na 1'. Biegunka początkowo była naprzemian z zaparciem stolca; od d. 25/X zaś nie ustępowała już aż do zgonu chorego (2—5 razy na dobę). Ilość dobowa moczu wahała się na początku choroby między 7700—6000 ctm. sz.; koło 19/X obniżyła się do 4200 i na tej wysokości pozostała do 22/X; od tego dnia dobowa ilość moczu obniża się stale, wynosząc 23/X 32000, 24/X 2800, 25/X 2100, 26/X 2600, 27/X 2200, 28/X 1200, 29/X 1800, 30/X 1300 ctm. sz. Ciężar właściwy moczu wahał się między 1,030—1,039; % cukru wynosił 5—8%. Białka, acetonu, kwasu acetooctowego do d. 4/XI w moczu nie było.

D. 31/X ciepłota 37,8—38,4°: tętno 118, oddechów 36. Moczu na dobę (od 8 zrana 30/X do 8 rano 31/X) 2300 ctm. sz., cięż. właśc. 1,031, cukru 6%; 3 stolce płynne. Znaczne osłabienie, apatya. Zalecono wodę Essentuki Nr. 17 2 szklanki dziennie i makowiec (0,015) z bizmutem salicylowym (0,5), 3 razy na dobę.

D. 1/XI c. 37,8°—38,4°, tętno 120, oddechów 42. Moczu 1700 ctm. sz., ciężar jego wł. 1,019, oddziaływanie kwaśne, cukru, białka, acetonu i kwasu acetooctowego niema. Stolec jeden, płynny, obfity. Ogólny stan bez zmiany.

2/XI c. 37,5—38°; tętno 108, oddechów 40. Moczu 1800 ctm. sz., ciężar właśc. 1,009; cukru i innych patologicznych składowych części nie wykryto; 3 stolce płynne. Ogólny stan bez zmian.

3/XI c. 36°—38,6°; tętno 112, oddechów 46. Moczu 2300 ctm. sz., ciężar właśc. 1,006 cukru niema; 2 stolce płynne. Wybitne osłabienie ogólne.

4/XI c. 38°—39°, tętno 128, oddechów 49. Moczu 2900 ctm. sz. ciężar właśc. 1,005. Cukru i innych patologicznych składowych części nie wykryto; 3 obfite stolce płynne. W plwocinie wiele prątków gruźliczych. Do poprzednich leków dodano — lewatywy alkaliczne i następujące proszki i *Rp. Natr. benzoici, Coffeini natrio-salicylici aa 0,18.* Ds. 3 proszki na dobę zażywać.

5/XI c. 38,2°—39,4°, tętno 124, oddechów 44. Moczu 3300 ctm. sz., ciężar właśc. 1,000; cukru i białka niema; ślady acetonu; 2 stolce płynne. Przygnębienie stanu ogólnego znaczne.

6/XI c. 38°—37,8°; oddechów 47, tętno 130. Oddech przedstawia wybitny obraz t. zw. „*grosse Athmung*“ Kussmaula: klatka piersiowa rozszerza się w silnym stopniu przy współudziale wszystkich mięśni oddechowych; płuca pokrywają serce całkowicie. Bole pod łyżeczką. Ogólne osłabienie i senność przez cały dzień. Moczu w ciągu doby (5—6/XI) 3700 ctm. sz., ciężar jego właśc. 1,007; białka i cukru niema; odczyn na aceton dodatni, na kwas acetooctowy-ujemny; 2 stolce płynne. Zalecono: usilne podawanie płynów i ciepłe lewatywy alkaliczne, 4 razy dziennie, po 500.0. W dalszym ciągu senność stopniowo zwiększa się; w nocy na 7/XI wystąpiła śpiączka *(sopor)*; liczba oddechów spadła do 28 na 1', jakkolwiek głębokość ich nie przedstawiała zmian; tętno było nitkowate. Moczu zebrano w ciągu doby 1800 ctm. sz., aczkolwiek jego część nie mogła być ujętą z powodu oddawania mimowolnego; ciężar właśc. moczu 1,006; białka i cukru niema; odczyny na aceton i kwas acetooctowy wypadły dodatnio. O god. 11 chory umarł wśród objawów śpiączki, c. przed śmiercią 36,3°.

Protokół sekcyjny brzmi, jak następuje (dr. Sobolew):

Trup silnie wyniszczony (waga 41,200 grm.), długości 160 ctm., budowy średniej. Podściółka tłuszczowa śluzowo zwyrodniała. Mięśnie blade, jakby wodniste. Kości sklepienia czaszki grubości prawidłowej, istota ich gąbczasta rozwinięta miernie; opona twarda bez zmian; opona miękka nieco przekrwiona, mętna, oddziela się z trudnością od mózgowia, usiana na swej wypukłości i na podstawie mózgu grupami grudek białawych wielkości prosa. Komory boczne zawierają niewielką ilość przejrzystego płynu surowiczego. Boczne sploty choroidalne ziarniste; wyściółka komór bez zmian. Dno IV-ej komory, móżdżek i mózg przedłużony również bez zmian.

W worku osierdziowym około 75—90 ctm. sz., przejrzystego płynu surowiczego. Serce długości 8,5 ctm., szerokości 9 ctm., skurczone (systole); tłuszcz w bróździe serca śluzowo zwyrodniały. Zastawki i ujścia serca, wsierdzie i osierdzie, bez zmian. Wewnętrzna warstwa ściany tętnicy głównej wstępującej prawidłowa, piersiowej i brzusznej nieco miażdżycowo zmieniona.

Oba płuca zrośnięte prawie na całej przestrzeni starymi zrostami ze ścianami klatki piersiowej, w miejscach wolnych od zrostów w jamie opłucnowej lewej znajduje się dość gęsty płyn ropiasty, barwy żółtawej; opłucna znacznie zgrubiała, usiana gromadkami grudek białawych, wielkości ziarenka prosa. Miąższ lewego płuca ukrwiony miernie, nacieczony, miejscami usiany grudkami, miejscami zawiera ogniska serowate, rozmiękczone w części środkowej, wielkości orzecha włoskiego; w szczycie jama o ścianach nadżartych, zabarwionych na brunatno-szaro, wielkości pięści dziecka. W szczycie płuca prawego jama nieco mniejsza; oprócz tego w miąższu obu płuc kilka jeszcze jam wielkości orzecha laskowego, posiadających te same cechy.

Śledziona powiększona znacznie; torebka jej przejrzysta, nieco zmarszczona; miąższ barwy ceglasto-czerwonej; beleczki widoczne; miazga zeskrobuje się w niewielkiej ilości; miąższ śledziony okazuje wybitny odczyn substancyi mączkowatej.

Wątroba wielkości prawidłowej, torebka gładka, przejrzysta; miąższ ukrwiony miernie, barwy brunatno-szarej, dość zbity; odczyn na substancyę mączkowatą dodatni. Pęcherzyk żółciowy zawiera żółć barwy zielonej.

Nerki powiększone, torebki schodzą z łatwością, miąższ w krew zasobny, kłębuszki występują w kształcie punkcików ciemno-czerwonych. Miedniczki nerkowe prawidłowe. Pęcherz moczowy nie przedstawia zmian.

Błona śluzowa żołądka barwy szaro-łupkowej, błona śluzowa jelit cienkich miejscami przekrwiona, jelit grubych zabarwiona na szaro-łupkowo.

Trzustka wielkości prawidłowej (21; 3; 1 ctm.), miąższ barwy biało-żółtawej, wysepki Langerhansa zarysowują się wyraźnie. Splot słoneczny nie przedstawia zmian widocznych.

Waga mózgu 1260, serca 230, płuca prawego 840, le-

wego 720, wątroby 1350, śledziony 290, prawej nerki 240, lewej 250 grm.

Epicrisis: Tuberculosis pulmonum chronica. Pleuritis chronica adhaesiva duplex. Pleuritis purulenta recens sinistra. Tuberculosis miliaris meningum. Degeneratio amyloidea lienis et hepatis. Marasmus praecox.

Spostrzeżenie II. S. lat 25, urzędnik w ministerstwie finansów, wstąpił po kliniki 9/X 1893 r. W ostatnich dniach lipca r. 1892 po 2-dobowem silnem zaburzeniu w przewodzie pokarmowem, rozpoznanem przez lekarza jako choleryna, zauważył chory, że siły jego przy wysiłkach fizycznych i umysłowych szybko wyczerpują się. Wkrótce do tego stanu dołączyło się nadzwyczaj silne pragnienie i łaknienie: sądząc ze słów żony, chory wypijał prawie 2 wiadra wody na dobę(!). Pomimo obfitszego spożywania pokarmów chory szybko chudł i tracił siły. W dzieciństwie przebył ospę; w 17-ym roku biegunkę krwawą. Kiły nie miał; napojów wyskokowych nie nadużywał. W latach uniwersyteckich i w pierwszych latach służby rządowej pracował bardzo wiele, wprost do wyczerpania sił. Na jakiś czas przed wystąpieniem obecnej choroby miał wielkie przykrości. Starszy brat (26 lat) cierpi na cukrzycę (cukru 4—8$^0/_0$, dobowa ilość moczu 4—8 litrów, ciężar właściwy 1,030—1,046). Ojciec był alkoholikiem, umarł w 40 roku życia z udaru mózgowego.

Stan obecny. Chory wzrostu 164 ctm.; waży 59200 grm.; budowa ciała mierna, odżywienie podupadłe: odruchy kolanowe zniesione; narządy piersiowe i brzuszne prawidłowe, z wyjątkiem nieznacznej puchliny brzusznej. Mocz przeźroczysty, barwy żółtej, ilość dobowa 4700 ctm.; ciężar właściwy 1,035, oddziaływanie bardzo kwaśne; białka, acetonu i kwasu acetooctowego brak, cukru 5,7$^0/_0$, na dobę — 267,9 grm.; mocznika na dobę 66,25 grm. Rozpoznano cukrzycę.

Dalszy przebieg choroby do 19/XI był następujący: waga ciała począwszy od dn. 11/XI zaczęła szybko spadać; 14/XI wynosiła już tylko 55 kilo. Ciepłota była wciąż prawidłową. Tętno wahało się między 70 a 80; liczba oddechów 22—26. Czynność jelit była prawidłową, z wyjątkiem kilku dni, mianowicie 14—16/XI i 20/XI—21/XI, podczas których chory miał rozwolnienie. D. 13/XI ogólny stan pogorszył się: chory użalał się na bezsenność, swędzenie skóry, zwłaszcza na goleniach i był bardzo podniecony; 17/XI stan ten zmienił się w dość wybitną apatyę; 19/XI chory czuł się dobrze. Dobowa ilość moczu do 14/XI wahała się między 4400 a 5600 ctm. sz.; od 14—18/XI, w okresie biegunki, obniżyła się do 4000—3100 ctm. sz., a 19/XI znowu się podniosła. Ciężar właściwy wahał się cały czas 1,038—1,031; $^0/_0$-wa zawartość cukru również wahała się między 4,6 a 5,7$^0/_0$, od d. 13/XI zaczęła się podnosić i doszła 17/XI najwyższej stopy —12$^0/_0$; 19/XI wynosiła 11,1$^0/_0$; od tego dnia aż do śmierci $^0/_0$-wa zawartość cukru szybko obniżała się. Dobowa ilość cukru wahała się początkowo między 240—370 grm., 19/XI podniosła się odrazu z 250 na 483 grm. Wyłączny pokarm azotowy obniżał $^0/_0$ zawartości cukru do 3,8$^0/_0$.

D. 19/XI chory czuje się dobrze. Waga ciała 55300 grm.; tętno 78, oddechów 26. Moczu na dobę 4390 ctm. sz.; ciężar jego właśc. 1,037; $^0/_0$ cukru 11,1; na dobę 483 grm.; białka, acetonu i kwasu acetooctowego niema. D. 20/XI chory spędził noc źle, uskarża się na bole w udach. W okolicy prawego gruczołu przyusznego wystąpiło zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność. Waga 52300 grm.; tętno 78, oddechów 26. — Moczu 4870 ctm. sz.; ciężar właśc. 1,037, cukru 10,8$^0/_0$, na dobę 529,4 grm.; ślad białka; odczyn na aceton dodatni, na kwas acetooctowy ujemny. Kilka płynnych stolców.

21/11. W nocy i zrana chory oddał kilka płynnych stolców. Czuje się bardzo osłabionym. O g. 9 zrana wystąpiło silne podniecenie, uczucie mocnego ucisku na klatkę piersiową, bole w udach, odbijanie o woni jabłczanej. O g. 11 zrana podniecenie wystąpiło w jeszcze silniejszym stopniu; do tego dołączyła się wyraźna duszność: oddechy były głębokie, 22 na 1'; klatka piersiowa rozszerzała się do najwyższego stopnia; chory „łaknął" powietrza. Po wstrzyknięciu morfiny (0,01) nieco się uspokoił; od g. 7$^1/_2$ wieczorem stawał się co chwila sennejszym; o g. 10 wiecz. pogrążył się w stan śpiączki. Tętno zrana 100, następnie stało się częstszem (do 140) i prawie nitkowatem. Dobowa ilość moczu (od 20/XI do 21/XI) 6120 ctm. sz.; ciężar właśc. 1,035; cukru 6$^0/_0$, — na dobę 367 grm. Ślad białka, odczyn na aceton dodatni. O g. 9 wiecz. zastrzyknięto podskórnie 300 ctm. sz. fizyologicznego roztworu soli kuchennej z 1$^0/_0$ roztworem dwuwęglanu sodowego; wstrzykiwania te powtarzano następnie co 4 godziny aż do śmierci chorego. W przerwach między wstrzykiwaniami stosowano ciągłe lawatywy alkaliczne; jednorazowo wprowadzano po 2 szklanki 2,5$^0/_0$ roztworu dwuwęglanu sodowego, ogrzanego do 37,5°C.

D. 22/XI chory ciągle pozostaje w stanie nieprzytomnym. Tętno 140, oddechów 24. Od godz. 6 wieczorem poprzedniego dnia nie oddawał moczu i kału. Dobowa ilość moczu (z rana poprzedniego dnia) 1100 ctm. sz.; (do tej ilości należy dodać jeszcze prawie 400 ctm. sz., które znaleziono w pęcherzu moczowym na sekcyi); ciężar właśc. 1,031, cukru 4,65$^0/_0$, — w dobowej ilości moczu 51,15 grm.; ślady białka; odczyn na aceton i kwas acetooctowy dodatni. O g. 1-szej min. 50 chory umarł pozostając przez ten cały czas w stanie nieprzytomnym i zachowując wyżej zaznaczone cechy ruchów oddechowych.

Sekcya wykonana była przez prof. Winogradowa. Dla zaoszczędzenia miejsca i czasu nie będę przytaczać drobiazgowego protokółu sekcyjnego, ograniczę się tylko do przytoczenia epikryzy, która brzmi: *Degeneratio myocardii adiposa. Pleuritis adhaesiva chronica partialis dextra. Nephritis chronica. Gastroenteritis chronica.*

Spostrzeżenie III. A., lat 24, urzędnik, wstąpił do kliniki 12/I, 1895 r. W 8-ym roku życia przebył odrę, w 21-ym dur brzuszny, w 23-cim rzeżączkę; w październiku r. 1894 zaraził się kiłą. Po 6-tygodniach ilość moczu wyraźnie zwiększyła się, a w grudniu do tego stanu przyłączyło się silne pragnienie i łaknienie; od tego też czasu chory zaczął szybko chudnąć i tracić na siłach. Objawów następowych kiły nie było. Patologicznych wzruszeń psychicznych nie doświadczał. Napojów wyskokowych nadużywał często, zwłaszcza wiosną 1894 r. Ojciec umarł w 45 roku życia na dur brzuszny (?), matka przed 10 laty w 31 roku z przyczyny niewiadomej. Stan obecny. Chory wzrostu 170 ctm., wagi ciała 53500 grm. budowy miernej; podściółka tłuszczowa w stanie zaniku: mięśnie wiotkie. Błony śluzowe blade. Odruchy kolanowe zniesione. Pod obojczykiem lewym nieznaczne przytłumienie i oddech szorstki; liczba oddechów 17 na 1'. Serce prawidłowe, tętno 82, miarowe. Moczu na dobę 6100 ctm. sz., ciężar właśc. moczu 1,027; cukru 6$^0/_0$, — na dobę 366 grm.; białka, barwików żółciowych, acetonu, kwasu acetooctowego niema; oddziaływanie kwaśne. Ciepłota prawidłowa. Rozpoznanie: Cukrzyca, nieżyt lewego szczytu płucnego (gruźlica?).

Dalszy przebieg choroby był następujący: w pierwszych 10 dniach nie zauważono w stanie chorego wybitnych zmian; d. 22/I wystąpiły wymioty i odbijanie o zapachu jabłek; chory znajdował się w silnej apatyi. Waga 27/I wynosiła 46900 grm. Dobowa ilość moczu wahała się z początku między 6100 a 8000; 19/I podniosła się odrazu do 13.000 ctm. sz., następnie, obniżając się codzień o 1500—3200 ctm. sz., opadła 23/I do 1800 ctm. sz., ciężar właściwy moczu wynosił przez cały czas 1,030—1,023; $^0/_0$-wa zawartość cukru wahała się między 6—9$^0/_0$; w czasie pogorszenia ogólnego stanu, któremu towarzyszyło znaczne obniżenie ilości moczu, mianowicie d. 23—27/I. $^0/_0$-wa zawartość cukru wynosiła 4—5$^0/_0$. Dobowa ilość cukru wynosiła z początku 360—560,0; 19/I zaś 930,0: od tego dnia jednocześnie z obniżeniem ilości moczu i pogorszeniem stanu zdrowia ilość cukru obniżyła się odrazu do 100,0; w tymże okresie w moczu pojawił się aceton (22—26/I). Liczba oddechów wynosiła 14—17; 21/I, w okresie pogorszenia stanu ogólnego podniosła się do 20 na 1'. Tętno w pierwszych 10 dniach 72—89; 22/I 121; 23/I 105. Ciepłota przez cały czas była prawidłową. Leczenie polegało w tym okresie na stosowaniu odpowiednich pokarmów (mleko, mięso), potem wyłącznie mlecznych i piciu codzień 3 szklanek Vichy Grand-Grille. W okresie znacznego pogorszenia, które wyrażało się silną apatyą, znacznem zmniejszeniem ilości moczu i cukru i przyspieszeniem czynności serca, choremu podawano oprócz już wymienionych leków będźwinian sodowy w dawce 0,3—0,36 trzy razy na dobę i kamforę podskórnie, w dawce 0,06 3 razy dziennie: a począwszy od 24/I lawatywy alkaliczne z 2,5—3$^0/_0$ dwuwęglanu sodowego w objętości 2 szklanek o ciepłocie 37,5°C. 3 razy dziennie. Po 5 dniach stan ogólny chorego zaczął się polepszać. Dobowa ilość moczu również zaczęła się zwiększać i doszła 31/I do 10100, a 2/II do 11000 ctm. sz.; w dniach następnych wahała się między 10400—8800 ctm. sz.; 9/II obniżyła się do 8100; ciężar. właśc. moczu wynosił 1,023—1,026; $^0/_0$-wa zawartość cukru dochodziła 7—8$^0/_0$, dobowa ilość powiększyła się i doszła 31/I 710,0, w następnych dniach wahała się koło 600,0; 7/II podniosła się odrazu do 820,0; na tej stopie pozostała i 8/II; następnie zaś zaczęła szybko spadać; począwszy od d. 2/II w moczu pokazał się aceton. Liczba oddechów wynosiła 15—17: tętno wahało się między 83 a 75 i d. 9/II wynosiło 102. Leczenie w tym okresie polegało na piciu wody Vichy, 3 szklanki dziennie, na

stosowaniu lawatyw alkalicznych 3 razy dziennie i na podawaniu będźwinianu sodowego po 0,3 3 razy dziennie. D. 10/II wystąpiło nowe pogorszenie stanu chorego, które zakończyło się śpiączką cukrzycą; chory użalał się na ogólne osłabienie, zgagę, odbijanie o zapachu jabłek, bole pod łyżeczką i w udach; waga ciała wynosiła 49400 grm., tętno 102, oddech 17. Moczu na dobę (9—10/II) 7530 ctm. sz., ciężar jego właśc. 1,027, cukru 7,15%, na dobę 526,5 grm.; białka niema; odczyn na aceton słaby, na kwas acetooctowy ujemny. Stolca nie było. Zalecono: Vichy 3 szklanki, będźwinian sodowy 0,3 3 razy dziennie, magnezyi palonej łyżeczkę od herbaty również 3 razy i lewatywy alkaliczne (37,5 C) 3 razy.

D. 11/II. Noc spędził chory źle. O g. 3-ej zrana wystąpiły wymioty, które trwały do g. 11; wymiotował 7 razy. Tętno zrana 112, słabe, niemiarowe. Oddech 17, w akcie oddechania biorą udział wszystkie mięśnie oddechowe, oddechy bardzo głębokie. Moczu na dobę 5200 ctm. sz; ciężar jego właść. 1,027; cukru 10%, — na dobę 320,0, białka i kwasu acetooctowego niema; odczyn na aceton dodatni. Zalecono: 6 lewatyw alkalicznych w ciągu doby; 0,006 chlorku morfiny podskórnie. O g. $2^1/_2$ po południu tętno 100, niemiarowy oddech 19; w oddychaniu biorą udział wciąż wszystkie mięśnie oddechowe; klatka piersiowa rozszerza się *ad maximum;* ogólny stan ciężki. O g. 9 wieczorem wystąpiły silne bole w piersiach; chory uskarżał się na brak powietrza, jakkolwiek oddychał głęboko, był bardzo podniecony, krzyczał, chciał wyskoczyć z łóżka i t. d., wobec czego zastrzyknięto mu 0,005 chlorku morfiny.

D. 12/II o g. 6 zrana chory zapadł w stan nieprzytomny. O g. 11 wstrzyknięto pod skórę 800 ctm. sz. 0,6% NaCl i zalecono lawatywy z 6 szklanek 37.5°C, 3 razy w ciągu dnia. O g. 12 badanie wykazało: stan zupełnej nieprzytomności, źrenice rozszerzone; drażnienie błony śluzowej nosa nie wywołuje odruchu. Oddech bardzo głęboki, 25 na 1'; serce pokryte płucem, tętno nieprawidłowe, 116; moczu na dobę 1500 ctm. sz.; ciężar jego właśc. 1,027, ślady białka, cukru 12,5%, — na dobę 187,5; odczyn na aceton i kwas acetooctowy — dodatni. O g. $1^1/_2$ zastosowano lawatywę w $2^1/_2$ szklanki wody (C. 37,5°). O g. 2 min. 10 tętno 118, oddechów 26. O g. 3 wypuszczono cewnikiem 63 ctm. sz. przejrzystego moczu, o ciężarze właśc. 1,018, zawierającego 9% cukru, więc 5,7 grm., ślady białka, aceton i kwas acetooctowy; tętno 116, oddech 26. Po 10 minutach wstrzyknięto podskórnie 2 strzykawki piżma (*trae moschi*). O g. $4^1/_2$ chory zaczął jęczeć, wystąpił odczyn źrenic na światło; po kwadransie znowu stan zupełnej nieprzytomności. — O g. 5 wprowadzono pod skórę 600 ctm. sz., 0,6% NaCl, o g. 6 lawatywa zawierająca 500 ctm. sz. 37,5°. O g. 6 m. 40 zalecono tlen do wdychania; tętno 112, oddechów 29. O g. 7 min. 20 tętno 120, bardzo słabe, oddechów 19; znowu wstrzyknięto pod skórę 2,0 piżma; po 15' tętno 112, nieco pełniejsze, oddechów 19; o godz. 7 m. 40 oddechów 12; o g. $7^3/_4$ wieczór chory umarł; ciepłota przed śmiercią 34,8°.

I w tym przypadku ograniczę się tylko do przytoczenia epikryzy protokólu sekcyi, dokonanej przez prosektora dr. Korowina. Sekcya wykazała: *Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii et hepatis. Pleuritis adhaesiva chronica partialis sinistra. Tuberculosis chronica apicis pulmonis sinistri. Emphysema marginalis bilateralis. Hyperplasia lienis acuta. Nephritis chronica. Gastroenteritis chronica.*

Przytoczone spostrzeżenia, jakkolwiek przeprowadzone ze ścisłością kliniczną, nie mogą, rzecz prosta, już wskutek małej ich liczby obejmować wszystkich różnorodnych obrazów klinicznych śpiączki cukrzycej. Są one jednak pouczającemi pod niektórymi względami, zwłaszcza jeśli rozejrzymy się w zachowaniu się moczu podczas śpiączki.

Dla wyrazistości przedmiotu pozwolę sobie uwydatnić najważniejsze punkta przebiegu tych trzech przypadków chorobowych w osobnej tablicy.

W tej tablicy pierwszy wiersz w 2-iem i 3-em spostrzeżeniu przedstawiają przeciętne ilości moczu, ciężaru właściwego, %-wą i dobową zawartość cukru, liczby tętna i oddechów, oraz inne fakta z 3 dni, poprzedzających bezpośrednio spiączkę cukrzycą; drugi zaś wiersz wykazuje te same fakta podczas spiączki. W pierwszem spostrzeżeniu najpierw

NN spostrzeż.	Okresy	Dobowa ilość moczu w ctm. sz.	Ciężar właść. moczu	% cukru	Ilość cukru w gramach w dobowej iloś. moczu	Aceton	Kwas acetooctowy	Białko	Tętno	Oddech
1.	26/X 27/X 28/X 29/X 30/X 31/X	2600 2200 1200 1800 1300 2300	1,035 1,039 1,036 1,037 1,035 1,031	5 4 4 3 7 6	130 88 48 54 91 138	niema " " " " "	niema " " " " "	niema " " " " "	118 120 116 120 120 118	44 44 46 34 36 36
	Przeciętne	1900	1,036	4,83	91,5	niema	niema	niema	119	40
	1/XI 2/XI 3/XI 4/XI 5/XI 6/XI	1700 1800 2300 2900 3300 3700	1,019 1,004 1,006 1,005 1,006 1,007	niema " " " " "	niema " " " " "	niema " " " ślad jest	niema " " " " "	niema " " " " "	120 108 112 128 124	42 40 46 49 44
	Przeciętne	2617	1,008	niema	niema	niema	niema	niema	118	44
	Spiączka cukrzycza	1800 część utracona	1.006	niema	niema	jest	jest	niema	130 nitkowate	47—28
2.	Przeciętne 3 dni poprzedzające spiączkę	5127	1,036	9,3	459.8	wystąpił na 2 dni przed spiączką	niema	wystąpił na 2 dni przed spiączką	78	26
	Spiączka cukrzycza	1100	1,031	4,65	51,15	odczyn dodatni	odczyn dodatni	ślady	100—140	22—24
3.	Przeciętne 3 dni poprzedzające spiączkę	7167	1,026	8,55	508,8	wystąpił na 9 dni przed spiączką	niema	niema	94	18
	Spiączka cukrzycza	782	1,023	10,75	96,6	odczyn dodatni	odczyn dodatni	ślad	112—116—118—112	17—25—26—19—12

przytaczam wyniki badania klinicznego z 6 dni, poprzedzających spiączkę na 12—6 dni i przeciętną, następnie z 6 dni, bezpośrednio ją poprzedzających, wreszcie podczas samej spiączki.

Przeglądając tę tablicę, nietrudno przekonać się, że podczas spiączki cukrzycej pomimo usilnego wprowadzania do ustroju płynów ilość moczu może znacznie obniżać się (spostrz. 2 i 3), ciężar właściwy również obniża się, lecz w nieznacznym stopniu; %-wa wartość cukru bądź się podnosi (spostrz. 3), zgodnie z faktami, podawanymi przez piśmiennictwo, bądź też odwrotnie, obniża się w mniej lub więcej wysokim stopniu (spostrz. 2); ilość cukru w moczu na dobę może spadać w znacznym stopniu, nawet o 5—9 razy (spostrz. 3 i 2). Spiączka cukrzycza z cechującem „łaknieniem" powietrza, może wreszcie powstawać i u tych chorych na cukrzycę, których mocz już nie zawiera w ciągu pewnego czasu dekstrozy; u chorych tych i podczas samej spiączki nie zawsze można wykazać cukier w moczu. W dobitny sposób przemawia za tem spostrzeżenie I-e, które, o ile mi wiadomo, jest dotychczas unikatem w piśmiennictwie. W tem spostrzeżeniu dekstroza znikła z moczu w ciągu ostatnich 7 dni życia pod wpływem najprawdopodobniej charłactwa, któremu, jak wiadomo, towarzyszy w ciężkich przypadkach cukrzycy znaczne zmniejszenie odsetka cukru w moczu, niekiedy zaś zupełny jego brak, zależnie od zaburzeń czynności przewodu pokarmowego (procesów wchłaniania pokarmów) i upośledzenia łaknienia. Nie bez znaczenia wreszcie są i te gorączkowe nasilenia ciepłoty, które przedstawiał chory w czasie pobytu w klinice. Spostrzeżenie to jest w wysokim stopniu pouczającem. Istotnie, przyczyna spiączki była tu rozpoznaną tylko dzięki szczęśliwemu zbiegowi okoliczności, mianowicie dzięki temu, że chory już przedtem był obserwowany w klinice. Jeśliby zaś chory trafił pod naszą obserwacyę dopiero w czasie spiączki, prawidłowa ocena sprawy chorobowej byłaby niemożliwą, ponieważ mocz nie dawał pod tym względem żadnych wskazówek.

Co się tyczy innych objawów, które występowały w przytoczonych spostrzeżeniach, muszę zatrzymać uwagę jeszcze na częstości oddechów. Naunyn, najwięcej może doświadczony znawca cukrzycy, zaznacza, że oddech podczas spiączki z początku jest nieco zwolniony, następnie zaś przyspiesza się i staje się wreszcie powierzchownym. W naszych spostrzeżeniach widzimy zachowanie się wręcz odwrotne: oddech nietylko nie był przyspieszonym przed zgonem, lecz przeciwnie znacznie wolniał, pozostając przez cały czas głębokim: liczba oddechów obniżyła się przed śmiercią w spostrzeżeniu I-szem o 35%, w spostrzeżeniu III-em o 33,3%.

Innych objawów, które poprzedzały spiączkę lub jej towarzyszyły w naszych spostrzeżeniach, dotykać nie będę, ponieważ były one już zaznaczone w piśmiennictwie.

Spostrzeżenia nasze dotyczą tej postaci spiączki cukrzycej, której najznamienitszym objawem jest *grosse Athmung* Kussmaula. Oprócz tej postaci spotykamy w piśmiennictwie (Naunyn, Frerichs i inni) opisy spiączki cukrzycej, której nic towarzyszy nader cechująca dychawica, a która nie może być tłómaczoną powikłaniem (zapalenie opon mózgowych, mocznica i t. d.). Z różnorodnego obrazu tych rodzajów spiączki można w obecnym czasie wyodrębnić 2 postacie. W jednych przypadkach chory na cukrzycę traci nagle przytomność i ginie wśród objawów postępującego porażenia serca, a sekcya nie wykrywa żadnych zmian; tę postać nazwałbym „synkopalną"; trwa ona zwykle nie dłużej nad 10 godzin. W innych przypadkach występuje bez widocznej przyczyny podniecenie, przypominające mniej więcej silnie wyrażony stan podniecenia alkoholowego; chory staje się bardzo wesołym, śpiewa, dużo mówi, nieraz jednak dochodzi do wysokich stopni podniecenia; ten okres ustępuje po pewnym czasie miejsca przygnębieniu, po którem rozwija się spiączka i chory ginie zwykle po 12 godzinach.

Z powodu podobieństwa tej postaci do zatrucia alkoholem nazwałbym ją „alkoholową". Postacie synkopalna i alkoholowa zdarzają się same przez się, jakkolwiek w dalszym przebiegu kojarzą się one najczęściej z postacią Kussmaula.

Spiączka cukrzycza może występować nietylko pod objawami przytoczonymi, lecz może przybierać różnorodne inne postacie, które, kojarząc się z sobą, nie przedstawiają nic wybitniejszego, coby zasługiwało na zaznaczenie. Wskutek tego postaci tych omawiać tu nie będę. Również nie mam zamiaru podnosić tu sprawy patogenezy i leczenia spiączki cukrzycej, tembardziej, że zagadnienia, połączone z patogenezą tej sprawy chorobowej, były już poruszane w poprzednich moich pracach [24]).

Piśmiennictwo. 1. Frerichs: Ueber den Diabetes. Berlin, 1884.— 2. Taylor: On the fatal termination of Diabetes, with special reference to the death by coma. Guy's Hospital Reports, t. XXV, 1881 i Discussion upon the morbid anatomy of Diabetes. Transactions of the pathological Society of London, 1883. — 3. Mackenzie. On the pathology of diabetes: especially deating with diabetic coma. The British Medical Journal 7/VI 1883. — 4. Naunyn: Der Diabetes mellitus. Nothnagel's Specielle Pathologie und Therapie. 1848. t. VII, część VI. — 5. Bull: Referat o cukrzycy w Schmidt's Jahrbücher. 1884. t. 204. str. 88. — 6. Eichhorst: Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie, t 4. — 7. Dieulafoy: Manuel de pathologie interne, 1897. — 8. Kussmaul: Zur Lehre ven Diabetes mellitus. Ueber eine eigenthümliche Todesart bei Diabetischen etc. — Deutsches Archiv für klinische Medicin, 1874, t. XIV.— 9. Quincke: Zur Kenntniss der Salicylsaurewirkung. Berliner klinische Wochenschrift, 1882. r. 47. — 10. Senator: Selbstinfection durch abnorme Zersetzungsvorgänge und dadurch bedingtes (dyskrasisches) Coma (Kussmaul'scher Symptomencomplex des diabetischen Coma). Zeitschrift für klinische Medicin, 1873. t. VII. — 11. Riess: Ueber das Vorkommen eines dem sogenannten Coma diabeticum gleichen Symptomennomplex ohne Diabetes. Zeitschrift für klinische Medicin, 1884, t. VII, Supplement-Heft. — 12. Litten: Ueber einen eigenatigen Symptomencomplex in Folge von Selbstinfection bei dyspeptischen Zustanden (Coma dyspepticum). Ibidem. — 13. von Jaksch: Ueber Coma carcinomatosum. Wiener medicin. Wochenschrift 1883, Nr. 16-17. — 14. Buhl: Ueber diabetisches Coma. Zeitschrift für Biologie, 1880, t. XVI. — 15. Magnus Lewy: Untersuchungen über die Acidosis im Diabetes mellitus und die Sauereintoxication im Coma diabeticum. Archiv für experimentelle Pathologie, 1901, t. 45. — 16. Herter: The acid intoxication of diabetes in its relation to prognosis. Journal of experim. Medic, 1891, Nr. 6. — 17. Joslin: Oxybutyric acid and its relation to diabetic coma. Boston medical and surgical Journal. 15/XI, 1900. — 18. Domansky und Reamon: Ueber die Külz'schen Cylinder und ihre Beziehungen zum diabetischen Coma. Zeitschrift für Heilkunde, 1900. — 19. Herrick: Notes of diabetes. The American Journal of the medical science, 1901, lipiec. — 20. Landau: Carcinoma uteri und Coma diabeticum, nebst Bemerkungen über die Vornahme grosser Operationen bei gleichzeitig bestehender Zuckerharnruhr. Berl. kl. Woch. 1888, Nr. 43. — 21. Hoffa: Zur Vornahme grösserer Operationen an Diabetikern. Münchener medic. Wochensch. 1888.— 22. Füth: Diabetes mellitus und gynäkologische Operationen. Deutsche medic. Wochensch, 1903, Nr. 4-6. — 23. Frerichs: Ueber den plötzlichen Tod und über das Coma bei Diabetes (diabetische Intoxication). Zeitschrift fur klinische Medicin, t VI, zeszyt 1. — 24. W. Orłowski: Samozatrucie, jako czynnik etyologiczny w patologii chorób wewnętrznych. Przegląd lekarski, 1900, Nr. 29—31; i Samozatrucie ustroju kwasami, jako czynnik etyologiczny w patologii chorób wewnętrznych, ze szczególnem uwzględnieniem mocznicy. Przegląd lekarski, 1901, Nr. 20-30.

II. Spostrzeżenia z zakładu anatomii patologicznej prof. Dra Browicza w Krakowie.

Odma pęcherzykowa jelit *(Pneumatosis cystoides intestinorum).*

Podał

Dr. Stanisław Ciechanowski,
asystent Zakładu, prof. nadzw. U. J.

(Według wykładu na Zjeździe chir. polskich)

(Ciąg dalszy).

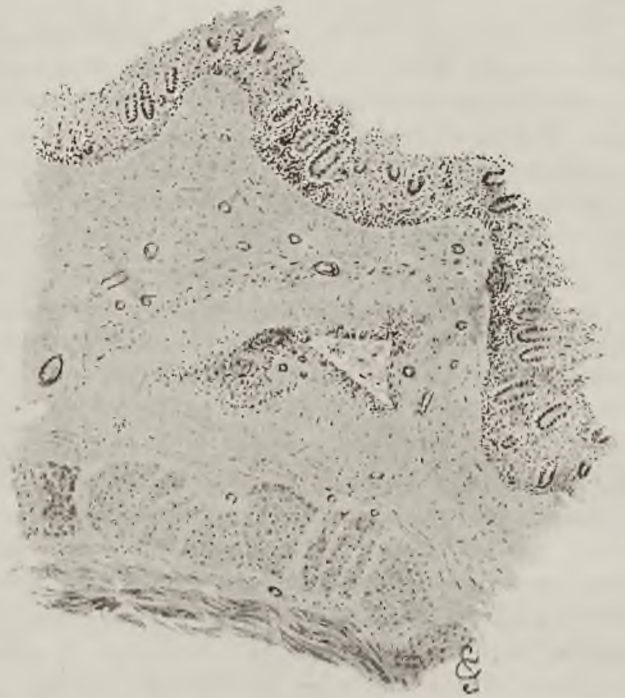
Z jednego przypadku trudno odtworzyć na podstawie samego badania histologicznego przebieg sprawy chorobowej, stosunkowo mało dotąd zbadanej, a niepodobna wysnuwać stanowczych wniosków co do sposobu jej powstawania i wywołujących ją pierwotnie przyczyn. Zanim jednakże porównam kilkanaście znanych dotąd przypadków odmy pęcherzykowej jelit u człowieka i niewiele liczniejsze spostrzeżenia pokrewnych zmian w innych narządach z naszem spostrzeżeniem, warto zastanowić się nad tem, co te szczegóły, które sam stwierdziłem, powiedzieć nam mogą o toku i zejściu, a może i o początku sprawy chorobowej.

Otóż nie mówiąc już nawet o tem, że sprawa chorobowa powstaje stanowczo za życia, można z preparatów naszych wyraźnie wyczytać, że toczy się ona powoli. O jednem i drugiem świadczą przedewszystkiem owe niezmiernie znamienne komórki olbrzymie, oraz rozwój tkanki łącznej w zmienionych częściach jelita, przedewszystkiem w postaci grubej, zbitej warstwy naokoło niektórych pęcherzyków gazonośnych i naokoło mniejszych, okrągławych luk, zawierających komórki olbrzymie. Brak zaś z drugiej strony w obrazach histologicznych jakichkolwiek dowodów, że tkanka oddziaływa na toczący się proces chorobowy w sposób szybszy, gwałtowniejszy; w zmienionych częściach jelita nie widać żadnych śladów sprawy zapalnej ostrej z wyjątkiem tylko niewielu miejsc, w których nieznaczne włóknikowe zapalenie otrzewnej nie stoi zresztą w związku ze stopniem i rodzajem zmian w reszcie ściany jelita.



Rys. 1. Przekroje ściany jelita z mnogimi pęcherzykami w warstwie pod surowiczej (na wszystkich trzech rysunkach) i pojedynczymi pęcherzykami w warstwie podśluzowej (na obu dolnych rysunkach). Wielkość naturalna.

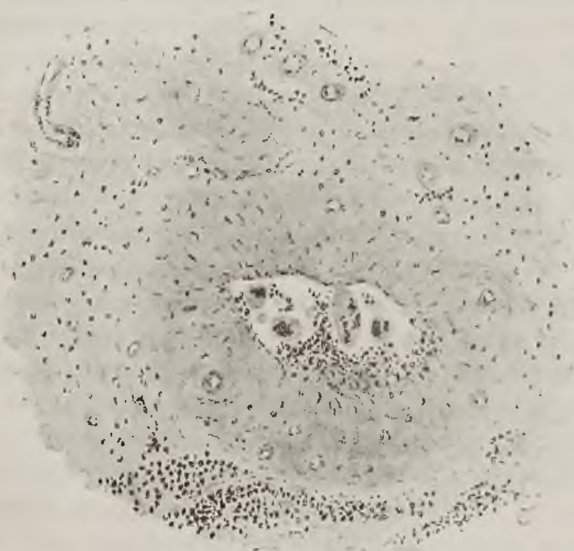
Wnioski te potwierdzają zupełnie te, bardzo zresztą nieliczne spostrzeżenia, w których zmianę przypadkowo przy operacyi, w innym celu podjętej, stwierdzono już za życia i później ponownie przy drugiej operacyi lub sekcyi, albo też w których przynajmniej dokładnem badaniem klinicznem jeszcze po dłuższym czasie od operacyi trwanie sprawy wykazywano. Pierwszy, za życia spostrzegany przypadek, nasunął się Hahnowi w r. 1899; od operacyi upływały tygodnie i miesiące, a jeszcze istniały objawy, dowodzące niewątpliwie, że zmiany jelita nie ustąpiły; drugie spostrzeżenie o zupełnie podobnym przebiegu ogłosił w styczniu r. b. v. Hacker. Kadjan stwierdził w swojem spostrzeżeniu utrzymywanie się zmian, stwierdzonych przy operacyi, naocznie przy drugiej i trzeciej, w dwa miesiące później wykonanej laparotomii. Czwartym, za życia spostrzeganym przypadkiem jest spostrzeżenie Wikerhausera, dla nas ze względu na wynik późniejszej sekcyi szczególnie ciekawe. Nasz przypadek jest piątym, stwierdzonym za życia, a jedynym, w którym badano tkanki wycięte tak za życia, jak i przy sekcyi; klinicznie nie może on jednak służyć jako dowód przewlekłego przebiegu sprawy chorobowej, ponieważ od operacyi do sekcyi upłynęło niewiele czasu. Natomiast do pewnego stopnia można odwoływać się tu także na te przypadki, w których wprawdzie odmę pęcherzykową jelit stwierdzono dopiero przy sekcyi, ale w których za życia na długo przed śmiercią pojawiały się dolegliwości, wskazujące na cierpienie jelit.



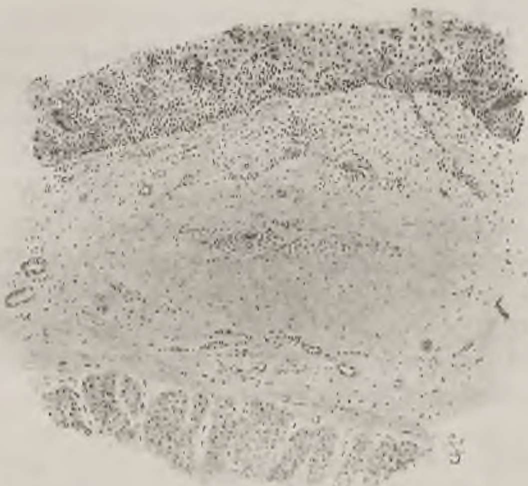
Rys. 2. Resztka pęcherzyka gazonośnego w błonie podśluzowej, otoczonego tkanką włóknistą, zarastającego od strony lewej, gdzie znajduje się komórka olbrzymia.

Drugą okolicznością, co do której badanie histologiczne żadnej nie pozostawia wątpliwości, jest możliwość ustępowania głównych zmian, t. j. pęcherzyków gazonośnych, niejako wygajania się sprawy, chociaż po tem, jak się zdaje, nie nastaje zupełna *„restitutio ad integrum"*, lecz zawsze utrzymują się jakieś ślady przebytej choroby. Wniosek ten opieram na pojawianiu się około niektórych przynajmniej torbielków obfitszej tkanki łącznej, poczem w dalszym ciągu widocznie przestrzeń gazonośna stopniowo maleje do rozmiarów niewielkiej okrągławej lub owalnej luki, zawierającej z początku obok komórek olbrzymich jeszcze przestrzeń wolną, później wypełniającej się komórkami, tkanką granulacyjną, a wreszcie zarastającej zupełnie. W miejscu dawnego pęcherzyka gazonośnego pozostaje w końcu ognisko włókniste,

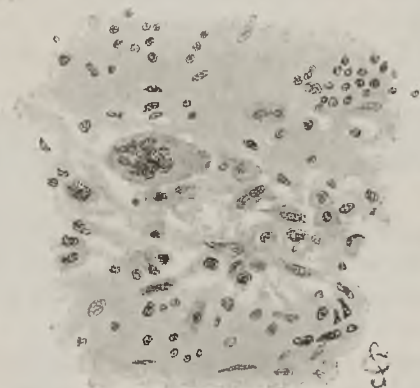
przez czas jakiś dość ostro odgraniczone, ostatecznie zlewające się z otoczeniem. Za takiem zejściem sprawy w niektórych miejscach przemawia też stan podsurowiczej warstwy



Rys. 3. Luka po pęcherzyku gazonośnym, okolona tkanką włóknistą, zawierająca komórki olbrzymie i wypełniająca się (od dołu) tkanką granulacyjną.



Rys. 4. Komórka olbrzymia wśród pasma tkanki komórkowej, okolone tkanką włóknistą.

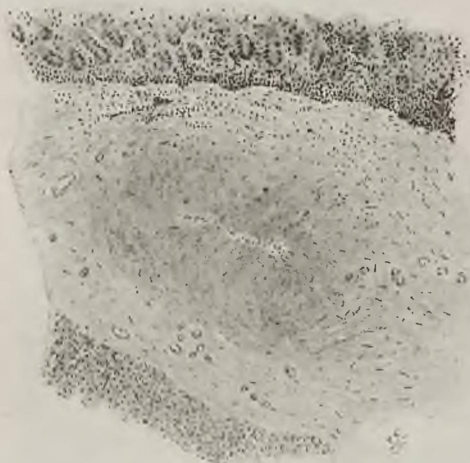


Rys. 5. Komórka olbrzymia wraz z sąsiedztwem, silniej powiększone (część poprzedniego rysunku).

elastycznej: najbardziej zmienioną jest ona tam, gdzie znajdują się pod otrzewną liczne torbielki gazonośne, nie zawierające komórek olbrzymich i nie mające grubej ściany włóknistej, widocznie świeżo powstałe, — coraz prawidłowszą jest zaś w miarę, jak torbielki znikają, pozostawiając po sobie tylko nadmiar tkanki łącznej. Pod pojedynczymi torbielkami podsurowiczymi łatwiej znaleść przerwę (*rys.*) lub rozrzedzenie warstwy elastycznej, niż pod otoczonemi tkanką włóknistą, zarastającemi już lukami, pod temi zaś znowu łatwiej, niż pod ogniskami włóknistemi bez próżnej przestrzeni w środku; widocznie w miarę ustępowania sprawy powraca zwolna i warstwa elastyczna do pierwotnego stanu. W końcu śladem przebytej sprawy są już tylko nieznaczne zgrubienia otrzewnej, w samej zaś ścianie jelita zaciera się ślad przeszłej choroby.

Dołączony szereg rysunków objaśnia ten sposób wyleczenia się odmy pęcherzykowej (porównaj rysunki 2—6).

Wynika z tego, że te części jelita, w których pod otrzewną najmniej znajduje się torbielków gazonośnych, a natomiast najwięcej zgrubień włóknistych, uległy zmianom najdawniej; odwrotnie zaś, miejsca najwybitniej odmą pęcherzykową zajęte, są widocznie zmianą daty najświeższej. W przeciwnym razie bowiem trzebaby stwierdzone pod mikroskopem obrazy ułożyć w porządku odwrotnym: najpierw pojawiałyby się włókniste zgrubienia otrzewnej, potem wśród nich komórki olbrzymie i tkanka granulacyjna, potem dopiero same komórki olbrzy-



Rys. 6. Ognisko włókniste z resztkami tkanki komórkowej w środku

mie, znikające w miarę gromadzenia się gazu, aż wreszcie doszlibyśmy do mnogich, komórkami olbrzymiemi niewysłanych torbielków. Taki zaś porządek rozwoju sprawy zawierałby w sobie mnóstwo sprzeczności i nie dałby się w żaden sposób pogodzić z innymi jeszcze szczegółami. I tak: niepodobnaby zrozumieć, jakim sposobem zgrubiała z początku otrzewna miałaby redukować się później do cienkich przegród międzypęcherzykowych, w sumie dających zaledwo grubość otrzewnej normalnej; w jaki sposób ulegaćby miała zmianom warstwa elastyczna, zanim mógł na nią podziałać jakikolwiek wpływ mechaniczny, mianowicie zanimby powstały pęcherzyki gazonośne. Dalej nie możnaby zrozumieć, dlaczego w błonie podśluzowej znajdują się pęcherzyki najgęściej w tych miejscach, gdzie ich najwięcej także pod otrzewną, a dlaczego nie ma ich w zgrubiałej podśluzowej w tych okolicach, gdzie pod otrzewną znajdują się tylko pojedynczo rozrzucone, drobne torbielki gazonośne. Taki stosunek rozdziału torbielków między różne warstwy ściany jelita byłby zrozumiały tylko wtedy, gdyby przypuścić, że tworzą się one naprzód pod otrzewną, a potem dopiero posuwają się ku światłu jelita; pominąwszy jednak, że i wtedy zmiany warstwy elastycznej nie tłómaczyłyby się jasno, to logicznie rzecz biorąc, trzebaby znów przypuścić, iż chyba ko-

mórkom olbrzymim należy przypisać zdolność wytwarzania gazów, rzecz, sprzeczająca się jaskrawo ze wszystkiem, co nam dotąd z biologii komórek wogóle wiadomo. Jakimkolwiek bowiem sposobem miałyby gazy dostawać się w głąb ściany jelita, to jedno pewna, że może to następować tylko od światła jelita, tam tylko bowiem istnieją wolne gazy oraz bakterye, któreby już w tkance, wdarłszy się w nią, gazy wytwarzać mogły. Trudno zaś wyobrazić sobie zarówno, by gazy przedzierały się aż pod otrzewnę, by potem zawracać znów bliżej ku światłu jelita, jak i, by bakterye gazotwórcze, wnikając w ścianę jelita, naprzód rozwijały swe działanie w warstwach jego najodleglejszych, a potem dopiero w już raz przebytych. Tak więc, chcąc tłómaczyć sprawę w sposób inny, niżeśmy to próbowali, nie podobna przełamać piętrzących się na każdym kroku trudności, chyba zadając gwałt zasadniczym prawom biologii i zdrowemu sensowi.

Z tego, cośmy powiedzieli, wynika, że naprzód w tkankach gromadzą się gazy i to poczynając od światła jelit ku



Rys. 7. Przerwa podsurowiczej warstwy elastycznej pod leżącym w zgrubiałej warstwie podsurowiczej pęcherzykiem gazonośnym.

ich warstwom dalszym; naokoło pęcherzyków gazowych wytwarza się coraz więcej tkanki włóknistej i gromadzą się komórki olbrzymie, tymczasem zaś sprawa posuwa się coraz głębiej; gaz rozsuwa pęczki mięsne, przedziera warstwę elastyczną podsurowiczą i gromadzi się w postaci groniastych guzów pod otrzewną. Równolegle z posuwaniem się sprawy ku zewnątrz, cofa się ona i wygaja w warstwach najbliższych światła jelita, a później także w warstwach dalszych ściany. Po wywodach powyższych szczegółowiej tej sprawy opisywać nie ma potrzeby, dodać jednak należy, że z tem tłómaczeniem zgadza się też i obraz histologiczny tych miejsc, gdzie spotyka się tylko pojedyncze pęcherzyki gazonośne pod otrzewną; wtedy bowiem w podśluzowej niema pęcherzyków, a natomiast są właśnie te zmiany, jakie uważamy za późniejszy okres sprawy, za okres wyleczenia.

Nie poważyłbym się twierdzić, że ostateczne zniknięcie pęcherzyków z pod otrzewnej, gdzie najpóźniej się dostały, odbywa się tylko w ten sposób, jaki opisałem; może być bowiem, że niekiedy dzieje się to cokolwiek inaczej, jakby należało wnosić z pewnych, gołem okiem już widocznych szczegółów, mianowicie z obecności na zgrubiałych, najdawniej zmienionych częściach otrzewnej, strzępów i nitek, zakończonych niekiedy małym torbielkiem gazonośnym. W tym szczególe mamy wskazówkę, że torbielki gazowe, znajdujące się pod otrzewną, mogą ją nietylko wypuklać częścią swego obwodu, ale także wskutek ruchów jelita, działania swej gazowej treści, mogą pociągać za sobą tkankę dalej, wytwarzając sobie z niej coraz cieńszą i coraz dłuższą szypułkę. Że takie szypułkowe gazonośne torbielki także w końcu znikają, dowód oczywisty w istnieniu nitek i strzępów bez torbielka na szczycie, którego niegdyś stanowiły szypułkę. Ale czy w takich szypułkowych torbielkach znika gaz przez powolne wessanie, czy też może przez pęknięcie torbielka i dostawanie się gazu do jamy otrzewnej, posiadającej znaną zdolność resorbcyjną, tego rozstrzygnąć nie umiem.

Skąd się biorą i jakie mają znaczenie owe niezmiernie znamienne dla odmy pęcherzykowej jelit twory, komórki olbrzymie? Co do ich pochodzenia, nie wątpię, że część pochodzi ze śródbłonków limfatycznych; obrazy, jakie widziałem, i łatwość, z jaką według wielu badaczy (z naszych najnowszych D r o b y) śródbłonki naczyniowe wytwarzać mogą owe szczególne komórki, przemawiają za tem dostatecznie. Ale nie można też zaprzeczyć możliwości, że część tych komórek pochodzi wprost z komórek tkanki łącznej. Szczegółowe rozpatrzenie tej sprawy za dalekoby nas zaprowadziło i nie jest zadaniem tej pracy. Jedną tylko rzecz musimy tu uwzględnić, a mianowicie pojawianie się komórek olbrzymich nietylko na ścianach torbielków gazonośnych i nietylko w obrębie luk owalnych lub okrągławych, mających grubą ścianę włóknistą [gdzie byłyby pozostałością dawniejszej wyściółki torbielków], lecz także w szczelinach wązkich a długich, czasem wysłanych śródbłonkiem, a czasem go nieposiadających, a uchodzących najczęściej do jakiegoś torbielka. Tutaj trudno już myśleć o tem, żeby takie szczeliny miały być pozostałością po dawniejszych torbielkach; przemawia przeciw temu ich kształt, brak grubej ściany włóknistej, brak tkanki granulacyjnej i wreszcie, co nie najmniej ważne, znajdowanie ich w tych miejscach, gdzie właśnie sprawa w najlepsze rozkwita, gdzie siedzą mnogie i spore pęcherzyki gazonośne. Ze względu na obecną w niektórych takich szczelinach wyściółkę śródbłonkową trzeba je uważać za naczynia limfatyczne, a uchodzenie ich do torbielków naprowadza nas z kolei na pytanie, gdzie też właściwie w ścianie jelita gromadzą się gazy w przypadkach do naszego podobnych, t. j. czy w jakichś przestrzeniach dawniej istniejących, w naczyniach limfatycznych, czy gdziekolwiek w tkance?

Co do mnie, oświadczyłbym się za tem drugiem tłómaczeniem. Być może, że niekiedy dostanie się gaz i do przestrzeni limfatycznej (w pewnych przypadkach może tak było przeważnie), albo przypadkowo ją otworzy, o co przy przesuwaniu się gazu w głąb ściany jelita nietrudno; ale w naszym przypadku chyba przeważnie gromadził się gaz wśród tkanki, torując sobie drogę zupełnie przypadkowo w kierunku mniejszego oporu. Przemawia za tem nieregularny kształt niektórych szczelin gazonośnych i brak śródbłonka oraz jakiejkolwiek innej wyściółki w bardzo wielu pęcherzykach. Przemawiać za tem zdają się także nieregularne i zupełnie z przebiegiem naczyń limfatycznych niewiążące

się przerwy warstwy elastycznej w tych miejscach, gdzie ją przedzierający się przez nią gaz rozsunął. Nie zaprzecza zaś temu przypuszczeniu powstawanie w pęcherzykach gazonośnych wyściółki, złożonej z komórek olbrzymich; naprzód bowiem wyściółka ta nie wszędzie się znajduje, może więc właśnie przedewszystkiem w tych tylko torbielkach, które przypadkowo z naczyń limfatycznych powstały; powtóre, gdyby nawet tak nie było i gdybyśmy nawet przypuścili, że komórki olbrzymie wyłącznie z komórek śródbłonkowych się tworzą, to jednak znalezienie szczelin, wysłanych śródbłonkiem, z których komórki olbrzymie jakby się do torbielków wylewały, możnaby uważać za wskazówkę, iż z takich właśnie przypadkowo otwartych lub z torbielkiem sąsiadujących szczelin komórki olbrzymie do niego się dostają.

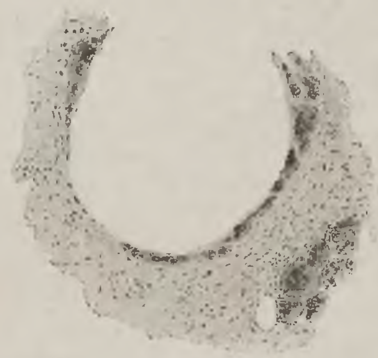
Porzućmy jednak te przypuszczenia, gdyż mamy w ręku inną, pewniejszą wskazówkę na to, cośmy wyżej przyjęli. Ś. p. prof. Trzebickyemu zawdzięczamy mianowicie kawałek tkanki, w której wytworzono protezę zapomocą wstrzyknięcia parafiny. Otóż w preparatach z tej tkanki z pewnem zdumieniem spostrzegamy obrazy, niezmiernie niekiedy podobne do naszych obrazów z odmy pęcherzykowej jelit, szczególnie w tych miejscach, gdzie przy przyrządzaniu preparatów parafina się rozpuściła. Pomijam oczywiście gromadki powstałych stąd okrągławych próżnych przestrzeni, oddzielonych cienkiemi przegrodami tkanki łącznej, a niewysłanych żadnemi komórkami; ciekawsze są te miejsca, gdzie na obwodzie takiej luki (a w rzeczywistości naokoło kropli parafiny, która dopiero przy przyrządzaniu preparatu się rozpuściła), gromadzą się komórki olbrzymie, jota w jotę podobne do tych, jakie wyścielają wnętrze pęcherzyków gazowych; albo gdzie wyściółka składa się z komórek, naśladujących niemal jednowarstwowy brukowy nabłonek, lub znów płaskich, mocno śródbłonek przypominających, przyczem naokoło spotykamy nieraz zbitą tkankę włóknistą. Tu



Rys. 8. Komórki olbrzymie, wyścielające wnętrze pęcherzyka gazonośnego.

już niema mowy o tem, aby wstrzyknięta parafina dostać się miała właśnie wyłącznie tylko do naczyń limfatycznych; rozdzieliła się ona w tkance zupełnie nieregularnie, a obrazy stąd powstałe są oczywistym dowodem, że i o siedzibie pęcherzyków gazowych w naczyniach limfatycznych lub w przypadkowych szczelinach tkanki nie mówi nic znaleziona na ich ścianie olbrzymiokomórkowa lub nabłonkowata wyściółka.

Porównanie preparatów z tej protezy parafinowej z preparatami z pęcherzycy gazowej jelit ułatwia nam zarazem odpowiedź na drugie pytanie: jaką rolę przypisaćby należało owym komórkom olbrzymim? Naokoło kropel parafiny zadanie ich jest oddawna dobrze znane; sąto oczywiście tak



Rys. 9. Komórki olbrzymie, gromadzące się koło kropli parafiny w tkance.

zw. „Fremdkörperriesenzellen“, komórki olbrzymie, gromadzące się bardzo często wokoło takich ciał obcych, które są dla tkanek, jeżeli tak powiedzieć można, trudno strawne. Otóż może niezbyt pobłądzimy, przypuszczając, że i w pęcherzycy gazowej jelit komórki te pośredniczą w usunięciu nagromadzonego gazu, który tutaj odgrywa rolę takiego ciała obcego, jak parafina, jedwab i t. p. Konsekwencyą jednak tego tłómaczenia jest pytanie, dlaczego tak jest? dlaczego gaz, dostający się w głąb tkanki, odrazu nie znika, nie zostaje wessany lub przerobiony? Na to pytanie nie mamy na razie stanowczej odpowiedzi. Wskazówek dostarczyćby mogło zbadanie warunków trwania lub znikania odmy powietrznej podskórnej, o ile je z preparatów histologicznych odczytaćby można; dotąd jednak, o ile wiem, nigdy jeszcze nie badano dokładniej histologicznie tej sprawy, ku czemu zresztą i o sposobność nie łatwo. Prościej wiodłaby do celu droga doświadczalna, gdyby się powiodło sztucznie wytworzyć u zwierząt np. odmę pęcherzykową jelit, nie różniącą się niczem od samorodnej sprawy tego rodzaju. Z prób doświadczalnych, podejmowanych w tym celu przez kilku autorów i przezemnie, zdam sprawę poniżej. Tu wspomnę tylko, że z góry sądząc, liczyćby się należało z następującymi czynnikami: z ilością i szybkością dostawania się gazu do tkanki, bo może pewną jego ilość zdoła tkanka mocą fizyologicznej swej sprawności w danym przeciągu czasu wessać, nadmiernej zaś ilości w tymsamym czasie bez szczególnego dostosowania się (zwłaszcza, jeżeli jest już zmieniona) możeby wchłonąć nie zdołała; z budową tkanki, bo może niektóre tkanki nie potrafią się dostosować tak szybko do niezwykłego zadania, jak inne, które mu łatwiej sprostają; a wreszcie z chwilowym stanem tkanki fizyologicznym lub stalszym patologicznym, który może wpływać bardzo znacznie na jej sprawność wobec niepożądanego intruza. Skład gazu natomiast, sądząc ze znanych faktów fizyologicznych i spostrzeżeń toksykologicznych, na jego wchłanianie lub przepuszczanie przez tkanki żywe nie wywiera takiego wpływu, z którymby się tu liczyć trzeba.

Wszystkie te, wysnuwające się kolejno ze siebie zagadnienia, zyskałyby na znaczeniu, i to nietylko teoretycznem, ale i praktycznem, gdyby znalazł się niezbity dowód,

iż pęcherzyca gazowa jelit rzeczywiście sama wyleczyć się może. Szukając w piśmiennictwie takiego sprawdzianu, natrafiłem na mało znaną, a przecie szczególnie tu ważną, kroacką pracę Wikerhausera. Chory jego, 35-letni kowal, cierpiący od szeregu lat na dolegliwości żołądkowe z powodu zwężenia odźwiernika, zmarł w dwa miesiące po gastroenterostomii, w czasie której stwierdzono wybitną pęcherzycę gazową jelit, potwierdzoną typowym obrazem drobnowidowym. Otóż przy sekcyi nie znaleziono już ani śladu pęcherzycy, chociaż nie usuwano jej żadnymi osobnymi zabiegami; toteż Wikerhauser uważa zniknięcie pęcherzyków gazowych za pośredni skutek samejże laparotomii [„onim zrakom napunjenim mjehuricem (pneumatosis) nema više ni traga, te je vjerojatno, da je laparotomija na iste djelovala, da su se izgubili, dočim je bolestnik podlegao chroničnoj peritonitidi"]. Na to tłómaczenie jednak nie tak łatwo się zgodzić, zważywszy inne podobne przypadki, w których choroba pomimo laparotomii dalej się utrzymywała, jak w przypadku Hahna, a szczególniej u chorej Kadjana; u tej bowiem utrzymywały się torbielki aż do trzeciej operacyi po 2 miesiącach, chociaż je poprzednio Kadjan starał się usunąć wygnieceniem, a i potem, sądząc z objawów klinicznych, sprawa jeszcze ciągnęła się dalej. Widocznie więc w przypadku Wikerhausera sprawa sama przez się dążyła już do wygojenia się, jak świadczą spostrzeżone przez niego przy operacyi charakterystyczne zmiany na otrzewnej; po operacyi zaś wygajanie się poszło swoim torem. Natomiast w przypadku Kadjana w miejsce usuniętych przy pierwszych operacyach ognisk odmy pęcherzykowej tworzyły się widocznie dalsze.

Wyczerpaliśmy w ten sposób wszystko, co wysnuć można z samego obrazu drobnowidowego pęcherzycy gazowej jelit w naszym przypadku, a teraz należy przez porównanie z innymi podobnymi przypadkami sprawdzić, o ile wnioski nasze przypadają i do cudzych spostrzeżeń, oraz zastanowić się nad pytaniem, skąd wreszcie biorą się owe gazy wśród tkanki i czemu odrazu nie ulegają wessaniu?

Zaczynając od spostrzeżeń pęcherzycy gazowej jelit u ludzi, których zdołałem w piśmiennictwie odszukać prócz naszego 20 (a jeżeli zaliczyć tu przypadek Marchiafavy — 21), zauważyć należy, że nie wszystkie te spostrzeżenia mają równą wartość, gdyż niektóre są bardzo dawne, inne pobieżnie tylko opisane; część tylko badano histologicznie, a wreszcie w wielu brak dat klinicznych, które ze swej strony mogą przyczynić się do wyjaśnienia etyologii i przebiegu sprawy. — W najbliższym związku z temi spostrzeżeniami pozostają spostrzeżenia niezmiernie podobnych zmian, zdarzających się u nierogacizny w Niemczech często, u innych zwierząt (owiec) podobno bardzo rzadko. Jak zobaczymy, zmiany te u zwierząt nie różnią się prawie niczem od zmian u ludzi; niesłusznie więc Schneidemühl przeczy ich tożsamości, — zresztą nie spotkałem wcale zwolenników jego zdania.

Dla szybszego przeglądu nie będę streszczać każdej pracy z osobna, lecz odrazu zestawię kolejno poczerpnięte z nich zasadnicze szczegóły.

Płeć i zajęcie, o ile ze szczupłej liczby spostrzeżeń sądzić można, nie mają wpływu na częstość cierpienia; ogłoszone dotąd przypadki dotyczą prawie równomiernie kobiet i mężczyzn (przewaga kobiet bardzo nieznaczna), różnymi zajmujących się zawodami, przeważnie jednak fizyczną ciężką pracą, co zresztą łatwo tłómaczyy się zwykłym doborem materyału szpitalnego.

Wiek przeważa średni i późniejszy; najstarszy chory liczył lat 60 (de Camargo), poniżej lat 30 przypada tylko nasz przypadek (24 lata) i spostrzeżenie Marchiafavy (mała dziewczynka).

U zwierząt ma pęcherzyca gazowa jelit zdarzać się najczęściej wśród sztuk młodych, zresztą zdrowych, i to podobno szczególniej wśród takiej nierogacizny, którą żywiono odpadkami z mleczarni. Zdanie to, rozpowszechnione wśród rzeźników, stwierdzić miał dokładniej Motz (według Ostertaga).

Bezpośrednią przyczyną śmierci u ludzi, w przypadkach sekcyonowanych, bywała najczęściej gruźlica (Pelnař, Kučera wspomniany przez Pelnařa, Camargo, jedno ze spostrzeżeń Dupraza, Miwa, Winands); inne przyczyny były tylko w pojedynczych przypadkach, jak np. wada serca (Eisenlohr), niedokrwistość postępująca złośliwa (drugie spostrzeżenie Dupraza), krwotok z wrzodu żołądka (w naszym przypadku), okręcenie jelita *(torsio)* (w przypadku Banga) i t. p.) Żeby sama pęcherzyca gazowa jelit miała doprowadzić do śmierci, o tem nie wspomina nikt. W 2 przypadkach Dupraza wzmianka jest zbyt pobieżna i ogólnikowa („skutki niedrożności jelit", nie wyjaśnia on zaś nigdzie, czy niedrożność była skutkiem odmy pęcherzykowej, czy innej przyczyny). Chorzy Hahna, v. Hackera i Kadjana w chwili ogłaszania spostrzeżeń tych autorów żyli i nawet mieli się lepiej.

Ze zmian, towarzyszących pęcherzycy gazowej jelit, na uwagę zasługują dwie: przewlekłe gruźlicze zapalenie otrzewnej (Pelnař, Kadjan), oraz wrzód żołądka lub jego następstwa (Wikerhauser, Tolot, Winands, Miwa, v. Hacker i nasz przypadek). Hacker podkreśla tę częstość wrzodu żołądka, uważając ją widocznie nie za przypadkowy zbieg okoliczności. Sądzę jednak, że na takie przypuszczenia liczba przypadków wogóle znanych jest stanowczo za mała; zresztą i wśród tych przypadków, jak się okazuje, zmiany żołądka spotykano zaledwo w co trzecim, a trzeba zwrócić i na to uwagę, że należą tu prawie wszystkie przypadki operowane, szczególnie więc niejako dobrane. Jakżeby też można wyobrazić sobie związek tych dwóch cierpień? przecież chyba nie można odwoływać się do towarzyszących wrzodom żołądka cierpień jelit, bo zdarzają się one i bez zmian w żołądku, a nie pociągają jakoś za sobą częściej pęcherzycy gazowej. W końcu całe to przypuszczenie upaść musi odrazu wobec stwierdzenia pęcherzycy gazowej jelit u zwierząt, u których przecież wrzodu żołądka nie było.

Z innych zmian w jamie brzusznej, towarzyszących pęcherzycy gazowej jelit, wymieniano tylko zmiany otrzewnej w sąsiedztwie zajętych pęcherzykami części jelita. Zmiany te, dwojakiego rodzaju, t. j. pasmowate zgrubienia i nitkowate, gęsto leżące strzępki, wyglądały zawsze podobnie, jak w naszym przypadku, jedynie niekiedy owych strzępków i nitek zauważano więcej, a wtedy bywało nieraz i więcej torbielków szypulastych, których szypułki były wyraźnie unaczynione (v. Hacker według badania anatomicznopatologicznego, dokonanego przez Hiblera, Hahn, Kadjan, Marchiafava, Winands). Niekiedy niema

wzmianki o tych zmianach otrzewnej, bądź, że opis przypadku zbyt pobieżny (Eisenlohr, Dupraz), bądź, że może rzeczywiście ich nie było, gdy odma nie dotarła jeszcze aż do otrzewnej (Pelnař). Wyjątkowo zaznacza wyraźnie Miwa, że w jego spostrzeżeniu (sekcyonowanem przez prof. Tsutsni) torbielki osadzone były szeroko i nigdzie nie miały szypułek. U zwierząt zmiany otrzewnej są takiesame, jak u ludzi (Kitt, Roth, Ostertag, Schneidemühl, Schmutzer). Na nitki i strzępki zwrócił szczególnie uwagę Schmutzer, tłómacząc podobnie, jak powyżej podałem, że są to pozostałości szypuł, wyciągniętych przez torbielki ze ściany jelita. Wszyscy ci autorowie, którzy uważają pojawienie się gazu w tkance za rzecz najwcześniejszą, uważają też zmiany na otrzewnej za następstwo pęcherzycy. Schmutzer, którego praca należy obok pracy Pelnařa i Winandsa do najdokładniejszych, zaznacza też wyraźnie, że zmiany otrzewnej odpowiadają końcowym okresom sprawy, najświeższe zmiany zaś są w tych miejscach, które z powodu mnogości pęcherzyków wydają się najznaczniej zmienione. Wreszcie wszyscy badacze, prócz chyba Banga, Winandsa i Hiblera zgadzają się, że torbiele gazonośne rozwijają się w samejże ścianie jelita, gdy tamci sądzą, że prócz tego tworzą się one wśród nowopowstałych zrostów („Pseudomembranen“). To ostatnie zdanie zwalcza z powodzeniem Schmutzer, wykazując, że owe błony wrzekome są tylko cząstkami wyciągniętej przez gazy ściany jelitowej.

I siedziba zmiany zarówno co do zajętych pętli jelitowych, jak i co do różnych warstw ściany, opisywana jest zgodnie. Zazwyczaj ulega zmianie jelito biodrowe na większej lub mniejszej przestrzeni, oraz kątnica. U nierogacizny zmiany znajdują się w jelitach cienkich, zazwyczaj w środkowej części, nigdy w części początkowej. Gronka pęcherzyków sadowią się u ludzi przeważnie, ale nie wyłącznie, na stronie przeciwległej przyczepowi krezki i to bez względu na to, która warstwa jelita najwięcej zawiera pęcherzyków. U zwierząt zdarza się, że torbielki zajmują cały obwód jelita i wkraczają na sąsiednią część krezki, jednakże tylko w tych miejscach, gdzie są gronka torbielków i na jelicie (Schmutzer) i to zajmując tylko odcinek krezki, sąsiadujący z jelitem. W krezce leżą one przeważnie w samym środku między jej blaszkami, oddzielone od obu powierzchni często warstwą tkanki tłuszczowej; od środka krezki więc dążą ku powierzchniom. W krezce zwierzęcej zdaje się ich rozwój stać w ściślejszym związku z naczyniami limfatycznemi, ponieważ sadowią się w sąsiedztwie większych naczyń krwionośnych krezkowych i ponieważ zdarzają się także w gruczołach limfatycznych krezki (Ostertag), nie przekraczając jednak poza nie.

W obrębie ściany jelita znajdować się mogą torbielki gazonośne we wszystkich warstwach; jednakże u ludzi przeważały bądź w tej, bądź w innej warstwie. Szczególnie w przypadkach Pelnařa i Eisenlohra było ich najwięcej w błonie podśluzowej; zresztą najliczniejsze bywały najczęściej tak, jak w naszym przypadku, w podsurowiczej, przyczem inne warstwy były rozmaicie zmienione, ale, jak się zdaje, zazwyczaj zawierały już znacznie mniej torbielków.

Opis histologiczny torbielków, o ile dotyczy ich wielkości, kształtu i obecności komórek olbrzymich na ścianach niektórych torbielków, oraz w szczelinach wśród tkanki, jest niemal u wszystkich autorów zgodny. Również co do zawartości torbielków panuje zgoda, z wyjątkiem Marchiafavy, który miał widzieć torbielki „surowicze“ i którego spostrzeżenie przez to nie jest dość jasne, oraz Banga i Rotha, którzy sądzą, że przed wytworzeniem się gazu torbielki zawierają płyn, czego jednak żadnym stanowczym dowodem nie popierają. Różnice opisów zaczynają się dopiero w sprawie wyściółki śródbłonkowej torbielków i związku ich z naczyniami limfatycznemi, skąd oczywiście wypływa, że jedni autorowie, i tych podobno jest więcej, uważają za siedzibę torbielków wyłącznie wnętrze naczyń limfatycznych, inni zaś zwalczają to zdanie, już conajmniej przypuszczając, iż gaz może się z naczyń limfatycznych, gdzie pierwotnie się nagromadził, przedzierać przez pękniętą ścianę w sam miąższ tkanek. Nie potrzebuję tu dodawać, co o tym sporze sądzę, nadmienię tylko, że niejednokrotnie nazywano śródbłonkiem wyściółkę, złożoną w rzeczywistości z komórek olbrzymich (np. Bang). Po tem zastrzeżeniu ostrożniej już patrzeć będziemy na „stałą“ wyściółkę śródbłonkową, wspomnianą przez Banga. Niektórzy (Pelnař, Roth) wyraźnie wspominają o braku wszelkiej wyściółki w niektórych miejscach.

Związku torbielków z naczyniami limfatycznemi nie zdołali wykazać: Bang, Camargo (znalazł go jednak Dupraz, przeglądając preparaty Camarga), Marchiafava i Winands. Natomiast Roth miał go stanowczo stwierdzić na skrawkach kolejnych (Serienschnitte), Schmutzer uważa go za pewny; podobnie Pelnař, Eisenlohr i inni.

(Dok. nast.).

III. Wyciągi.

Hitschmann i Lindenthal. **Biały zawał** (*infarctus*) **w łożysku.** (*Arch. für Gyn.* tom 69, zeszyt 3, 1903). Podawszy dosyć obszerną literaturę tego przedmiotu i omówiwszy krytycznie zapatrywania różnych autorów, zastanawiają się autorowie głównie nad dwiema teoryami, które w ostatnich latach zyskały wielu zwolenników. I tak Ackermann dopatruje się przyczyny powstania białego zawału łożyskowego w sprawie zapalnej tętnicy kosmkowej, która prowadzi do zarośnięcia naczynia, a w następstwie do bezkrwistości i obumarcia kosmka. Steffeck znajduje jedyną przyczynę zawału w błonie doczesnej, która najpród ma ulegać nadmiernemu bujaniu, a następnie obumarciu. O ile jednak trudno przyjąć sprawy patologiczne, jako przyczynę stanów fizyologicznych, o tyle powyższe teorye nie mogą zadowolnić. Zawał biały łożyskowy można bowiem wprost uważać jako zjawisko fizyologiczne, gdyż znajdujemy go prawie w każdem łożysku, jeżeli nie zawsze makroskopowo, to z pewnością pod drobnowidem. Teorye zaś przytoczone opierają się na sprawach patologicznych i to takich, które tylko bardzo rzadko występują w prawidłowem łożysku. Ale i z innych względów teorye te nie mają racyi bytu. Ackermann mówi o obumarciu kosmka z powodu zarośnięcia naczynia kosmkowego. Wiemy jednak już dzisiaj napewno, że nabłonki kosmkowe i same kosmki odżywiają się ze krwi, przepływającej przestrzenie międzykosmkowe, naczynia zaś kosmkowe nie mają żadnego wpływu na ich odżywianie, co już z tego wynika, że w młodych jajach płodowych istnieją kosmki w czasie, kiedy zupełnie niema jeszcze naczyń kosmkowych. Nadto tętnica kosmkowa zawiera przecież krew żyiną; jej zamknięcie więc nie może mieć tych następstw, o jakich mówi Akermann. Wreszcie zachodzi pytanie, czy podobne zmiany naczyń płodowych wogóle występują. H. i L., oraz inni badacze nigdy ich nie widzieli; jeżeli zaś one występują, to dotyczą najprawdopodobniej łożyska ze zmianami kiłowemi (Bondi). Steffeck znowu czyni tylko błonę doczesną odpowiedzialną za powstanie zawału, w niej rozpoczyna się cały proces chorobowy, ona stanowi główny składnik zawału, ona wreszcie, bujając, otacza kosmki i sprowadza ich obumarcie; czyli, że zawał łożyskowy ma być zmienioną błoną doczesną. Pominąwszy już wprost sprzeczny wynik badania histologicznego, teorya ta sprzeciwia się naszemu pojęciu o zachowaniu się doczesnej w ciąży. Doczesna bowiem rozwija się najsilniej w pierwszej połowie ciąży, dochodzi do szczytu swego rozwoju, poczem powoli

ulega zanikowi tak, że z końcem ciąży przedstawia tylko cienką błonę. Skoro zaś zawał w łożysku ma być następstwem jakiegoś nadmiernego przerostu doczesnej, a zawały te znajdujemy prawie w każdem łożysku, musiałaby więc i prawie każda doczesna ulegać patologicznemu przerostowi, co nie odpowiada rzeczywistości. Zdaniem autorów jako punkt wyjścia dla powstania białych zawałów w łożysku należy uważać krążenie międzykosmkowe. Przestrzenie z początku ciąży przedstawiają jamy, do których wlewa się krew tętnicza z macicy, zkąd znowu żyłami zostaje odprowadzoną; znajduje się więc w nich krew mieszana. W miarę rozwoju kosmków, tworzących gęstą sieć, krew w tych przestrzeniach ma coraz większe przeszkody do przezwyciężenia, a że ona nie krzepnie, zawdzięcza to żywotności śródbłonków, wyścielających te przestrzenie, i nabłonków, pokrywających kosmki, t. j. komórek syncytyalnych i Langhansa. Wszelkie jednak zmiany i uszkodzenia, a przedewszystkiem brak tych komórek musi wywołać krzepnięcie krwi, jeżeli istnieje i drugi warunek konieczny do wytworzenia skrzepu, t. j. zwolnienie prądu krwi krążącej. Oba te warunki istotnie mogą się przydarzyć. Nabłonki bowiem kosmkowe już fizyologicznie ulegają zanikowi w miarę postępu ciąży tak, że już w 4-tym miesiącu pozostają tylko komórki syncytyalne, które również ulegają zmianom. Może się zdarzyć, że tu i owdzie pozostałości takie nabłonka wogóle zanikną — i ten właśnie zanik, ten brak ich, ma mieć najważniejsze znaczenie dla powstania zawału. Nabłonki te bowiem odgrywają niejako rolę pośredników w odżywianiu samych kosmków; zanik ich więc nie może pozostać bez wpływu na same kosmki, które ulegają zwyrodnieniu i obumarciu. W miejscu ubytku nabłonka kosmkowego osadzają się na tem miejscu krążki krwi, ciałka białe, włóknik, a nawet i ciałka czerwone, tworząc na kosmku coraz to grubsze warstwy, aż dojdą znowu do najbliższego kosmka, gdzie zetknąwszy się z jego nabłonkiem, powodują jego zanik. W ten sposób zawały te się powiększają, niszcząc w tych miejscach wszystko, co wchodzi w skład łożyska: krew międzykosmkową, doczesną i same kosmki. Dalsze zmiany włóknika nadają zawałowi owo charakterystyczne białe wejrzenie. Każde miejsce na kosmkach pozbawione nabłonka stanowi świeże ognisko dla powstania zawału. Zanik taki nabłonków może jeszcze przyjść do skutku z powodu zwyrodnienia kosmówki, lub jeżeli z jakiejś przyczyny przyjdzie do zastoju krążenia międzykosmkowego; wówczas bowiem źle odżywiane kosmki zanikają. Zwolnienie prądu krwi również istnieje już w warunkach fizyologicznych; gdzie bowiem krew z wązkich naczyń wlewa się do szerokich przestrzeni, tam musi przyjść do zwolnienia prądu. Nic więc dziwnego, jeżeli tam, gdzie krążenie jest bardzo rozgałęzione, a krew musi się przeciskać przez rozliczne kanaliki — i to pod nizkiem ciśnieniem, jeżeli więc w takich przestrzeniach przyjdzie nawet czasami do zastoju. Brak więc nabłonka kosmkowego wywołuje, przy sprzyjających warunkach krążenia w tem miejscu, krzepnięcie krwi międzykosmkowej; następstwem tego są zaburzenia w odżywianiu samych kosmków, a w dalszym ciągu zwyrodnienie ich i innych warstw łożyska. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Heine. **Leczenie ostrego zapalenia ucha środkowego.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 48). W ostatnim czasie Zaufal w Pradze wystąpił w charakterze przeciwnika nakłuwania błony bębenkowej w ostrem zapaleniu ucha środkowego, gdyż zauważył, że w wielu przypadkach wśród okładów z ciepłego roztworu octanu glinowego zapalenie siódmego lub ósmego dnia ustępuje bez samoistnego przebicia bębenka. Choroba zatem, jego zdaniem, ma przebieg okresowy, jak dławcowe zapalenie płuc i rzeczywiście mógł on w wypocinie po nakłuciu bębenka stwierdzić diplokoki Fränkel-Weichselbauma i pneumokoki Friedländera, które dopiero potem przy ropotoku usznym zastępują gronkowce i łańcuszkowce H. nie zauważył tego okresowego przebiegu zapalenia ucha, a sposób leczenia w klinice berlińskiej jest następujący: Nie poleca się również nakłucia zaraz pierwszego dnia, lecz z początku należy zaniechać przestrzykiwania ucha i wdmuchiwania powietrza (Luftdouche); chory powinien w ciężkich przypadkach leżeć w łóżku i dostawać ciepłe, a nawet gorące okłady z octanu glinowego, wogóle należy leczyć wyczekująco, jeśli bolów i gorączki niema wcale, albo są tylko nieznaczne, a u dzieci nieraz nawet wtedy, jeśli można przypuszczać wypocinę w jamie bębenkowej, lecz z barwy i wejrzenia bębenka można wnioskować, że jest ona surowicza. Przy tem wyczekującem leczeniu większa część zapaleń ucha niejako samoistnie w przeciągu jednego lub kilku tygodni się kończy. Skoro zaś bole stają się silne i zakłócają choremu spokój nocny, lub jeśli bez silniejszych bolów samoistnych wyrostek sutkowaty staje się tkliwy na ucisk, należy przebić bębenek; taksamo naturalnie, jeśli występują objawy zadrażnienia opon mózgowych. Jeśli bębenek w całości i bole, lub miejscami jest wypukłony i występuje równocześnie gorączka należy natychmiast wykonać przebicie błony bębenkowej. *Dr. Fels.*

Miecznikow i Roux. **O kile doświadczalnej.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 50). Wobec stwierdzonej już dawniej wrażliwości małp na zakażenia, pospolite u ludzi, ale zdarzające się także u innych zwierząt, postanowili autorowie spróbować, czyby się nie powiodło przenieść na małpy takich zakażeń, które właściwe są tylko ludziom, a na inne zwierzęta przenieść się dotąd nie dawały. Próba z mięsakiem barwikowym, który autorowie widocznie biorą za sprawę zakaźną, nie powiodła się. Wówczas spróbowali autorowie przeszczepić kiłę z człowieka na młodą samicę szympansa. Po 25-dniowym okresie wylęgania rozwinął się u tego zwierzęcia istotnie wrzód twardy, a po dalszym miesiącu znamienna osutka (syphilis papulosa). Zarówno zmianę pierwotną, jak i ową osutkę, oglądali najwybitniejsi syfilidologowie paryscy: Fournier, du Castel, Hallopeau, i uznali zgodnie za typową kiłę. Zwierzę padło w 14 tygodni po zaszczepieniu kiły na przypadkową chorobę zakaźną. Dla upewnienia się co do uzyskanego dodatniego wyniku doświadczenia zaszczepili autorowie kiłę z tej samicy młodemu szympansowi, samcowi, przenosząc materyał zakaźny ze zmiany pierwotnej na prącie, a z wykwitów skórnych drugorzędnych na udo. W obu miejscach powstały po długim okresie wylęgania zmiany: na prąciu w 35-tym dniu po zaszczepieniu dostrzeżono małą nadżerkę, która zwolna rosnąc, zamieniła się w końcu na typowy wrzód kiłowy pierwotny. Do zmian drugorzędnych w tym przypadku nie doszło, gdyż zwierzę zginęło w 45-tym dniu również wskutek przypadkowo dołączającego się zakażenia. Sekcya nie wykryła żadnych zmian charakterystycznych. *C.*

Eitelberg. **Dobrowolny powrót słuchu w przypadku zupełnej głuchoty po płonicy.** (*Zeitschrift f. Ohrenheilk.* T. 45, Z. 2, 1903). Politzer w swoim podręczniku podnosi, że w zupełnej głuchocie, nabytej w następstwie usznych powikłań płonicy i błonicy, po zapaleniu opon mózgowych lub wodogłowiu, nie widział nigdy poprawy słuchu mimo powtórnych badań późniejszych. Wobec tego twierdzenia z tak poważnej strony przypadek Eitelberga zasługuje temwięcej na uwagę. Dotyczy on 10-letniej dziewczynki, która nabyła w przebiegu płonicy ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego po stronie lewej. Równocześnie pojawiały się okresowe bole w uchu prawem. Ropienie i bole w krótkim czasie ustąpiły, lecz z nimi razem słuch zupełnie znikł. Badanie narządu usznego wykazało prawidłowe błony bębenkowe po obu stronach. Ropienie uszne było więc wyleczone bez pozostawienia najmniejszych następstw. Jednakże równocześnie nie było śladu poczucia słuchowego. Nerw słuchowy nie oddziaływał na najsilniejsze wrażenia głosowe. Autor, nie łudząc się co do jakichkolwiek widoków poprawy, dał wszakże pewne polecenia lecznicze, które jednakże z różnych przyczyn nie były należycie wykonywane. Mimoto po 10-ciu miesiącach wystąpiły pierwsze ślady poczucia słuchowego, a w dwa miesiące potem nagle i niespodziewanie spostrzegli rodzice, że dziecko dobrze słyszy. Taki przebieg świadczy niezbicie za tem, że tu nie mogło mieć miejsca zniszczenie nerwu słuchowego, na które wskazywał wynik dawniejszego badania. Z tego wnioskować można, jak dalece nasze metody badania są jeszcze niedostatecznemi. (Sprawozdawca miał sposobność spostrzegania wraz z kolegą Drem Surzyckim podobnego przypadku przemijającej głuchoty nerwowej po płonicy, lecz jednostronnej. Podobne przypadki, zdaniem sprawozdawcy, dają się wytłómaczyć histeryą, albo wielkiem osłabieniem ogólnem i niedokrewnością błędnika, ustępującą wraz z głuchotą w miarę skrzepienia stanu ogólnego, analogicznie do objawów afatycznych po ciężkich chorobach, skutkiem niedokrewności mózgu). *Spira.*

Schnitzler. **Skręcenie uwięzłej przepukliny jajnikowej.** (*Wiener klin. Rundschau*, Nr. 44. 1903). U dziecka kilka dni po urodzeniu pokazało się w lewej pachwinie wypuklenie, które z łatwością dawało się odprowadzić do jamy brzusznej. Przez sześć tygodni stosowano z tego powodu bezskutecznie opaski. Dziecko miało sześć miesięcy, kiedy pewnego dnia przepuklina nie dała się odprowadzić: autor stwierdził przy badaniu guzek wielkości orzecha laskowego, nie dający się odprowadzić, który miał kierunek ku dużej lewej wardze sromnej. Miejsce to było bolesne, nie było jednak żadnych objawów ze strony otrzewnej. Ponieważ guz już 36 godzin nie dawał się odprowadzić, przeto mimo braku ciężkich objawów przystąpił S. do operacyi, podczas której znalazł w worku przepuklinowym ciecz krwawo zabarwioną, treścią zaś przepukliny był lewy jajnik z trąbką i więzadło szerokie. Jajnik był większy od prawidłowego jajnika osoby dorosłej, barwy sino-czarnej i okazywał na powierzchni miejsca dotknięte zgorzelą. Było to następstwem skręcenia szypuły o 360°; miejsce skręcenia leżało za zewnętrznym pierścieniem pachwinowym. Należy nadto zauważyć, że przewód pachwinowy był tak szeroki, że bezwarunkowo nie mogły jego ściany uciskać szypuły przepukliny. Autor wyciął treść przepukliny; nastąpiło wyleczenie. Schnitzler przyttacza z piśmiennictwa dwa podobne

przypadki: Lockwooda i Ovena; oba dotyczyły dzieci, będących w pierwszych miesiącach życia. Co do powstania skręcenia autor przypuszcza, że powodem był ruch obrotowy jajnika przy szybkiem przechodzeniu jego przez przewód pachwinowy, przez co zostaje przezwyciężoną cieśń przewodu. W przypadkach tych uderza brak objawów ze strony otrzewnej i zaburzeń kiszkowych mimo nieodprowadzalności przepukliny, co ma ważne znaczenie dla rozpoznania skręcenia uwięzłej przepukliny jajnikowej. *B. Żmigród.*

Albers. **O nieznanem dotychczas działaniu promieni Roentgena na ustrój zwierzęcy.** (*Münch. med. Wochenschrift* 1903, 43). Jedenaście samców (5 królików i 6 morskich świnek), wystawionych na działanie promieni Roentgena, dopuszczono 14 razy do sparowania się z samicami, nie wystawianemi na działanie tych promieni. Zwierzęta pozostawały 4 razy po 10 dni, raz 14 dni, trzy razy około 2—2½ miesiąca i 6 razy około pięciu miesięcy razem, i ani razu nie nastąpiło zapłodnienie. Niektóre z samic morskich świnek były już przed czasem doświadczeń przez samców, nie wystawionych na działanie promieni, zapłodnione. Z tych jedenastu samców ośm było sekcyonowanych; stwierdzono u zwierząt, naświetlanych promieniami Roentgena przez 377—1218 minut, zupełną azoospermię, podczas gdy u jednego, który był tylko przez 195 minut naświetlany, znaleziono oligo-nekrospermię, coby znaczyło, że czas ten nie wystarcza do wywołania zupełnej azoospermii. Autor uważa swą pracę za tymczasowe doniesienie, mające na celu pobudzić do dalszych doświadczeń w tym kierunku. W dalszym ciągu należałoby się dowiedzieć o ilość promieni, o jakość rurek, o granicę najniższą czasu trwania naświetlania i o zachowanie się innych gatunków zwierząt. Ważną rzeczą byłoby stwierdzić czas trwania azoospermii, wywołanej działaniem promieni Roentgena. *B. Żmigród.*

Krause i Hartog. **Zapalenie durowe wola i wykazanie prątków durowych w ropie wziętej z tego wola.** (*Berl. klinische Wochenschrift* 1903, Nr. 33). U chorego, cierpiącego na dur brzuszny, począł nabrzmiewać przerosły gruczoł tarczykowy w okresie opadania ciepłoty. W guzie tym można było wyczuć chełbotanie i mimo tego nie nastąpiła zmiana w spadku ciepłoty. Guz ten nacięto; wydobyła się z niego ropa, której badanie bakteryologiczne wykazało prątki durowe. Chory wyzdrowiał. *B. Żmigród.*

Prof. Borysow. **Znaczenie drażnienia nerwów smakowych dla trawienia.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 23). Doświadczenia B. (Odessa) wykazały, że 1) sok żołądkowy, wydzielający się podczas pozornego karmienia psa, nie jest wynikiem wpływów psychicznych, więc nie jest sokiem psychicznym, jak utrzymuje prof. Pawłow; powstaje on odruchowo z błony śluzowej jamy ustnej, zawierającej nerwy smakowe; 2) błona śluzowa jamy ustnej i gardzieli odznacza się swoistą pobudliwością na wzór błony śluzowej żołądka. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Gurejew. **Porównawcza ocena wpływu na mechanizm i chemizm oddychania niektórych przedstawicieli grupy morfiny, atropiny, wodnika chloralu i oksykamfory.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1903, Nr. 26). G. badał zmianę w oddychaniu pod wpływem morfiny, kodeiny, peroniny, heroiny, atropiny, skopolaminy, hioscyny, wodnika chloralu i oksykamfory. Wyniki tych badań są następujące: 1) najszybciej działa grupa atropiny, potem oksykamfora i grupa morfiny; najpóźniej występuje działanie wodnika chloralu, lecz za to trwa ono najdłużej. W grupie atropiny najszybciej działa sama atropina, po niej skopolamina i hioscyna; w grupie morfiny heroina, po niej morfina i peronina; kodeina ustępuje pierwszeństwa oksykamforze, zbliżając się do wodnika chloralu; 2) najsilniejsze działanie na oddychanie wywiera atropina, potem skopolamina, heroina i morfina; 3) częstość oddychania zmniejsza się w największym stopniu po heroinie i morfinie, potem po wodniku chloralu, oksykamforze, hioscynie i peroninie; kodeina prawie nie wywiera wpływu na częstość oddychania; atropina i skopolamina są pod tym względem bezskuteczne; 4) na głębokość oddychania najsilniej działa heroina, po niej morfina, hioscyna, wodnik chloralowy, oksykamfora i peronina; kodeina, atropina i skopolamina nie mają żadnego wpływu na głębokość oddechową; 5) wentylacya płuc zwiększa się po oksykamforze, hioscynie i wodniku chloralu, zmniejsza się zaś po heroinie, morfinie, kodeinie i peroninie; 6) po atropinie, skopolaminie, kodeinie, a zwłaszcza po peroninie oddychanie odbywa się okresowo nieprawidłowo; 7) wymiana gazów obniża się po morfinie, wodniku chloralu, heroinie i peroninie; podnosi się zaś po oksykamforze i hioscynie; kodeina zwiększa zużytkowanie tlenu i wydzielanie H_2O, a obniża wydzielanie CO_2; 8) heroina i wodnik chloralu, obniżając w wybitny sposób sprawy utleniania, mogą przy zdrowym stanie narządów oddechowych i serca zastępować makowiec w razie wzmożonego rozpadu w ustroju, n. p. w cukrzycy. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Stosowanie formanu (*Chlormethylmenthyläter*) **przeciw nieżytowi nosa.** (*Deutsche Aerzte-Ztg.*, zeszyt 8, 1903). Środek ten zawdzięcza swoje działanie temu, iż z ciepłą wodą lub wilgotnem powietrzem rozpada się na mentol i formalinę, które ulatniają się *in statu nascendi* z parą wodną. Używa się go w postaci kulek z waty, napojonych lekiem, które lekko wsuwa się do otworów nosowych, lub wciąga się przez nos parę ze specyalnego naczyńka, wypełnionego ciepłą wodą z dodatkiem 4—6 kropel leku. Prof. Seifert z Würzburga donosi, iż zaraz po wprowadzeniu kulek staje się nos znowu drożnym dla powietrza i drażnienie do kichania zmniejsza się; ulga trwa jednak tylko godzinę, więc stosowanie formanu należy powtarzać. Gdy brzegi otworów nosowych uległy podrażnieniu i kulki waty zanadto sprawę zaogniają, wtedy trzeba stosować wdychiwania przez nos zapomocą naczyńka. Wdychiwania te działają też dobrze w nieżytach, towarzyszących grypie. S. poleca ten środek do leczenia porannego nieżytu nosowego i do łagodzenia i skrócenia już rozwiniętego nieżytu. Doc. Dr. H. Suchannek w Zurychu poleca forman (*Fortschritte der Med.* Nr. 3, 1902) we wszystkich świeżych nieżytach nosa, gardła i krtani. Wydatniejszem i skuteczniejszem jest działanie pastylek formanowych, ponieważ rozdzielenie się leku w wodzie jest wtedy lepszem.

Aby umożliwić stosowanie formanu w ostrym nieżycie nosowym u ososków i bardzo małych dzieci, poleca Bresgen maść formanową, której małą ilość należy wprowadzić im 3—5 razy dziennie do otworów nosowych. Najlepiej jest posługiwać się flaszeczką (Nasenglas). W podróży, gdzie używanie flaszeczki utrudnione, stosuje się watę formanową, której tylko cienki kawałek wprowadza się do nosa tak, by można było łatwo powietrze wdychać; wydycha się zawsze tylko przez usta. *Baschkopf.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 3 lipca 1903 r.

Przewodniczący kol. Reiss.

Przewodniczący zawiadamia, że Dr. Glück zaprasza członków Towarzystwa na wrześniowy Kongres dermatologiczny w Sarajewie.

Kol. Lenartowicz przedkłada sprawozdanie kasowe za rok ubiegły, które po krótkiej dyskusyi przyjęto.

Kol. Sokołowski przedstawia chorego z *acne bromata.*

Kol. Krzyształowicz przedstawia 15-miesięczne dziecko z wielokrotnymi naczyniakami, rozsianymi po całem ciele, od wielkości grochu do dużych guzów gąbczastych, wielkości pięści dziecka, z zanikiem skóry na ich powierzchni. W podobnych przypadkach wrodzona dystrofia skóry gra główną rolę.

Kol. Reiss nadmienia, że przypadki tak wielokrotnych naczyniaków i w tak różnych formach należą do rzadkich, leczenie zaś może być rozmaite i polegać na elektrolizie guzów drobnych i na najrozmaitszych zabiegach chirurgicznych w zakresie guzów większych. Sam w jednym przypadku stosował elektrolizę, wkłuwając igłę katody w guzek, zaś umieszczając anodę na powierzchni skóry prawidłowej i po trzech posiedzeniach doprowadzał małe naczyniaki do zaniku.

Kol. Borzęcki przedstawia znanego z poprzedniego posiedzenia chorego z *epidermolysis bullosa*, u którego mimo osłaniających opatrunków wciąż tworzą się nowe pęcherze w tych samych miejscach.

Dalej przedstawia kol. Borzęcki chłopczyka z *herpes tonsurans vesiculosus* nad okiem prawem i na rozległej przestrzeni na szyi.

Kol. Krzyształowicz zwraca uwagę, że cierpienie to spowodował *trichophyton* ludzki, a nie zwierzęcy, że grzyb ten zajmuje zazwyczaj skórę nieowłosioną, a gdy nawet znajdzie się na skórze włosem pokrytej, to wchodzić może w torebki włosowe, nie zajmując samego włosa. Kol. Reiss zaznacza, że nie biorąc pod uwagę wyniku badania drobnowidowego, możnaby tu myśleć o wyprysku w formie łojotokowej.

W dalszym ciągu przedstawia kol. Borzęcki chorego ze zmianami zwykłej *folliculitis* na mosznach z licznemi owrzodzeniami, przypominającemi *lues papulosa exulcerans*, które jednak są sztuczne, a zostały spowodowane przykładaniem maści z siarkanu miedziowego i smalcu w równych częściach.

Wreszcie przedstawia kol. Borzęcki chorą ze zmianami na tułowiu i kończynach w postaci licznych, różnej wielkości pęcherzy i rozpoznaje tu *dermatitis herpetiformis Duhring*. Chora zauważyła początkowo małe swędzące pęcherzyki w okolicy mostka, a gdy zmiany zaczęły zajmować coraz to większe obszary skóry, zgłosiła się do szpitala, gdzie pierwotnie rozpoznano *eczema vesiculosum acutum* i polecono okłady z octanu glinowego. Przy tym zabiegu po 48 godzinach wystąpiły liczne różnej wielkości pęcherze, ułożone przeważnie w grupach. Chora skarży się na dokuczliwe swędzenie i bóle. Pęcherze wypełnione przeważnie treścią jasną, gdzieniegdzie tylko nieco zmętniała.

W dyskusyi zabierali głos koledzy: Reiss, Krzyształowicz i Borzęcki.

Kol. Borzęcki przedstawia jeszcze chorą z *lues tertiaria*, której zmiany na podudziu lewem trwać mają od lat 6 tak, że wytworzyła się tu kontraktura wskutek nieużywania kończyny. U chorej tej w licznych miejscach widać blizny gwiazdkowate, gdzieniegdzie zrosłe z okostną, a nadto bardzo wybitne przebicie przegrody nosowej.

Kol. Reiss przedstawia dziewczynkę z *lues gummosa hereditaria cranii*. Na skórze głowy i części czoła rozległe owrzodzenia powierzchowne, przybrzeżnie wyczuć się dają dokoła ubytki w zakresie kości czołowej. Przez skórę widać bardzo wyraźnie tętnienie tętnic opony twardej. Przy ucisku wydziela się spora ilość cieczy ropiastej. Podobne zmiany, w mniejszym tylko stopniu, widzi się nad okiem lewem. Zęby mleczne wykazują charakterystyczne wręby i karby, szczególnie w zakresie zębów siecznych. Przypadek ten uważać należy za *lues hereditaria tarda*.

Dalej przedstawia kol. Reiss chłopczyka, wyleczonego z bardzo rozległej łuszczycy metodą Haslunda. Podawano do 10 gramów jodku potasowego dziennie, który pacyent znosił bez jakichkolwiek zaburzeń, zewnętrznie zaś stosowano tylko kąpiele. Leczenie jodkiem potasu wymaga wprawdzie dłuższego czasu, chroni jednak zdaniem kol. Reissa na dłuższy czas przed nawrotami, aniżeli leczenie arsenem.

W dalszym ciągu przedstawia kol. Reiss chorego, wyleczonego z *acne rosacea tuberosa faciei*. Pierwotnie stosowano tu złuszczającą pastę Lassara, a gdy już ustąpiły wszystkie nacieki, zastosowano 20% maść tigenolową celem usunięcia pozostałych jeszcze zmian, spowodowanych przekrwieniem. Stan obecny nie pozostawia nic do życzenia.

Na zakończenie przedstawia kol. Borzęcki chorego, leczonego 5 razy w przeciągu $1^1/_2$ roku z powodu łuszczycy. Chory wyżył bardzo dużo arsenu, ale zmiany raz usunięte wracały znowu w bardzo krótkim czasie. Obecnie zastosowano u chorego tylko 10% maść siarczaną, usunięto natomiast w zupełności arsen. Wyleczenie nastąpiło w stosunkowo bardzo krótkim czasie. Sekretarz *Dr. Pacyna.*

VI. Z akcyi przeciwkiłowej w powiecie kosowskim.

Podał

Dr. L. Doboszyński.

(Dokończenie.)

W pierwszym roku ekspozytury (od 1-go lipca 1902 do 30 czerwca 1903) leczyłem osób 245, z tego w szpitalu 194. Wogóle leczono w tym czasie w szpitalu osób 224, a więc część chorych z innemi cierpieniami. Dozwolono mi bowiem dla zasłonięcia celu szpitala przyjmować i chorych niekiłowych, zostawiając taktowi lekarza, aby czynił to w stopniu, nie wypaczającym celu instytucyi.

Stosunek płci i okresów kiły uwidocznia następujące zestawienie:

Od 1 lipca 1902 do 30 czerwca 1903 leczono:

Ogółem	Kiła wczesna	Kiła późna	Kiła ciężka	Wrzód pierwotny	Kiła wrodzona	Wrzód miękki	Rzeżączka
M. 92	47	34	—	1	?	2	9
K. 92	49	30	3	1	?	1	8
Dz. 61	50	—	—	5	6	—	—

Tablica ta przedstawia ruch chorych w zakresie działalności jednego tylko lekarza. W tej samej wsi Żabiu czynnym jest drugi lekarz eksponowany, Dr. K. Siatecki, który mi łaskawie udzielił zestawienia swoich chorych, leczonych wyłącznie ambulatoryjnie w tym samym okresie czasu.

Ogółem	Kiła wczesna	Kiła późna	Kiła ciężka	Wrzód pierwotny	Kiła wrodzona	Wrzód miękki	Rzeżączka
M. 102	59	28	1	1	?	—	13
K. 128	79	38	4	4	?	—	2
Dz. 45	37	1			7	—	—

W trzech wsiach: w Żabiu, Krzyworówni i Jasierowie, w ciągu jednego roku stwierdzono 520 przypadków kiły na 11.863 mieszkańców. Stanowi to stosunek chorych wenerycznych 44·4 *pro mille* ludności. Zestawienia powyższe wskazywałyby na ciężki przebieg kiły. Odsetek chorych z objawami kiły późnej jest olbrzymi. To poucza, że wiele przypadków kiły wczesnej lub przebytej bez objawów trzeciorzędnych uszło dotąd kontroli lekarskiej. A nie ulega wątpliwości, że chorzy z objawami kiły późnej bez porównania częściej zgłaszają się po opiekę lekarską. W dalszym przebiegu endemii należy się spodziewać bezwzględnego obniżenia się liczby chorych z objawami kiły późnej, bo ta u leczonych systematycznie rzadziej się pojawia. Gdyby działalność lekarzy zdołała wytępić wszystkie źródła zakażenia, to w tym idealnym przypadku po szeregu lat zostałaby tylko pewna liczba chorych ze zmianami wyłącznie późnemi. Byłby to znak, że akcya przeciw endemii odpowiedziała należycie swemu zadaniu.

Kiłę ciężką stwierdzono u 7-miu kobiet, a tylko u jednego mężczyzny. Fournier jest tego zdania, że przebieg kiły jest cięższy u kobiet. Niemcy twierdzą odwrotnie[3]). Z mego doświadczenia muszę się zgodzić ze zdaniem pierwszem. Rozbieżność sposobu życia i rodzaju pracy między mężczyzną a kobietą mniejsza jest u ludu wiejskiego, niż w innych warstwach ludności. Porównywanie bez uwzględnienia tej okoliczności prowadzi do błędów. Nasilenie objawów kiły, zwłaszcza późnej, jest tu w ogóle u kobiet większe. Analogicznie do wspomnianej równomierności w sposobie życia obojga płci lokalizują się tu nawroty kiły wczesnej w równej mierze w jamie ustnej tak u mężczyzn, jak i kobiet (palą papierosy); ale u tych ostatnich sięgają głębiej w przewodzie oddechowym. Chrypka i bezgłos na tle zmian kiłowych są u kobiet bardzo częste; to samo zwężenia tchawicy w przebiegu kiły późnej stwierdziłem tylko u kobiet.

Mała liczba przypadków kiły odziedziczonej nie odpowiada nasileniu endemii. W rozpoznawaniu kiły dziedzicznej jestem wielce wstrzemięźliwy, zwłaszcza gdy chodzi o tak zwaną *syphilis haereditaria tarda*. Olbrzymia tutaj śmiertelność niemowląt, nawet w rodzinach wolnych od kiły, zabiera niewątpliwie w pierwszym rzędzie dzieci z kiłą odziedziczoną. Stąd przypadki te nie wchodzą do statystyki.

Powyższe uwagi i zestawienia w tablicach (choćby stosunek kiły trzeciorzędnej zredukować o pewną ilość z powodu, że nie wszystkie przypadki kiły wczesnej i „utajonej“ doszły do wiadomości lekarzy) wskazują, że kiła tu ma przebieg ciężki. Z właściwości jej przebiegu podnoszę, że zmiany wczesne rzadziej i w mniejszym stopniu lokalizują się tu u kobiet na wargach sromnych, niż np. w Krakowie. Zmiany tak wczesne, jak i późne uderzają często na układ kostny,

[3]) Lesser: Lhrb. der Geschlechtskrankheiten 10-te wyd. str. 253. Joseph: Lhrb. d. Geschlechstkrankheiten 3-cie wyd. str. 210.

bądź jako bóle kostne, bądź też jako zapalenia kiłowe okostnej i samych kości i to najczęściej kończyn, a zwłaszcza dolnych. Przebieg tych ostatnich tak bywa podobny do gruźlicy, że niewątpliwie niejeden podobny przypadek leczony bywa wyłącznie chirurgicznie i środkami „przeciwgruźliczymi“. W czasie mej trzyletniej działalności na oddziele chorób wenerycznych w krakowskim szpitalu św. Łazarza nie spotkałem się ani razu z głębszemi zmianami kiłowemi kości. Przypuścić tylko mogę, że przypadki te kierowano do innych oddziałów. Z pod tej uwagi wyjmuję schorzenia podniebienia twardego i kości nosowych. Te zmiany spotyka się również często, ale w każdym razie częściej schorzenia podniebienia miękkiego.

Kiły ośrodków nerwowych dotąd nie spostrzegałem, a wiem tylko pośrednio o jednym przypadku. Nie zauważyłem u moich pacyentów ani jednego przypadku tych chorób układu nerwowego, dla których kiła uważana jest za tło. Potwierdza się tu dawno nabyte doświadczenie, że kiła nagabuje przedewszystkiem te narządy, które skądinąd albo są słabsze, albo częstym ulegają urazom i wysiłkom.

Dla kontroli teoryi dziedziczenia kiły mało znalazłem tu pola. Niewiara małżeńska stoi temu na przeszkodzie. Jeden przypadek kiły dziedzicznej, gdzie matka z kiłą bardzo późną po ojcu z kiłą wczesną urodziła dziecko kiłowe, każe mi zapatrywać się wielce niedowierzająco na możliwość leczenia kiły surowicą kiłowych z okresu późnego. Jakkolwiekbyśmy oceniali siłę filtrową łożyska, to przecież płód zostaje pod wpływem soków odżywczych kobiety odpornej na zakażenie i u takiego płodu nie powinna się kiła rozwijać. Podnieść muszę jedną okoliczność w sposób ujemny, o ile wiem dotąd nigdzie nie zaznaczoną, że kiła nie przenosi się przez pasorzyty skórne, jak pchły, wszy i pluskwy.

Niniejszy szkic rozpocząłem od skreślenia tła etnograficznego, na którem się endemia rozwinęła. Tło to trzeba uzupełnić kilkoma bodaj uwagami nad ogólnym stanem zdrowia tutejszej ludności; bo jak zwyczaje tejże wpływają na rozszerzanie się endemii, tak stan zdrowia stoi w związku z przebiegiem samej choroby.

Wspomniałem o nadzwyczajnej śmiertelności. Tyczy się to przedewszystkiem niemowląt. Hucułki mają tak słabo rozwinięte gruczoły mleczne, że nieomal bez wyjątku nie mogą wykarmić dziecka. Od pierwszych dni życia otrzymuje ono prócz pokarmu matki mleko krowie z rogu barana lub wołu przekłutego na szczycie i obwiązanego skórką. Często bywa karmione wyłącznie z rożka bez dodatku pokarmu matki. Czy ten niedokształt gruczołów mlecznych jest właściwością rasy, czy też ma jakieś swoiste przyczyny, odpowiedzieć nie umiem. W następstwie tego, że kobiety nie karmią, lub karmią bardzo krótko, z jednej strony śmiertelność dzieci jest tak wielka, z drugiej kobiety często zachodzą w ciążę. Znam takie, co rodziły dwadzieścia dwa razy; kilkanaście porodów jest rzeczą całkiem zwykłą. Rzeżączkę, o ile dotąd stwierdziłem, przechodzą kobiety lekko. Wypociny przy- i okołomacicznej nie miałem w leczeniu ani razu. Gruźlica należy tu do rzeczy bardzo rzadkich, zimnicy zupełnie niema. Nie zauważyłem tu ani jednego przypadku liszaja żrącego. Wól jest częsty, lecz rzadko prowadzi do matołectwa. Na wiosnę b. r. (1903) spostrzegałem tu chorobę zakaźną, która polegała na ostrym obrzęku gruczołów chłonnych szyi. Wśród objawów gorączki, dochodzącej do 39·6, a trwającej dni kilka, obrzękały jedno- lub obustronnie wyżej wymienione gruczoły. Obrzęk ten w jednym tylko przypadku przeszedł w ropienie; zresztą po kilku lub kilkunastu dniach znikał zupełnie. Równocześnie panowała tu epidemia nagminnego zapalenia gruczołu przyusznego (mumps) tak, że zastanawiałem się nad tem, czy nie są to cierpienia identycznej etyologii i tylko różnej lokalizacyi. Zakażeniu temu ulegają tak dorośli, jak i dzieci. W czasie branki lekarz wojskowy uznawał to jako „skrofuliczny obrzęk gruczołów chłonnych“. Jak mnie informowano, taka choroba zakaźna pojawia się tu corocznie i są tacy wśród popisowych, którzy mimo idealnego zdrowia temu właśnie zawdzięczają uwolnienie od wojska, gdyż regularnie rok w rok w czasie branki na nią zapadają.

Rzecz dziwna, że mimo położenia wsi nad wartkimi potokami i źródełkami, które nie mogą być zanieczyszczone, dur brzuszny prawie tu nie wygasa. Przebieg jego jest łagodny, ale bardzo atypowy — tak, że gdyby nie tu i owdzie pojawiające się przypadki z wszystkiemi cechami klinicznemi, trudnoby było rozstrzygnąć, czy się ma do czynienia z tą chorobą.

Jak to z góry można przypuścić, rozedma płuc, przerost, a później rozszerzenie serca, są tu bardzo częste, nawet u ludzi młodych. Może nie bez wpływu bywa tu czasem i kiła, gdyż w dwóch przypadkach podawanie jodu wywołało znaczną poprawę. Wogóle ludność jest fizycznie tęga. W zestawieniu z tem ciężki przebieg kiły jeszcze bardziej się uwydatnia.

* * *

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 7 stycznia.

* D. 4. b. m. odbyło się w starostwie krakowskiem posiedzenie Komisyi, powołanej do rozejrzenia się w planach i kosztorysach mającego powstać w Krakowie gmachu dla pomieszczenia uniwersyteckiej Kliniki położniczej i Szkoły położnych. Do Komisyi należeli: prof. Dr. Ponikło, jako delegat Wydziału krajowego; Dr. Festenburg, jako delegat krajowej Rady zdrowia; ze strony Uniwersytetu dziekan prof. Dr. Browicz, oraz profesorowie: Dr. Jordan i Dr. Rosner, wreszcie starszy radca budownictwa p. Sare. Finansowa strona tej sprawy wymaga ponownego odesłania jej do wydziału krajowego, namiestnictwa i ministerstwa.

* Zgromadzenie, organizujące pod przewodnictwem gospodarza Sekcyi prof. Rydygiera, Sekcyę chirurgiczną X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, wybrało zastępcami gospodarza prof. Schramma i starszego lekarza sztabowego Dr. Linka; sekretarzem Dr. M. W. Hermana (Lwów, ul. Łyczakowska, l. 5.). Miejscem obrad Sekcyi chirurgicznej będzie klinika chirurgiczna. Na porządek dzienny wejdą tylko te wykłady, które zostaną zgłoszone najpóźniej na 14 dni przed otwarciem Zjazdu i z których autoreferaty w tymże terminie zostaną doręczone gospodarzowi lub sekretarzowi Sekcyi. Wspólnie ze Sekcyą lekarską obradować będzie Sekcya chirurgiczna 1) nad chirurgią mózgu, 2) nad chirurgicznem leczeniem choroby Glénarda, 3) nad chirurgicznem leczeniem chorób nerek, a zwłaszcza ich spraw zapalnych; wspólnie zaś ze Sekcyą oto-ryno-laryngologiczną 4) nad wycięciem krtani. Tematem do ogólnej dyskusyi w Sekcyi chirurgicznej ma być: »Leczenie posocznicy (sepsis)«, referat prof. Schramma.

* Akademia nauk w Paryżu przyznała za prace naukowe Dr. Bolesławowi Motzowi *prix Godard* (1000 fr.), Dr. Józefie Joteykównie *prix Lallemand* (2300 fr.).

* W Paryżu podpisaną została przez delegatów państw europejskich konwencya międzynarodowa, ustanawiająca nowy międzynarodowy urząd sanitarny z siedzibą w Paryżu. Będzie to instytucya naczelna, zarządzająca dotychczasowemi międzynarodowemi Radami sanitarnemi w Konstantynopolu, Aleksandryi i Tangierze. Z dniem każdym zwiększająca się liczba połączeń komunikacyjnych Europy z resztą świata zmusza rządy europejskie do energicznej samoobrony przeciw zawleczeniu takich chorób, jak mór, cholera, żółta febra i t. d. Zadaniem nowego urzędu będzie dopilnowanie wprowadzenia ostatnich nabytków nauki do praktyki dezinfekcyjnej i ścisłe jej wykonywanie przez sanitarne urzędy graniczne.

* Do Towarzystwa samopomocy lekarzy przystąpili następujący nowi członkowie, koledzy: Hicner Al. (Jasło), Scharf J. (Bukowsko), Sturm L. (Zborów), Unsin H. (Kraków). Z. d. 1 stycznia 1904 r. liczy Towarzystwo członków czynnych 630, z tego: z Krakowa 155, ze Lwowa 101, z Galicyi 357, ze Śląska 8, z Bukowiny 1, z zagranicy 8.

Dr. Langie I sekretarz.

* W Nowym Yorku wychodzi od pewnego czasu lekarskie czasopismo codzienne pod tytułem „Daily med. Journal“ w objętości 6 stron druku, za cenę 1 dolara rocznie. Redaktorem tego dziennika, który rozchodzi się w 100.000 egzemplarzy, jest Dr. W. Curran.

* Między 15 a 21 grudnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), kamioneckim (1 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), niskim (1 gm.), przeworskim (2 gm.), rawskim (2 gm.), rudeckim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), zaleszczyckim (2 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Koncypient sanitarny w ministerstwie spraw. wewn., Dr. A. Mieroszewski, mianowany został lekarzem powiatowym. Profesorowie kijowscy: Dr. Wagner (dyagnostyka lekarska) i Dr. Obrazcew (patologia i terapia szczegółowa) mianowani zostali kierownikami klinik uniwersyteckich: 1-szy szpitalnej, 2-gi wydziałowej. Profesorami zwyczajnymi w Tomsku mianowani zostali: Dr. Popow (psychiatrya) i Nikolski (dermatologia).

Nekrologia. Zmarli: Dr. Waleryan Klukowski w Warszawie. Dr. Alfons Gorecki w Granicy. Dr Leszek Popiel w Ekaterynosławiu. Dr. Emmert, b. profesor sądowej medycyny w Bernie.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 52. Bregman: W sprawie powstawania krwotoków rdzeniowych. Mucha: Przypadek pęknięcia pochwy podczas spółkowania.

— *Kronika lekarska* Nr. 24. Rzeczniowski: Podstawy psychofizyologicznej teoryi histeryi jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego szkoły Salpêtriere (dok.). Fidler: Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych, oraz statystyka gruźlicy dotycząca przeważnie gubernii radomskiej (dok.).

— *Głos lekarzy* Nr 1 zawiera: Nasze drogi. — Statystyka ofiar zawodu. — W sprawie tłumienia epidemij i reorganizacya lekarzy okręgowych. — Komitet lekarzy okręgowych »o wyjaśnieniu w sprawie tłumień epidemij«. — O reformie szczepienia. — Wnioski Dr. J. Kadyiego z Jasła — Stan szpitali w Galicyi (dok.). — Krytyka projektów prof. dr. Kadera przez 1) Dr. Ustrzyckiego i 2) przez Dr. Bogdanika. — Regulamin Kasy zapomogowej Tow. samopocy lekarzy. — Mowa posła Wodzickiego, wygłoszona na posiedzeniu Sejmu z d. 24/X 1903 r. — O tytuł specyalisty. — Uwagi Dr. St. Kurkiewicza. — Projekt na czasie. W sprawie nazwy lekarzy szpitalnych. — Wnioski Dr. Edw. Zielińskiego z N. Sącza. —

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 11. Krakowski: Kauczuki dentystyczne wyrobu fabryki „The J. B. Kleinert Rubber w N. Jorku".

— *Časopis lékařů českých* Nr. 52. Barth: Novějši náhledy o pathologii a therapii některých vad řeči (dok.). Pelnář: Připad r z_ sáhlého zvápenatěni tepen meiopragie. Vlasák: Nová česká školnį lavice. Haškovec: Odpowiedź polemiczna Dr. Heverochovi i replika tego ostatniego. Nissl: »Učeni o neuronech a jeho přivrženci« (refer. Srdinko).

— *La Presse médicale* Nr. 102. Lermoez i Guisez: Historya gwoździa i pestki ze śliwki zaklinowanych w oskrzelach. Vincent: Przypadek czerwonki amebowej.

— Nr. 103. Béclère: Rozpoznawanie ciał obcych przy pomocy x-promieni. Guisez: Ezofagoskopia i tracheobroncboskopia bezpośrednia. Wydobycie ciał obcych z oskrzeli drogą naturalną.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 52. Lassar: Próby szczepienia kiły na małpach antropoidach. Jordan: Wskazania do wycięcia nerki. Hahn: Gruźlica a ciąża. Cohnheim: Bismutoza jako przetwór ściągający w chorobach jelit.

Münchener medic. Wochenschrift Nr. 52. Strasburger: Znaczenie dla ludzi bakteryi prawidłowych w jelitach. Dreyfus: Przypadek pierwotnej promienicy skóry. Riehl: O jednoczesnem przebywaniu w jelitach tasiemca strzałkowatego u ludzi. Sonnenschein: Tasiemiec eliptyczny u 6-miesięcznego dziecka. Frieben: Zmiany w jądrach zwierząt pod wpływem x-promieni. Ehrlich: Toksyna i antytoksyna. Gruber: Toksyna i antytoksyna. Glässner. Uwagi nad artykułem Volharda: „Nowa metoda ilościowego oznaczania pepsyny, oraz uwagi o odczynie tryptofanowym i o zaczynie tworzącym plasteinę." Walter: Instrumentaryum dla Röntgenografii do użytku lekarza praktyka. Albers-Schönberg: Instrumentaryum dla Röntgenografii do użytku lekarza-praktyka (artykuł polemiczny). Goebel: Jak się żyje w Egipcie?

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 1. Behring i Much: Stosunek prątków wąglika do komórek śródbłonkowych ciała myszy i morskich świnek. Bokay: Doświadczenia nad wielowartościową surowicą paciorkowcową Mosera. Quincke i Gross: Osobliwe umiejscowienie ostrego ograniczonego obrzęku. Ebstein: „Exodin", nowy lek przeczyszczający. Villaret: Czy zapalenie ślepego jelita jest dziś częstszem niż dawniej? Westphal: Przypadek histeryi urazowej ze stanem zamroczenia i umyślnemi odpowiedziami nierozsądnemi. Mikulicz: Przyczynek do patologii i terapii nerwicy serca. Fritsch: Leczenie krwotoku poporodowego. Neisser i Veiel: Próby przenoszenia kiły na zwierzęta. Wallstabe: Przyczynek do leczenia tężca surowicą.

Redakcya otrzymała. K. W. Majewski: Kilka słów o projekcyi obuocznej. Heine: Operationen am Ohr.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 52 (od 27/XII do 2/I) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 37. dz. 32; nieżywo: chł. —, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 23, kob. 14; zamiejscowych: męż. 13, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 10, ob. 4. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. 2, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. —. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 8, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa miej. —, ob. 2. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 37, obcych 20.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 13 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy,*** posiedzenie administracyjne, na którem funkcyonaryusze Towarzystwa zdadzą sprawę ze swej całorocznej działalności.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLIII. Kraków 16 Stycznia 1904. Nr. 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Ze szpitala św. Zofii we Lwowie.

Przyczynek do nauki o tak zwanem Volkmannowskiem niedokrwistem porażeniu i skurczeniu mięśni.

Podał

Prof. Dr. H. Schramm.

Do rzadszych przypadków chirurgicznych schorzeń rąk należy tak nazwane przez Volkmanna niedokrwiste porażenie i przykurczenie mięśni przedramienia W dostępnem mi piśmiennictwie z ostatnich 15-tu lat mogłem zebrać zaledwie 26 przypadków tego cierpienia. Przyczyna powstania tej choroby i jej patologia nie są jeszcze stanowczo określone, nawet co do rokowania i leczenia istnieją między różnymi autorami znaczne różnice; nie będzie więc może od rzeczy, jeżeli podam nieco obszerniej opis przypadku, jaki miałem niedawno w leczeniu.

Dnia 24/7 1903 r. zgłosiła się do szpitala św. Zofii dziewczynka 6-letnia *R. M.*, z powodu niedowładu i przykurczenia ręki prawej. Według podania matki dziecko upadło przed 8 miesiącami i złamało sobie obie kości przedramienia prawego. Przywołany lekarz ułożył rękę w szynie, sięgającej od łokcia do stawu śródręczno-palcowego i obandażował ją dość silnie. Na drugi dzień ręka mocno spuchła, palce zesiniały, bóle miały być dość mocne przez pierwszy dzień, poczem ustąpiły zupełnie. Z tego powodu opatrunek zmieniono dopiero po 14 dniach, poczem okazało się głębokie owrzodzenie na dłoniowej stronie przedramienia na 4—5 ctm. poniżej stawu łokciowego. Ruchy palcami były niemożebne, palce sinawe, zgięte ku dłoni. Z biegiem czasu mimo stosowania kąpieli i nacierania przedramienia różnemi maściami, przykurczenie palców powiększało się coraz bardziej, nadto przyłączyło się przykurczenie w stawie nadgarstkowym. W dniu przyjęcia stwierdziłem stan następujący: Dziecko, jak na swój wiek dobrze rozwinięte. Narządy wewnętrzne zupełnie zdrowe; jedyne zmiany chorobowe przedstawia przedramię i ręka prawa. Przedramię to jest znacznie chudsze, niż lewe; różnica w obwodzie, mierzona przez najgrubszą część, wynosi $2^1/_2$ ctm. Na stronie dłoniowej przedramienia na 5 ctm. poniżej stawu łokciowego znajduje się blizna promienista, wielkości florena, przesuwalna na podstawie; druga mniejsza blizna znajduje się w tejsamej prawie wysokości na grzbietowej stronie przedramienia. Kończyna w stawie łokciowym łekko zgięta, ręka w pronacyi, w stawie nadgarstkowym zgięta pod kątem prawie 100°; palce szponowato zgięte ku dłoni, skóra na palcach blada, scieńczała, połyskująca. Ruchy w stawie barkowym i łokciowym zupełnie prawidłowe; ruchy czynne w stawie nadgarstkowym i ruchy palcami niemożebne; bierne wyprostowanie ręki w stawie nadgarstkowym przy użyciu niejakiej siły — możebne, przyczem pierwsze falangi palców równocześnie się prostują, natomiast falanga 2 i 3 jeszcze mocniej się zginają. Po zupełnem zgięciu ręki palce dadzą się wyprostować, kurczą się jednak natychmiast, gdy rękę w stawie nadgarstkowym się wyprostuje; równoczesne wyprostowanie ręki i palców jest niemożebne nawet przy użyciu znacznej siły; przy próbach tych chora doznaje mocnego bolu. Przy obmacywaniu przedramienia wykazać można, że mięśnie zginacze utraciły swą naturalną elastyczność, są przy dotyku twarde i niepodatne. Skóra w okolicy starej blizny bolesna, zresztą czucie na całem przedramieniu i ręce zupełnie prawidłowe.

Według podania matki stan ręki od kilkunastu tygodni jest tensam: przykurczenie palców się nie zwiększa. W celu usunięcia zniekształtnienia ręki wykonałem dnia 30/7 następujący zabieg operacyjny: Po uśpieniu dziecka chloroformem, przyczem przekonałem się, że i w głębokim śnie przykurczenie pozostaje zupełnie niezmienione, po założeniu opaski elastycznej na ramię, po najdokładniejszem oczyszczeniu całego przedramienia i ręki i przy zastosowaniu najściślejszej aseptyki, poprowadziłem w linii środkowej przedramienia po stronie dłoniowej cięcie, długie na 10 ctm., sięgające od linii stawu nadgarstkowego prawie aż do połowy przedramienia. Odsłonięte mięśnie zginacze były blade, twarde i widocznie włóknisto zwyrodniałe. Przez rozciągnienie brzegów rany haczykami odsłonięto ścięgno sprychowego zginacza ręki (*flexor carpi radialis*), które uniesiono nieco haczykiem ku górze i rozdzielono cięciem podłużnem, długiem na trzy ctm., na dwie połowy; od dolnego końca cięcia przeciąłem ścięgno na zewnątrz, przy górze zaś cięcia na wewnątrz. Na oba końce przedłużonego w ten sposób ścięgna założyłem tymczasową pętlę z cieniutkiego jedwabiu. W ten sam sposób postąpiłem ze ścięgnem łokciowego zginacza ręki (*flexor carpi ulnaris*), ze ścięgnami długiego zginacza kciuka i zginacza palców powierzchownego. Gdy mimoto równoczesne wyprostowanie ręki i palców było jeszcze niemożebne, odsłoniłem ścięgna głębokiego zginacza palców, przedłużyłem je po kolei w podany wyżej sposób, poczem przykurczenie ręki i palców dało się już zupełnie wyrównać. Teraz powiązałem pętle, założone poprzednio na końce ścięgien, zaczynając od ścięgien najgłębiej położonych, przyczem jeszcze na każde ścięgno zakładałem po 2 szwy wzmacniające tak, że końce ścięgien zachodziły na siebie na 1 do dwóch milimetrów. Nadmieniam, że przy przecinaniu ścięgien i ich następnem zespajaniu starałem się postępować tak, aby linie przecięcia ścięgien, a następnie ich szwy, nie leżały w jednej płaszczyźnie, by zatem wielka ilość leżących obok siebie nitek nie przeszkadzała gojeniu się rany. Po

zespojeniu wszystkich ścięgien (palce i ręka były przytem naturalnie zupełnie wyprostowane) zamknąłem ranę skórną kilkoma szwami węzełkowymi i szwem kuśnierskim, a po założeniu lekko uciskającego opatrunku przeciwgnilnego i zdjęciu opaski Esmarcha ułożono kończynę na szynie grzbietowej, sięgającej od łokcia aż poza drugą falangę palców. Operacya cała trwała około 25 minut. Dalszy przebieg był zupełnie prawidłowy. Opatrunek zmieniono po 8 dniach, przyczem stwierdzono, że dziecko na wezwanie mogło już zginać palce dowolnie prawie do kąta prostego i wyprostować je znowu przy wyprostowanym stawie nadgarstkowym. Po 14-tu dniach wyjęto resztę szwów i rozpoczęto ostrożnie mięsienie przedramienia; dziecko rusza dość swobodnie palcami i może chwytać drobne przedmioty. W następnych dniach zaczęła się objawiać skłonność do przykurczenia palców, dlatego na noc zakładano szynę grzbietową od łokcia do końca palców, przez dzień zostawiano rękę wolną. W tym stanie zabrała matka dziecko do domu z poleceniem dalszego stosowania kąpieli i mięsienia przedramienia, jakoteż pilnego ćwiczenia ruchów biernych i czynnych. W dniu 12/11, zatem prawie w 4 miesiące po operacyi otrzymałem od ojca dziecka następujące doniesienie: „Stan ręki mojej córki jest lepszy, ręka w stawie mało ruchoma, palców zupełnie wyprostować nie może“. Według mego przekonania tę małą poprawę przypisać należy głównie niedość długiemu trwaniu, a może i zupełnemu zaniechaniu leczenia następowego. W każdym razie, choćby stan pozostał takisam, jakim był w chwili opuszczenia szpitala, to już wynik operacyi musimy nazwać bardzo dobrym.

Jak już wyżej wspomniałem, cierpienie, o którem mowa, jest bardzo rzadkie; wprawdzie angielski chirurg Ward podaje (*Lancet*, 1902, febr. 8), że w praktyce swej spotykał mniejwięcej jeden przypadek na rok. W szpitalu św. Zofii, od czasu, jak prowadzę oddział chirurgiczny, zatem od lat 18, wyżej opisany przypadek jest pierwszy, z jakim się spotkałem, a przecie liczba zgłaszających się na oddział chirurgiczny dzieci wynosi około 1200, a wogóle na wszystkie oddziały przeszło 5000 rocznie. Gdyby zresztą przypadki te były częstsze, to zwłaszcza w ostatnich czasach, gdy leczenie tego cierpienia wstąpiło na nowe tory, musielibyśmy się z opisami ich spotkać znacznie częściej, niż to ma miejsce.

Choroba ta jest prawie wyłączną właściwością wieku dziecięcego: na 27 zestawionych przezemnie przypadków było 19 dzieci do 8 roku życia, 4 między 9 a 12 rokiem, a tylko 4 przypadki tyczyły starszych do 21 roku życia. Wszystkie opisane przypadki odnosiły się do kończyny górnej z wyjątkiem jednego (przyp. Nr. 9 w tabeli), gdzie schorzałe były mięśnie podudzia; a i ten przypadek nie jest czysty i zaliczyćby go raczej można do przykurczeń, powstających po długotrwałych ropieniach w tkance międzymięśniowej.

Powód cierpienia w przeważnej części przypadków był jednaki: dziecko doznało złamania kości przedramienia lub dolnego odcinka ramienia, założono opatrunek szynowy lub gipsowy, pod którym ręka obrzmiała, zsiniała i już w kilkanaście godzin palce zaczęły się kurczyć. Po zdjęciu opatrunku bardzo często, bo 18 razy w 27 przypadków, znaleziono mniej lub więcej rozległą zgorzel, a następnie owrzodzenie, lub przynajmniej pęcherze na skórę, jako znak zbytniego ucisku i utrudnienia krążenia krwi. Zmiany te wytwarzały się bardzo szybko, czasem znaleziono je przy zdjęciu opatrunku w kilkanaście godzin. W nielicznych przypadkach powód cierpienia był inny: np. nagłe zatamowanie dopływu krwi po zatkaniu tętnicy pachowej przez kulę (przypadek Schloffera Nr. 17 tabeli); zbyt długie i za mocne zasznurowanie kończyny wężem gumowym (przypadek Wallisa, Nr. 16 tabeli), lub wreszcie bardzo silne zgniecenie mięśni przedramienia bez złamania kości i bez następnego zakładania opatrunku ustalającego, jak to miało miejsce w przypadku opisanym przez Bernarda (Nr. tabeli 15); ciekawy przypadek Warda (Nr. 22 tabeli), w którym przedramię 21-letniej dziewczyny chwycone zostało między sprychy maszyny tkackiej i mięśnie zginacze na małej wprawdzie przestrzeni, zostały tak silnie zgniecione, że jeszcze po kilkunastu tygodniach w miejscu tem było widoczne zagłębienie.

W dalszym przebiegu obrzęk i zasinienie ręki zwykle ustępują, natomiast przykurczenie ręki i palców się powiększa. W lżejszych przypadkach przykurczenie ogranicza się tylko do 4 palców. Kciuk może pozostać zdrowy; w cięższych przykurczenie zajmuje staw nadgarstkowy i palce tak, że równoczesne ich wyprostowanie jest niemożebne, w najcięższych ręka i palce są stale przykurczone, nawet tak mocno, że paznokcie wbijają się w dłoń, ruchy czynne i bierne są zupełnie zniesione. W tych wysokich okresach choroby całe przedramię jest chude i cienkie z powodu zaniku mięśni zginaczy, które dadzą się wymacać jako twarde niepodatne postronki, w bardzo zadawnionych przypadkach po kilkuletniem trwaniu całe przedramię jest krótsze z powodu powolniejszego wzrostu kości (przyp. Dudgeona Nr. 16 i 24 tabeli).

Patologia zmian powstających przy tem cierpieniu w mięśniach nie jest jeszcze na pewno ustalona. Volkmann, ktory pierwszy opisał przypadki tej choroby, odnosi je do nagłego przerwania regularnego dopływu krwi do mięśni. Przerwa ta może być sprowadzona albo przez zamknięcie głównych tętnic, jak np. w wspomnianym przypadku Schloffera, lub przypadku Petersena, w którym odłamki kostne zatkały zupełnie światło tętnicy łokciowej, albo, jak to ma miejsce w przeważnej części przypadków, wskutek za mocnego ucisku opatrunku ustalającego. Wskutek ucisku tego, powiększającego się jeszcze w miarę, jak przedramię pod opatrunkiem obrzmiewa, dopływ krwi tętniczej jest utrudniony, a zastój żylny i połączony z tem wysięk surowiczy między tkanki przyczynia się jeszcze bardziej do upośledzenia odżywiania mięśni; kurczliwa ich istota krzepnie i rozpada się, mięśnie zatem popadają w tensam stan stężenia, co po śmierci, *rigor mortis*, a wynikiem tego zniesienie ich kurczliwości i zmniejszenie długości, co się naturalnie objawia przykurczeniem palców i ręki mniej lub więcej rozległem w miarę, ile i w jakim stopniu mięśnie uległy zwyrodnieniu. Następnie wśród zmienionych włókien mięsnych występuje naciek drobnokomórkowy, tkanka łączna śródmięśniowa również przerasta, a kurcząc się coraz bardziej, przyczynia się do powiększenia i ustalenia powstałych przykurczeń. Podobne wyniki dały badania Lesara, a Kraske opisał zupełnie podobne zmiany w mięśniach wystawionych na działanie zimna.

Toby były przypadki czystej, tak zwanej przez Volk-

manna *paralysis ischaemica*. Zdarzają się jednak przypadki o przebiegu i następstwach takichsamych, w których jednak brak głównego warunku zwyrodnienia mięśni, a mianowicie brak dłuższej i znaczniejszej przerwy w dopływie krwi tętniczej do mięśni; tu zaliczyć musimy przypadki silnego stłuczenia, zgniecenia lub przerwania mięśni zginaczy bez złamania kości; przypadki, w których nie zakładano żadnych opasek ustalających, lub w których pod opaską nie wystąpiły objawy zastoju. Pzyznać wreszcie trzeba, że nawet zupełne przerwanie dopływu krwi tętniczej, np. po założeniu opaski Esmarcha, trwające nawet godzinę i pół (przypadek Wallisa, Nr. 16 w tablicy), samo przez się nie może sprowadzić obumarcia tkanki mięsnej; również nie może być powodem tego ucisk przez wylaną podskórnie krew przy zgnieceniu lub przedarciu mięśni, w przeciwnym bowiem razie musielibyśmy się spotykać z następowem porażeniem i przykurczeniem mięśni daleko częściej, niż to ma miejsce. Muszą więc tutaj działać inne czynniki. Zmiany występujące po ucisku opaski Esmarcha tłómaczy Wallis w swoim przypadku w ten sposób, że występujące po zdjęciu opaski przekrwienie, widoczne często w znacznym stopniu w skórze, sprowadza w tkance mięśniowej drobne wynaczynienia i wysięk surowiczy, wskutek czego włókna mięsne nasiąkają istotą włóknikotwórczą, prowadzącą do rozrostu tkanki łącznej, a w następstwie do zaniku większej lub mniejszej części włókien mięsnych i skrócenia całego mięśnia Tłómaczenie to podobne jest do tłómaczenia zmian, spotykanych przy przechodzeniu spraw zapalnych na sąsiednie mięśnie, np. przy ropieniach podskórnych, szerzących się wzdłuż przestworów międzymięśniowych. I w tych bowiem badania np. Zieglera wykazały, że pęczki włókien mięsnych są przesiąkłe surowicą i naciekłe drobnokomórkowo, istota kurczliwa obumiera, a miejsce jej zajmuje kurcząca się coraz bardziej tkanka łączna; jako ostateczny wynik mamy więc znowu zanik mięśnia i jego skrócenie. Na tej podstawie niektórzy autorowie chcieli też uważać owrzodzenie, powstałe pod opatrunkami ustalającymi, jako powód do następowych zmian w mięśniach. Przypuszczenie to jednak nie może się ostać wobec faktu, że właśnie w tych przypadkach porażenie i przykurczenie się mięśni występowało tak szybko, że do wytworzenia się owrzodzenia i ropienia nie było jeszcze czasu, wreszcie i wobec tej okoliczności, że owrzodzenia te często umiejscowieniem swem nie odpowiadały leżącym pod skórą brzuścom mięśni zginaczy, lecz znajdowały się w innych miejscach, czasem np. na tylnej stronie przedramienia. Natomiast bardzo ważne dla wytłómaczenia zajmującego nas tu cierpienia są przypadki, które dowodzą dobitnie, że po urazie mięśnia, choćby miejscowym, może nastąpić zwyrodnienie jego włókien na znacznej przestrzeni. J. Schnitzler n. p. opisuje (*Centralbl. für Chir.* 1895, 10) przypadek, w którym po złamaniu powikłanem kości ramieniowej przyszło w dolnym odcinku mięśnia dwugłowego do ograniczonego obumarcia tkanki mięśniowej; część obumarła przedstawiała się jako obrzęk wielkości orzecha włoskiego, twardy, pod skórą zupełnie prawidłową mało przesuwalny, utrudniający zginanie w łokciu. Przy zabiegu operacyjnym, podjętym w celu wyłuszczenia guza, przekonano się, że był otoczony cienką warstwą zdrowych włókien mięśniowych, odgraniczony od nich dokładnie torebką łącznotkankową. Przy badaniu drobnowidowem stwierdzono zwyrodnienie woskowe i rozpad, a w innych częściach zanik wyraźnego prążkowania włókien mięśniowych. Przypadek ten, przedstawiający niejako odsłoinę (sekwester) mięśniową, przemawia bardzo za podniesionem przez Kadera (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.* II. 5) podobieństwem niektórych postaci pierwotnego zapalenia mięśni z zapaleniem kości (*quiet necrosis Pageta* lub *osteomyelite d'emblée* Demoulina). Możliwość włóknistego zwyrodnienia i następowego przykurczenia się mięśnia po urazach przedstawia najlepiej mięsień mostkowo-obojczykowosutkowy. Jakąkolwiek bowiem przyjmiemy teoryę powstawania szyi krzywej (*torticollis*) wrodzonej, musimy przyznać, że uraz stanowi tu bardzo ważny, jeżeli niejedyny czynnik etyologiczny. Ze spostrzeżeń własnych, dość licznych, mogę stanowczo potwierdzić zdanie Kadera (*Beiträge zur klin. Chir.* XVII. 1. i XVIII. 1.), zresztą, jak się zdaje, dziś już prawie ogólnie przyjęte, że w przeważnej części przypadków rozerwanie mniejszej, lub większej części włókien tego mięśnia podczas porodu i następowe wybroczyny krwi do niego są pierwszym powodem włóknistego zwyrodnienia i przykurczenia się mięśnia. Przypadków takich, spostrzeganych od pierwszych dni po urodzeniu, następnie przez szereg lat, mam kilka, a przy zabiegu operacyjnym stwierdziłem, że włókniste zwyrodnienie rozchodziło się od miejsca pierwotnej siedziby obrzęku. Analogię obu tych cierpień stwierdza jeszcze bardziej przypadek, opisany przez Königa, w którym u noworodka przy uwalnianiu rączki rozerwano mięśnie zginacze palców, poczem rozwinęło się przykurczenie ręki i palców.

O ile do zwyrodnienia mięśni przyczynia się proces zapalny, wywołany może krążącemi we krwi istotami zakaźnemi, które wśród wylanej krwi znajdują doskonałe miejsce rozwoju, tego na razie nie mogę rozstrzygnąć. Może zresztą rzecz się ma taksamo, jak przy tak zwanych „reumatycznych“ zbliznowaceniach mięśni (*rheumatische Schwiele*), opisywanych przez wielu autorów. Do tem większego powikłania i utrudnienia tłómaczenia objawów chorobowych przyczyniają się jeszcze zmiany w pniach i gałęziach nerwowych. Można bowiem przypuścić już *a priori*, że przy znacznem uszkodzeniu kości i mięśni przedramienia lub dolnego odcinka ramienia, ucierpieć mogą także i nerwy. I rzeczywiście zmiany w nich zostały wprost stwierdzone przy zabiegu operacyjnym, np. w przypadkach Petersena i Wallisa nerw środkowy obrośnięty był bliznowatą tkanką łączną. W innych przypadkach zmiany odżywcze, pojawiające się najczęściej w palcach, jak zanik skóry i owrzodzenia, przemawiają za uszkodzeniem włókien odżywczych; w innych za współcierpieniem nerwów świadczą zmiany w oddziaływaniu na prąd elektryczny. Według badania bowiem Erba, Turneya i innych w pierwotnych zmianach w samych mięśniach oddziaływanie na prąd przerywany i stały jest prawidłowe; w porażeniach zaś, spowodowanych przez schorzenie odnośnego nerwu, występuje tak zwany odczyn zwyrodnienia. W każdym razie jestto czynnik ważny o tyle, że w tych powikłanych przypadkach porażenie może zająć z początku liczniejsze grupy mięśni, niżby to odpowiadało samym pierwotnie schorzałym mięśniom. (Dok. nastąpi).

II. Spostrzeżenia z zakładu anatomii patologicznej prof. Dra Browicza w Krakowie.

Odma pęcherzykowa jelit (*Pneumatosis cystoides intestinorum*).

Podał
Dr. Stanisław Ciechanowski,
asystent Zakładu, prof. nadzw. U. J.

(Według wykładu na Zjeździe chir. polskich).

(Dokończenie).

Objawy zapalenia ostrego w postaci obecności leukocytów wielojądrzastych w ścianach naczyń i w tkance spotykano tak niestale, że temu szczegółowi żadnego nie można przypisać znaczenia. Natomiast trafiają się wzmianki o „zapaleniu przewlekłem", jednakże w rozmaitem znaczeniu. Dupraz np. pisząc o niem, ma na myśli „lymphangoite proliférante", która ma się objawiać przekształcaniem się śródbłonków limfatycznych w komórki olbrzymie i którą uważa za sprawę, równoczesną z pojawianiem się gazu, a od niego zależną. Natomiast Eisenlohr, Camargo, Marchiafava mówią o naciekach komórkowych w sąsiedztwie torbielków gazowych. Niektórzy autorowie wyraźnie wspominają o braku wszelkich zjawisk zapalnych (Roth, Hibler w przypadku v. Hackera)

Na pojawianie się tkanki włóknistej w ścianie jelit, na jej siedzibę, stosunek do pęcherzyków gazowych, ich wielkości, rodzaju i wyściółki, o ile stwierdzić zdołałem, nikt prawie nie zwracał uwagi. Jeden tylko Winands wspomina o ogniskach włóknistych w błonie podśluzowej, zawierających w środku tkankę wiotszą, niekiedy poprzerzynaną szczelinami bez wyściółki śródbłonkowej, i przypuszcza, że ogniska te są resztkami zapadłych i zarosłych torbielków gazonośnych. Nie napotkałem też nigdzie wzmianki o szczegółowem badaniu stanu elastycznej tkanki jelita. A brak tych badań jest tem dotkliwszy, że są to właśnie szczegóły, jakby się z moich preparatów zdawało, ważne ze względu na wyświetlenie sposobu powstawania i całego toku sprawy chorobowej.

Tyle co do anatomii i histologii, oraz wysnutych z nich dotychczas poglądów, w sprawie odmy pęcherzykowej jelit. Ale oprócz przypadków zmiany tej w jelitach u ludzi i zwierząt istnieją spostrzeżenia podobnych zmian w innych narządach u ludzi. Wobec rzadkości podobnych do naszego przypadków mają i te spostrzeżenia dla nas wagę; trzeba więc je, choćby jak najtreściwiej, przebiedz.

W zakresie przewodu pokarmowego opisano obecność pęcherzyków gazu także jeszcze w ścianie żołądka. Przypadków takich jest tylko dwa. Jeden, Cloqueta, pochodzi jeszcze z roku 1820, dotyczy 20-letniego osobnika, zmarłego na gruźlicę; brak mu oczywiście badania mikroskopowego, a opis badania gołem okiem jest na tyle niejasny, iż jedni autorowie (np. Winands) uważają napotkane przez Cloqueta zmiany za zjawisko pośmiertne, drudzy zaś (Dupraz) w sporze z tamtymi nie mogą posłużyć się silniejszym dowodem, niż wzmianka Cloqueta, że przy sekcyi nie zauważono gnicia. W każdym więc razie nie jestto przypadek pewny. Niejakie wątpliwości budzi także i drugie spostrzeżenie, Dupraza, z roku 1895, w którem oprócz niewątpliwej odmy pęcherzykowej jelit znalazł obducent, prof. Zahn, kilka pęcherzyków gazowych w dnie żołądka. Ale pęcherzyki te znajdowały się tylko w błonie podśluzowej; sekcyi dokonano dopiero w dwie doby po śmierci; badaniem mikroskopowem nie stwierdził Dupraz nigdzie w obrębie żołądka znamiennych komórek olbrzymich, a mierne nacieki komórkowe, które on uważa za dowód swej „lymphangoite proliférante", równie słusznie odnieść można do istniejącego w tym przypadku przewlekłego nieżytu; wobec tego wszystkiego nie można nabrać stanowczego przekonania, że zmiany w żołądku nie były wynikiem gnicia, chociaż obok nich mogła istnieć rzeczywista odma pęcherzykowa jelit. Bądźcobądź ani jeden, ani drugi przypadek rzekomej odmy pęcherzykowej żołądka nie może nam się przydać do porównań.

W pęcherzu moczowym spostrzegano odmę pęcherzykową również tylko dwa razy: są to spostrzeżenia, podane przez Camargo i Eisenlohra. Obraz histologiczny miał być w tych przypadkach takisam, jak w odmie pęcherzykowej jelit, nie wyłączając obecności komórek olbrzymich.

Daleko natomiast liczniejsze i ważniejsze są spostrzeżenia pęcherzycy gazowej pochwy. Liczba ich dochodzi dziś około 50. Najdawniejsze zdaje się być spostrzeżenie Huguiera (1857), potem Brauna (1861). Wszystkich tych spostrzeżeń przytaczać tu nie będę, bo wiele z nich spostrzegano tylko klinicznie i wcale nie badano mikroskopowo, a te, które badano przed pracami Eppingera i Chiarego, opisywano nieraz tak niedokładnie, a tłómaczono tak nieumiejętnie, że i opisy i ich tłómaczenie dziś są zupełnie bezużyteczne. Zresztą spostrzeżenia te zestawiali już to obszerniej, już to treściwiej Eisenlohr, Winands i Lindenthal. Wspomnę tu tylko, że przed badaniami Eppingera i Chiarego najczęściej uważano gromadzenie się gazów w torbielkach za zjawisko późniejsze, następowe, a za sprawę pierwotną wytwarzanie się torbielków bądźto z gruczołów, ulegających zmianom po zalepieniu się ujścia, bądź z grudek limfatycznych, bądź między zlepiającymi się ze sobą wybujałymi fałdami błony śluzowej. Zapatrywania te obalił Eppinger przez dokładne badanie histologiczne 6 przypadków i wypowiedział zdanie, że pierwotnem jest prawdopodobnie działanie gazu, mechanicznie rozpierającego tkankę. Dopiero jednak Chiari w r. 1885 opisał w pęcherzykach gazowych pochwy znamienne komórki olbrzymie i pierwszy wypowiedział przypuszczenie, że pęcherzyca gazowa pochwy jest sprawą, bardzo pokrewną odmie pęcherzykowej jelit. Chiari odszukał też komórki olbrzymie w preparatach trzech z 6 przypadków Eppingera. Późniejsze badania nie dodały już pod względem histologicznym nic nowego, a stwierdziły tylko, iż w obrazie drobnowidowym pęcherzycy gazowej pochwy spotyka się wszystkie te główne szczegóły, jakie opisywano w odmie pęcherzykowej jelit i że sprawy te w zasadzie niczem się od siebie nie różnią.

U nas zabierał głos w tej sprawie Obrzut w roku 1888, przedstawiając V. Zjazdowi lekarzy i przyrodników polskich wyniki badań, dokonanych w jego pracowni przez Jacobsa z Brukseli, a ogłoszonych potem w języku francuskim.

Właśnie jednak pęcherzyca gazowa pochwy wskutek tego, że spostrzegano ją stosunkowo najczęściej i że zajmowało się nią najwięcej badaczy, była źródłem najdłuższych i najzaciętszych sporów o to, skąd właściwie bierze się gaz w głębi

tkanek. Z początku, gdy jeszcze przypuszczano, że pęcherzyki powstają w obrębie zalepionych przy ujściu gruczołów lub uchyłków między zlepiającymi się fałdami błony śluzowej pochwy, sądzono, że gaz powstaje przez rozkład zalegającej w takich zaułkach wydzieliny pochwy. Skoro jednak pojawiły się dokładniejsze badania histologiczne, oczywiście zapatrywanie to nie mogło się utrzymać, a natomiast przypuszczać poczęto, że gaz dostaje się w głąb tkanek przez szczeliny w pokrywie nabłonkowej wskutek aspiracyi z zewnątrz; w pochwie więc miałoby się dostawać do tkanek powietrze z jej światła (Eppinger, Chiari), poczem już nie może się cofnąć z powodu krętego przebiegu szczelin limfatycznych, do których się dostało (Chiari). Zapatrywanie to zdawało się tem słuszniejsze, gdy Chenevière (Archiv für Gynäkologie T. XI) wykazał, że przy zmianie położenia macicy ciężarnej zmienia się ciśnienie w pochwie, a powietrze, które się do niej dostało, mogłoby wedrzeć się do tkanek (a właśnie u ciężarnych spostrzegano pęcherzycę gazową pochwy najczęściej), i gdy badania chemiczne gazu, znajdującego się w pęcherzykach, stwierdziły, iż skład jego bardzo się zbliża do składu powietrza, o czem jeszcze później wspomnę. Mimoto i później jeszcze odzywały się zdania, że gaz nie wdziera się do tkanki z zewnątrz, lecz powstaje w niej na miejscu, bądź z rozpadu ciałek czerwonych w wybroczynach (Lebedeff), bądź z surowicy, gromadzącej się w torbielkach, przyczem jednak nie określano dokładniej, w jaki to dzieje się sposób. Ale i jedno i drugie zdanie przycichło, gdy potężniejąca bakteryologia wykryła drobnoustroje, mogące po osiedleniu się w tkance wytwarzać gazy. Już Eppinger, znalazłszy w swem VI spostrzeżeniu bakterye wśród tkanki, wyraził przypuszczenie, że i one mogłyby być źródłem powstawania gazu w tkankach, jednakże dopiero Eisenlohr stanowczo za taką, a nie inną przyczyną pęcherzycy gazowej się oświadczył i zapatrywanie swoje poparł niezbitymi napozór dowodami, mianowicie wyhodowaniem gazotwórczych bakteryi.

Spór o to, czy gaz powstaje w samej tkance, teraz już pod wpływem bakteryi, czy wdziera się do niej z zewnątrz, trwa jednak w zmienionej tej postaci i dalej. Zwolennicy pierwszego zapatrywania opierają się na dodatnich wynikach hodowli, na obecności bakteryi w tkance, a nawet na eksperymencie (Dupraz). Przeciwników ich najwięcej wśród weterynarzy: ci znowu odwołują się na brak bakteryi w tkankach, na ujemny zawsze wynik hodowli w przypadkach, spostrzeganych u zwierząt.

Przyjrzyjmy się dokładniej dowodom jednej i drugiej strony.

Przedewszystkiem spostrzegamy, że tych, którym powiodło się wykryć bakterye i w tkance mikroskopowo i przez hodowlę, jest znacznie mniej, niż tych, którym się to nie powiodło i że pierwsi opierają się na badaniu tylko z ludzi pochodzącego materyału. A waży to niemało na szali, bo szczególnie przy zakładaniu hodowli ze zwłok ludzkich, zwłaszcza z jelit, nietrudno o zanieczyszczenia, a wobec wielkiej rzadkości pęcherzycy gazowej u ludzi przypadków zbadanych w ten sposób jest zaledwo kilka; stosunkowa zaś częstość zmiany tej u zwierząt w niektórych okolicach zapewniała badaczom bardzo obfity i zupełnie świeży materyał.

Co więcej, ci, którzy bakterye znaleźli, opisują je najrozmaiciej. I tak Eisenlohr znalazł w swoim jednym przypadku prątki i ziarenkowce; wyhodował tylko prątki, rosnące przy dostępie powietrza, wytwarzające gaz (H, O i CO_2) powoli w pożywce żelatynowej. Hahn w preparatach, świeżo sporządzonych, znalazł ziarenkowce; w hodowlach na surowicy tylko krótkie prątki, nie dające się dalej przeszczepiać: Dupraz znów w swoich przypadkach wykrył i wyhodował tylko ziarenkowce i to beztlenowce, Klein zaś w jednem spostrzeżeniu widział i ziarenkowce i prątki, ale tylko prątki, tlenowce, wytwarzały gaz w hodowli i to przez czas krótki. Miwa uzyskał wprawdzie hodowle bliżej nie określonych, na ocukrzonym agarze wytwarzających gaz bakteryi, ale w tkankach, w szczególności w obrębie pęcherzyków gazonośnych, nie znalazł żadnych bakteryi. Winands i Camargo widzieli w tkance rozmaite bakterye, których nie hodowali; zresztą pierwszy nie przypisuje bakteryom znalezionym większego znaczenia, drugi sądzi, że mogą one zadziałać tylko wobec pewnych warunków usposabiających. Znalezione przez różnych badaczy bakterye rozmaicie się też zachowywały wobec barwików. Nie liczę tu dodatniego wyniku Lindenthala, bo wyhodowane przez niego prątki, względne beztlenowce, barwiące się sposobem Grama, wywoływały wprawdzie zgorzel gazową ostrą, ale jestto sprawa, od pęcherzycy gazowej zupełnie różna, jak to już Dupraz podniósł.

Natomiast w innych przypadkach u ludzi, jak Hackera-Hiblera, Pelnařa, naszym, — w jelitach, Kümmela, Jakobsa (Obrzuta) i in. — w pochwie, albo wcale nie znaleziono bakteryi, albo też znaleziono je tylko w najpowierzchowniejszych warstwach błony śluzowej i to rozmieszczone w ten sposób, że napewno można ich obecność uważać za skutek rozpoczynającego się już gnicia. Jeżeli wobec tego wielu powątpiewa, czy źródłem gazu w tkankach w przypadkach pęcherzycy gazowej u ludzi są bakterye, to ci, którzy sprawę tę badali u zwierząt, stanowczo już temu przeczą (Roth, Schmutzer, Ostertag). Szczególną wagę mają ujemne wyniki licznych i na świeżym materyale dokonanych badań Ostertaga, które skłaniają tego autora do przyłączenia się do zdania Rotha, iż przyczyną nie jest żaden z zarazków, wykazalnych obecnie nam znanymi sposobami badania.

Ostatecznie więc zapatrywania, że bakterye są w pęcherzycy gazowej źródłem gazów, nie można uważać za wystarczająco dowiedzione badaniami bakteryologicznemi i trafnie określa rzecz tę Pelnař: „Výklad tento nahromadění plynů — prací mikrobů — odpovídá sice duchu doby, ale o důkazu přece jenom dosud nejsme“.

Zastanawiając się nad przeciwnym poglądem, bronionym w nowszych czasach przez Schneidemühla i Schmutzera, niepodobna przypuścić, aby gazy do tkanki dostawać się mogły ze światła jelit bez istnienia jakichś przerw, szczelin w pokrywie nabłonkowej. Toteż autorowie ci sądzą, że szczeliny takie mogą tworzyć się pod wpływem urazów w czasie przewozu zwierząt, lub też od ciał obcych, przez zwierzęta połykanych. Wyraźnych wzmianek o takich przerwach nie spotyka się jednak w opisach badań histologicznych, chociaż zwrócić należy uwagę na to, że w pochwie zdarzają się torbiele jeszcze w obrębie warstwy nabłonkowej, i że opisywane przez niektórych autorów zmiany w obrębie powierzchownych grudek limfatycznych jelita, a zauważone i przezemnie w postaci rozsunięcia, rozrzedzenia tkanki, mo-

głyby być przerw takich śladem. Z badań własnych tem mniej ośmieliłbym się wysnuwać pewniejszego wniosku co do istnienia takich przerw, że badałem jeden tylko przypadek i to taki, w którym warstwa nabłonkowa jelita ulegała już zmianom pośmiertnym. Powtóre zastanowić się wypada nad wpływem, jakiby w dostawaniu się gazów w głąb tkanki mieć mogło większe ich parcie. W jelitach nietrudno o to przy jakiejkolwiek nieprawidłowej fermentacyi i nadmiernej produkcyi gazów. A tu nie bez znaczenia może być spostrzeżenie, że pęcherzycę gazową jelit widywano prawie wyłącznie u nierogacizny i to u tych zwierząt, które miały dostawać zbyt gorącą karmę (Roth), oraz w tych okolicach, gdzie nierogaciznę karmi się ubocznymi wytworami gospodarstwa mlecznego (Motz). Może w tem przyczyna, że pęcherzycę gazową jelit spotyka się tylko u nierogacizny, gdyż tylko tę w ten sposób się karmi, i tak często w Niemczech, gdzie ten sposób karmienia znacznie więcej, niż u nas, jest rozpowszechniony. Że przy istnieniu jakichś szczelin na powierzchni tkanki i przy pewnem parciu gaz jakiś do tkanki może wtargnąć i z niej przez jakiś czas nie znikać, że do tego wcale udziału bakteryi nie potrzeba, to rzecz znana. Pomijając przypadki nieustępującej niekiedy przez czas dłuższy odmy podskórnej, przypomnieć trzeba tutaj o tak zw. *pneumatocele*, cierpieniu rzadkiem, które spostrzegał np. w roku bieżącym de Bary (Archiv f. Kinderheilkunde T. 37), a którego znacznie ciekawszy, bo długotrwały przypadek przedstawiał w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem na posiedzeniu w dniu 6. IV. 1892, Browicz (Przegląd lekarski, 1892, Nr. 20, S. 246).

Przypadek Browicza dotyczył dziewczynki dwunastoletniej. Przytaczam dosłownie opis:

Tuż ponad małżowiną ucha lewego guz jajowaty, osią dłuższą poprzecznie ułożony, długi 10 ctm., szeroki 5 ctm., który miał powstawać powoli przed 5 miesiącami bez wiadomej przyczyny. Skóra nad guzem prawidłowa, guz nie bolesny, chełboczący, przy ugniataniu niekiedy trzeszczenie. Prawie na całym obwodzie guza wymacać można brzeg, a raczej wał kostny. Badanie ucha: zwężenie przewodu zewnętrznego wskutek wypuklenia skóry, pokrywającej górną ścianę przewodu, tak, że widać tylko tylny i dolny odcinek błony bębenkowej. Prócz nieznacznego, odpowiedniego do stopnia zwężenia upośledzenia słuchu, — stan ucha środkowego prawidłowy. Wziernikowanie jamy nosowogardłowej nie wykazuje zboczeń. Po nakłuciu guza z szelestem uchodzi powietrze, żadnej treści płynnej niema, guz znika, o ile wakostny na to zezwala, tożsamo prawie zupełnie zwężenie przewodu zewnętrznego. Po próbie Valsalwy powraca stan pierwotny. Jestto więc guz powietrzny, tak zw. pneumatocele. Stany takie powstają najczęściej ponad wyrostkiem sutkowym wskutek dostania się powietrza z jamy bębenkowej pod okostną, a względnie pod skórę. Powodem bywa np. forsowne siąkanie, kichanie, lub uraz zewnętrzny, a podstawą budowa kości skroniowej, która mianowicie ze względu na rozległość i rozwój przestworów powietrznych, około jamy bębenkowej znajdujących się, przedstawia bardzo znaczne i często indywidualne różnice. Niekiedy we wszystkich częściach k. skroniowej przestwory powietrzne są bardzo rozwinięte, a nawet sięgają w kość potyliczną i komunikują z jamą bębenkową. Nadto w zewnętrznej blaszce istoty kostnej mogą się znajdować szczeliny, przez które powietrze dostać się może pod okostną lub skórę, albo też blaszki takie są nader cienkie tak, iż pod naciskiem palca gną się i łatwo po urazie pękają. W celu usunięcia wskazane jest przecięcie ścian guza powietrznego i ucisk w celu wywołania przyrośnięcia oddzielonej okostnej. (Co później z pomyślnym wynikiem wykonał w tym przypadku w klinice Rydygiera, Kryński).

Przypadek ten z tego także względu jest bardzo pouczający, ponieważ u podstawy długo utrzymującego się guza wytworzył się wał kostny, w czemby można poniekąd upatrywać zjawisko pokrewne tym zmianom, jakie rozwijają się około pęcherzyków gazowych w odmie pęcherzykowej.

Zdawałoby się, że niejaką wskazówką co do źródła gazów w tkance mógłby być ich skład chemiczny. Toteż już oddawna, jeszcze w erze przedbakteryologicznej, dokonywano odpowiednich badań, a oczywiście nie zaniechano ich i wtedy, gdy już bakteryom przypisywano główne znaczenie w powstawaniu pęcherzycy gazowej. Byłto napozór najprostszy i najpewniejszy sposób stwierdzenia wypowiadanych różnych przypuszczeń, bo jeżeliby gaz wytwarzały w tkance bakterye, to i w hodowlach uzyskany gaz powinienby mieć skład podobny, — jeżeli zaś gaz wdziera się do tkanki z zewnątrz, to musi i w tkance zachować poniekąd piętno swego pochodzenia. Toteż, gdy chemicy Lerch, Welponer i Klauser stwierdzili, że gaz w pęcherzycy gazowej pochwy składa się z mięszaniny tlenu i azotu w tym niemal stosunku, jak w powietrzu atmosferycznem, sprawa zdawała się już rozwiązana w myśl zapatrywań Eppingera, że w pochwie dostaje się w głąb tkanek powietrze, znajdujące się niekiedy w jej świetle. Niestety nie uwzględniono wtedy, że niemal taki sam skład gazów stwierdził jeszcze Bischoff w przypadku Mayera odmy pęcherzykowej jelit, gdzie raczej należałoby spodziewać się takich gazów, jakie zwykle wytwarzają się w jelitach, nie zaś powietrza. Przepomniano też o ostrzeżeniu Klebsa i nie zwrócono większej uwagi na zdanie Lebedeffa, żeby rozbiorom gazu nie przypisywać zbyt wielkiej wartości, gdyż bardzo prawdopodobnie już po śmierci zmienić się może skład gazu w pęcherzykach wskutek dyfuzyi. Ostrzeżenie to rozszerzyćby należało także na podania składu gazów w tkankach, wycinanych za życia. Wówczas bowiem także szybko i łatwo stać się mogą ścianki pęcherzyków gazonośnych przepuszczalnemi, choćby nimi nie były w głębi żywych tkanek, zdala od wpływów atmosfery. Słuszności owych ostrzeżeń dowodzi to, że i wszystkie późniejsze rozbiory gazów z odmy pęcherzykowej wypadały dość jednostajnie bez względu na to, w jakich warunkach i na jakim materyale ich dokonano. Rozbiory Krummachera, Dreyera, Rotha, Ostertaga różnią się tylko niewielkiemi wahaniami w stosunku ilościowym stale znajdowanej mieszaniny tlenu z azotem lub drobną domieszką kwasu węglowego (Dreyer). Tylko Dupraz znalazł (u świń) znaczniejszą ilość kwasu węglowego, obok tego amoniak, siarkowodór, tlen i azot.

Rozbiory gazów nie dostarczyły więc żadnych dowodów ani na jedno, ani na drugie przypuszczenie pochodzenia gazów. Obecność znacznych ilości azotu przemawiałaby wręcz przeciwko przypuszczeniu, że gaz wytwarzają bakterye, gdyby można nie liczyć się z dyfuzyą. Nawet zaś znalezione przez Dupraza domieszki siarkowodoru i amoniaku nie mogą poprzeć tego przypuszczenia, gdyż gazy te mogą się znajdować w świetle jelit i stamtąd dopiero dostawać się w ich ściany. Z drugiej znów strony skład gazów, znalezionych w pęcherzykach, tak się różni od składu zwykłych gazów jelitowych, że wyjaśnić go można tylko przenikaniem powietrza do pęcherzyków już po wycięciu tkanki lub po otwarciu jamy brzusznej po śmierci.

Co gorsza, uzyskanie z odmy pęcherzykowej gazów w prawdziwym ich składzie, zdaje się należeć do zadań bardzo trudno lub wcale nie wykonalnych. Rękojmię ich czystości dawałoby chyba schwytanie ich nad rtęcią w chwili

otwarcia jamy brzusznej u żywych zwierząt, a przecież trudno sobie wyobrazić laparotomię, dokonaną w ten sposób; i to jeszcze trzebaby przedtem wynaleźć niezawodny sposób klinicznego rozpoznawania pęcherzycy gazowej jelit, bo jakże inaczej dobrać odpowiedni materyał?

Pozostawałaby, jako ostatnia ucieczka, próba wywołania sztucznej odmy pęcherzykowej; doświadczenia takie podejmowali też zarówno zwolennicy jednego, jak i drugiego zapatrywania. Doświadczeń tych jednak było mało, i to, z jedynym wyjątkiem, nie udawały się. Pierwsze doświadczenia, bez skutku, wykonał Eisenlohr; zresztą najwybitniejsi szermierze teoryi bakteryjnej, Dupraz i Lindenthal, powątpiewają, czy bakterye, wyhodowane i szczepione zwierzętom przez Eisenlohra, były rzeczywiście temi, które wywołują odmę pęcherzykową. Nie więcej sprzyjało szczęście Lindenthalowi, czemu dziwić się trudno, gdyż wyhodowane przez niego bakterye ostrej zgorzeli gazowej z pewnością nie były swoistym zarazkiem zgoła innej sprawy, jaką jest przewlekła odma pęcherzykowa. Również nie odniosły skutku doświadczenia Miwy z bakteryami, które ze swego przypadku wyhodował.

Zapomocą wstrzykiwania powietrza dawniej już próbował wywołać pęcherzycę gazową pochwy Naecke; i tu jednak z góry przewidzieć może można było niepowodzenie, zważywszy, że przez wielkie stosunkowo otwory, jakie pozostawia igła strzykawki, powietrze łatwo cofnąć się mogło, a sposób zatrzymania go w tkance pochwy trudno obmyśleć.

Jedynym wybrańcem losu zdaje się być Dupraz. I on jednak, dopóki używał do doświadczeń ziarenkowców, wyhodowanych przez siebie na podłożu zasadowem, nie wywołał sztucznie odmy pęcherzykowej, bez względu na to, czy hodowle wstrzykiwał podskórnie, do żył, czy pod błonę surowiczą jelit i czy stwarzał lub nie zastój żylny (przy wstrzykiwaniu podskórnem), który uważa za czynnik usposabiający. Dopiero u jednego królika po wstrzyknięciu w ścianę jelita i żołądka hodowli, uzyskanej na podłożu kwaśnem, znalazł Dupraz po dniach 15, gdy królik padł z ostrego zapalenia jelit, „des vésicules microscopiques d'emphysème près des points, ou l'injection avait été faite". Niestety opis badania drobnowidowego jest zbyt pobieżny, aby można nabrać przekonania, że sprawa, którą w tem doświadczeniu Dupraz stwierdził, była istotnie sztuczną pęcherzycą gazową; sam on nie uważa tego doświadczenia za pewne z powodu owego powikłania zapaleniem jelit, a nadto wyraźnie wspomina, że nie było komórek olbrzymich, które jedynie są cechą histologiczną znamienną i pewną, przynajmniej w jelitach. W innych dwóch doświadczeniach po wstrzyknięciu hodowli z podłoża kwaśnego w ścianę kiszki i pod błonę śluzową pochwy sukom na nastąpiły w jelicie żadne zmiany, w pochwie po kilku miesiącach znalazły się pod tylną ścianą drobne torbielki. I znowu brak dokładnego opisu drobnowidowego. Wspomina tylko Dupraz ogólnie o komórkach olbrzymich, jedynie pewnem znamieniu sprawy: „Nous ne les avons constatées nettement, que dans le vagin d'une chienne tuée soixante et onze jours après l'inoculation". I to pobieżnie wspomniane doświadczenie jest jedynym wyjątkiem, któryby można uważać za wynik dodatni.

A jednak i ono nie stanowi jeszcze pewnego dowodu, choć zdawałoby się, że jeden wynik dodatni przeważa wszystkie ujemne. Oto jest rzeczą zastanawiającą, że ów rzekomy dodatni wynik nastąpił dopiero tak późno po doświadczeniu i że zmiany znalazły się tylko w pochwie, choć równocześnie wykonano wstrzykiwania w ścianę jelit w tychsamych warunkach i w tensam sposób, jak w ścianę pochwy. Jakaż pewność, że zmiany, znalezione w pochwie, nie były w tych doświadczeniach zjawiskiem samorodnem, od wstrzykniętych ziarenkowców niezależnem? A czy zmiany takie samorodne nie zdarzają się u suk, tego nie wiemy, boć nikt badań w tym kierunku nie podejmował. Wiemy natomiast, że Chiari znajdował komórki olbrzymie w szczelinach limfatycznych w pochwie w takich przypadkach, gdzie nie było pęcherzycy gazowej. Nawet więc obecność tych znamiennych zdawałoby się tworów wśród tkanki traci dużo ze swej wartości, o ile chodzi o pochwę i odejmuje owemu, jedynemu zresztą rzekomo zupełnie skutecznemu doświadczeniu Dupraza całą doniosłość.

Nie znalazłszy bakteryi w zmienionej tkance jelita w swoim przypadku, wobec tego, że przeciwko ich znaczeniu etyologicznemu w pęcherzycy gazowej przemawia przynajmniej tyleż względów, co za niem, podjąłem kilka doświadczeń z wstrzykiwaniem gazu w ścianę jelita u królików i u psów. Zdam z nich sprawę krótko, bo i one nie przyniosły całkowicie dodatniego wyniku; niemniej zasługiwać zdawały mi się na wzmiankę, bo mimo tego dostarczyły niejakich, acz szczupłych danych. U królików wykonywałem je bez znieczulenia, u psów po zadaniu morfiny; u jednych i drugich zapomocą zwykłej strzykawki Pravaza z cieniutką igłą. Otworki po wkłuciu częścią pozostawiałem bez zmiany, częścią starałem się zamykać zapomocą odpowiednich podwiązek jedwabnych, co jednak, o ile się zdaje, nie wpływało na wynik.

Króliki nie były do doświadczeń dogodne z powodu cienkości ściany jelita, która przy wbijaniu igiełki łatwo od zewnątrz lub wewnątrz szczelinowato się rozrywa. U obu tych królików, u których to nie nastąpiło, nagromadziło się wstrzyknięte powietrze w postaci sporych pęcherzyków pod otrzewną i wśród warstwy mięsnej w bezpośredniem sąsiedztwie miejsca wstrzyknięcia. Po kilku (4 i 7) dniach można było wprawdzie odszukać miejsca, gdzie powietrze wstrzyknięto, jednakże w niektórych miejcach, zaznaczonych trzymającemi się jeszcze podwiązkami, powietrze ze ściany jelita całkiem znikło, w innych pozostały tylko małe pęcherzyki, widocznie zaledwo resztki niewchłoniętego jeszcze powietrza.

Daleko łatwiej wstrzyknąć powietrze w grubą ścianę jelit u psa. Tu jednakże wstrzyknięcie stwarza odrazu obraz odmienny, i co szczególne, niezmiernie podobny do obrazu, zdarzającego się w samorodnej pęcherzycy jelit u świń, o ile to z rysunków, podanych przez Schneidemühla i Ostertaga, ocenić mogłem. Wstrzyknięte powietrze rozbiegało się natychmiast pod otrzewną jelit w postaci wązkich, nieregularnie pokręconych w różnych kierunkach i często łączących się ze sobą, srebrzysto błyszczących smużek i nitek; około miejsca ukłucia (naprzeciw przyczepu krezki) nie gromadziło się obficiej nigdy, natomiast pod otrzewną jelita w sąsiedztwie przyczepu krezki i w przyjelitowej części krezki powstawały liczne, drobne, groniasto zgromadzone pęcherzyki, żywo przypominając stan, od którego pochodzi nazwa „Luftblasengekröse" weterynarzy niemieckich. Po wstrzyknięciu obfitszem pojawiały się gromadki pęcherzyków w krezce także nieco dalej od jelita, zdając się towarzyszyć przebie-

gowi grubszych naczyń krwionośnych, jak to również u nierogacizny w samorodnej pęcherzycy jelit opisywano. Jednakże pozostawione same sobie, pęcherzyki te rychło znikały, bo już przy ponownych laparotomiach po 3—4 dniach widać je było tylko w niektórych miejscach i to nieliczne. Z 4 psów u 3 powtarzałem więc wstrzyknięcia powtórnie i poraz trzeci, starając się trafiać w tesame miejsca; niestety rzadko to się udawało, bo najczęściej pojawianie się pęcherzyków wzdłuż końca sąsiednich gałązek naczyniowych świadczyło, że igła nie trafiła w tosamo miejsce. Zdawało mi się, że po drugiem lub trzeciem wstrzyknięciu pęcherzyki utrzymywały się nieco obficiej i wyraźniej; ale napewno tego twierdzić nie mogę, bo dalszych wstrzykiwań wobec trudności trafiania w tosamo miejsce i uzasadnionej obawy zapalenia otrzewnej (u jednego psa pojawiły się obfite zlepy włóknikowe w miejscach wstrzyknięć już po drugiej laparotomii) nie próbowałem.

Że badanie mikroskopowe nie wykryło związku siedziby sztucznie utworzonych szczelin z przebiegiem naczyń limfatycznych, nawet nadmieniać nie potrzeba, skoro wstrzykiwano powietrze gdziekolwiek w tkankę; warto tu jednak stwierdzić, że mimoto u psów powstawał obraz, tak podobny do samorodnej pęcherzycy jelit u nierogacizny. Na ścianach sztucznych szczelin znaleźć było zresztą można niekiedy komórki, przypominające komórki śródbłonkowe, jak to się widzi czasem w pęcherzykach gazonośnych samorodnych; zdarzały się i komórki jakby napęczniałe. Ale nie zdołałem napewno wykazać komórek o dwu jądrach, tem mniej zaś znamiennych komórek olbrzymich. Sztuczne pęcherzyki nie miały nigdy grubszej ściany włóknistej, której zresztą z góry już trudno było się spodziewać. Gdyby nie to, byłbym mógł niektóre obrazy uznać za zupełnie podobne do niższych stopni samorodnej odmy pęcherzykowej, ale byłoby to równie mało przekonywającem, jak opisy Dupraza.

Czy można z tych kilku doświadczeń, które bądźcobądź nie doprowadziły do właściwego celu, do niewątpliwej sztucznej pęcherzycy ze wszystkiemi znamiennemi cechami wysnuć jakiekolwiek użyteczne wnioski? Mnie się zdaje, że tak. Naprzód co do związku pęcherzyków gazonośnych z naczyniami limfatycznemi. I z tych doświadczeń, jak poprzednio z samych obrazów drobnowidowych, jak z tego, co dzieje się w tkance po wstrzyknięciu parafiny, zdawałoby się wynikać, że powstawanie pęcherzycy gazowej bez związku tego obejść się może. Powtóre, i to może ważniejsze, co do sposobu działania przyczyny wywołującej. Okazało się, że prawidłowa tkanka jelita szybko stosunkowo wchłania wpędzony sztucznie gaz bez uczestnictwa czynników pomocniczych, za jakie uważałbym komórki olbrzymie. Jeżeli więc w samorodnej pęcherzycy to wessanie nie następuje, jeżeli pojawiają się koło gazu komórki olbrzymie, jakby koło jakiego ciała obcego, to nie umiałbym sobie tego inaczej wytłómaczyć, jak tylko w ten sposób, że gaz dostaje się do tkanek przez czas dłuższy i to w takiej ilości i w takiem tempie, iż raz powstałe pęcherzyki wypełniają się nim na nowo, zanim resztkę dawniejszej ich treści zdołała wchłonąć otaczająca tkanka. Wszak sztucznie wytworzone, niezbyt liczne pęcherzyki utrzymywały się, pozostawione same sobie, jeszcze częściowo przynajmniej przez dni kilka. Do tego, by koło nich wytworzyła się utrudniająca bądźcobądź ich wessanie grubsza ściana włóknista, aby pojawiły się komórki olbrzymie, przypuszczam, że i sztucznie doprowadziłby można, gdyby powiodło się ciągle w temsamem miejscu wpędzać zwolna nowe ilości gazu. Niestety, zdaje się, że te warunki stworzyć może tylko naturalna sprawa patologiczna, którą nasze ręce zgruba tylko i nieudolnie naśladować potrafią. W każdym razie jednak i te nieudatne próby przemawiają choć pośrednio za słusznością przypuszczenia, opartego na wyniku badań drobnowidowych samorodnej pęcherzycy: że to sprawa, tocząca się powoli, że przyczyna jej nie jest chwilowa, jednorazowa, lecz wywiera ciągłe, na mnóstwo drobnych cząstek rozpadające się działanie.

Wogóle więc ze wszystkiego wytworzyłem sobie o pęcherzycy gazowej zdanie następujące: Jestto sprawa, w której pierwotnym czynnikiem jest dostawanie się gazu w głąb tkanek; przestrzenie, w których gaz się gromadzi, są może niekiedy naczyniami limfatycznemi, niewątpliwie jednak mogą one powstawać także gdziekolwiek indziej przez proste rozsunięcie tkanki. Wszystkie zjawiska, które nadają pęcherzycy szczególne piętno histologiczne, są sprawą następową, późniejszą, a powstają prawdopodobnie wskutek tego, że tkanka nie mogąc wchłonąć gazu z powodu nadmiernej jego ilości i ciągłego przybywania, oddziaływać poczyna na jego obecność tak, jak zwykła oddziaływać na obecność innych ciał obcych. Wyrazem tego oddziaływania zdają się być zarówno komórki olbrzymie, jak i grube ściany włókniste starszych pęcherzyków gazonośnych.

Sprawa zajmuje naprzód tkanki, najbliższe światła narządu, a potem posuwa się coraz głębiej.

Przebieg sprawy jest przewlekły, odpowiednio do przewlekłego działania, a raczej nieustannego powtarzania się przyczyny wywołującej. Gdy przyczyna ta zniknie, może ustąpić zwolna i sprawa chorobowa, pozostawiając jednakże w tkankach mniej lub więcej wyraźne ślady w postaci ognisk włóknistych, pewnych zmian w tkance elastycznej w samym miąższu ściany dotkniętego narządu, a nawet (w jelitach) — w postaci rozmaitych, gołem okiem widocznych zmian otrzewnej (zgrubienia, kosmkowate twory).

Skąd biorą się gazy, stanowczo rozstrzygnąć nie można. Nie udowodniono dotąd wcale, żeby źródłem gazu były bakterye, osiedlające się w tkankach; ale też i mechanicznego weiśnięcia gazów ze światła kanałowatych narządów, jak jelita, pochwa, w ich ścianę stanowczymi dowodami wykazać się nie powiodło. Niemniej zaprzeczyć nie podobna, że przeciwko takiemu, czysto mechanicznemu powstawaniu pęcherzycy gazowej nie przemawiają żadne względy zasadnicze, gdy przeciw udziałowi bakteryi przemawia brak ich w wielu przypadkach, przedewszystkiem w najstosowniejszym do badania materyale, w świeżych tkankach zwierzęcych. Z tych spraw, towarzyszących pęcherzycy gazowej u ludzi, które uważano za czynnik usposabiający, żadna, jak się zdaje, nie ma w etyologii tej choroby większego znaczenia.

Nakoniec z wyników badań moich wysnuć można pewne wskazówki praktyczne co do leczenia odmy pęcherzykowej jelit.

W ostatnich czasach zalecano leczenie chirurgiczne. Jedni radzili nakłuwać i wygniatać pęcherzyki; drudzy, obawiając się, by przy wygniataniu pęcherzyków nie dostały się do otrzewnej bakterye, których obecności w pęcherzykach się domyślano, wycinali zmienioną tkankę. Otóż rzeczą klinicystów jest rozstrzygnąć, czy nadaje się do leczenia chirurgicznego sprawa, która pomimo usunięcia części powsta-

łych zmian prawdopodobnie dotąd ponawiać się będzie, dopóki działa właściwa przyczyna wywołująca, a która znów niekiedy sama, bez żadnych zabiegów, może się, jak się zdaje, wyleczyć. Ale na zasadzie badań histologicznych to stanowczo orzec można, że zalecane w pęcherzycy gazowej wycinanie całych kawałków zmienionej tkanki jest niewłaściwem i błędnem. Skoro, jak to wyraźnie z badań histologicznych wynika, wywołuje pęcherzyca głębokie zmiany w budowie ściany jelita, skoro znacznie nadweręża jej tkankę elastyczną i mięsną i skoro pęcherzyki gazonośne tworzą się na jelicie z samegoż utkania jego ściany, to usuwając pęcherzyki przez wycięcie, zabiera się część samej ściany jelita i upośledza się sprawność tej ściany poprostu jeszcze więcej, niż uczyniła to sama choroba. A przecież zasadą lecznictwa ma być: „Primum non nocere“.

Piśmiennictwo.

Odma pęcherzykowa u ludzi: *a) w przewodzie pokarmowym.* 1) Bang. Nord. med. Arkiv. T. VIII. 1876. S. 18. — 2) Cloquet. Bulletin de la Faculté de médecine de Paris. T. VII. Séance du 7 août 1820. p. 267, cyt. w Andral. Anatomie pathol. T. I, S. 421. — 3) De Camargo Thèse d. doct. Genève. 1891. — 4) Dupraz. Archives de médec. experim. et d'anat path. T. IX. 1897. S. 282. — 5) Duvernoy wedł. Combalusier: Pneumopathologie ou traité des maladies venteuses. T. I. p. 19. Paryż 1754. — 6) Eisenlohr. Zieglers Beiträge z. path. Anat. T. III. 1888. S. 101. — 7) Hahn. Deutsche medic. Wochenschrift. 1899. N. 40. S. 657. — 8) Hibler i Hacker. Innsbrucker wiss. Aerztegesellschaft 17. I 1903. Wiener klin. Wochenschrift. 1903, Nr. 12 i 14. S. 368 i 430. — 9) Holstein. Semaine médic. 1899, Nr. 53. S. 419 (streszczenie zbiorowe). — 10) Kadjan. Russkij chirurg. Archiw 1902. Zesz. 6. S. 1183. — 11) Klebs. Handbuch der pathol. Anat. T. I. S. 966. — 12) Kuskow. Bolnicznaja gaz. Botkina. 1891. 7—14 okt. — 13) Marchiafava. Archiv. ital. de biol. T. I. 1882. S. 429. — 14) Miwa. Centralb. f. Chirurgie 1901. Nr. 16. S. 427. — 15) Orlandi. Gazzet. med. di Torino. 1896. S. 781. — 16) Pelnař. Rozpravy české Akademie, Trida II. Roč. IX. č. 12. i Bull. intern. Médecine. VI. An. 1901; tamże wspomniane spostrzeżenie Kučery. — 17) Tolot. Lyon médical. 1901. S. 955. — 17*b*) Vollas i Pinatelle. Lyon méd. 1901. Nr. 33. — 18) Wikerhauser. Liečnički Viestnik. 1900. Zesz. 8. S. 275. — 19) Winands. Zieglers Beiträge zur path. Anat. T. 17. 1895. S. 38.

b) w narządzie moczowopłciowym: — 20) Braun. Zeits. der Gesell. d. Aerzte in Wien. T. II 1861. S. 182. — 21) Breisky. Handbuch der Frauenkrank. (Billroth-Lücke) T. III. — 22) Chénevière. Archiv f. Gynaek. T. XI. — 23) Chiari. Zeitschrift f. Heilkunde 1885. T. VI. — 24) Eppinger. Prager Vierteljahrschr. T. 20. 1873. S. 32 i Zeits. f. Heilkunde T. I. 1880. S. 369. — 25) Hückel. Virchows Archiv. T. XCIII. 1883. — 26) Hughier: Mém. de la soc. de chir. de Paris. T. I. 1847. S. 326. — 27) Jacobs. Arch. de phys norm. et path. T. XX. 1888. S. 261. — 28) Klauser i Welponer. Centralblatt für Gynaek. 1879. Nr. 14. — 29) Klein J. Centralbl. f. Gynaek. 1891. — 30) Kümmel. Virchows Archiv. T. CXIV. 1888. S. 432. — 31) Lebedeff. Archiv. f. Gynaek. T. XVIII. 1881. S. 141. — 32) Lindenthal. Wiener klin. Wochens. 1897. Nr. 1. 2. S. 3. 35. — 33) Näcke. Archiv f. Gynaek. T. IX. — 34) Obrzut. Dziennik V. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich 1888. Nr. 5 Str. 18. — 35) Piering. Zeits. f. Heilkunde. T. IX. — 36) Ruge. Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynaek. T. II. — 37) Schmolling. Ueber Colpohyperplasia cystica Inaug. Diss. Berlin. 1875. — 38) Schröder-Zenker. Archiv f. klin. Med. 1874. T. XIII. S. 538. — 39) Takahasi Deutsche med. Wochens. 1888. — 40) Winckel. Archiv f. Gynaekol. T. II. — 41) Zweifel. Archiv für Gynaek. T. XII. Wreszcie prace Camargo, Dupraza i Eisenlohra, przytoczone pod *a*).

Odma pęcherzykowa u zwierząt: 1) Dupraz. Schweizer Archiv f. Thierheilk. T. XXXI. 1889 i loc. cit. — 2) Kitt. Lehrbuch der path.-anat Diagnostik f. Thierärzte. Stutt. gart. 1895. T. II. S. 145. — 3) Krummacher. Jahresbr. der thierärztl. Hochsch. zu München 1896/7. S. 70. — 4) Mayer. Hufelands Journ. der prakt. Arzneyk. u. Wundarzneyk. 1825. LXI. S. 67. wedł. Winandsa i in. — 5) Ostertag. Handbuch der Fleischbeschau. Wyd. III. 1899. S. 301. — 6) Roth. Schweizer Archiv. für Thierheilk. T. XXXI. 1889. S. 1. — 7) Schmutzer. Zeits. f. Fleisch. u. Milchhygiene. R. X. 1899 1900. Z. 2. 3. 5. S. 21. 43. 89. — 8) Schneidemühl. Die animalischen Nahrungsmittel. Berlin-Wien. 1903. S. 372.

III. Oceny i sprawozdania.

Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften für praktische Aerzte und Specialärzte. (*Supplement und Generalregister*, 1903, wydany przez prof. Draschego w Wiedniu K. Prochaska. Cieszyn).

„Biblioteka wszech nauk lekarskich“, wydawana przez prof. Draschego, wychodzi od kilku lat. Wydawnictwo to, będące wybornym poradnikiem lekarskim, znalazło w kołach lekarskich wielkie uznanie i skłoniło redakcyę do wydania w roku bieżącym tomu uzupełniającego. W ten sposób ukazał się teraz na półkach księgarskich „Supplement“, zawierający całość postępu i nowszych zdobyczy, które się pojawiły w ostatnich latach w dziedzinie nauk lekarskich, ze szczególnem uwzględnieniem najnowszych leków i metod leczniczych. Szereg wybitnych współpracowników daje rękojmię doboru treści. Do współpracowników należą z lekarzy polskich, oprócz sprawodawcy, koledzy: Pawiński i Heryng, a należeli do nich dziś już nieżyjący proff.: Sobierański, Obaliński i Trzebicky. Razem z tem uzupełnieniem dzieło to stanowi pełną encyklopedyę, zawierającą w porządku abecadłowym cały obszar nauk lekarskich. Porządek abecadłowy dzieła, forma encyklopedyczna pozwalają lekarzowi szybko zoryentować się i poinformować w każdej wątpliwej i trudnej kwestyi z jakiejbądź gałęzi nauk lekarskich. Poszczególne tematy opracowane są w sposób treściwy, jasny, odpowiadający najnowszemu stanowisku nauki. Obfity i wyczerpujący spis rzeczy na końcu dzieła umożliwia w każdej chwili prędkie odszukanie żądanego wyjaśnienia i świadczy o celowem jego uporządkowaniu. Potrzeba i pożyteczność takiego dzieła dla każdego lekarza jest tak widoczną, że należy ono bezwątpienia do najniezbędniejszych w podręcznym księgozbiorze. *Spira.*

IV. Wyciągi.

Pfannenstiel. **Przyczynek do dyskusyi o leczeniu fałszywych położeń macicy i pochwy.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* tom 18, zeszyt 2, 1903). Autor występuje przeciw złemu, bezwzględnemu i bezmyślnemu zwyczajowi zakładania krążków w każdym przypadku nieprawidłowego położenia macicy, w szczególności tyłozgięcia i tyłopochylenia. Położenia te same przez się nie sprawiają chorej żadnych dolegliwości, chyba, że są powikłane z inną sprawą chorobową natury miejscowej lub ogólnej, i te właśnie należy leczyć, a nie zmiany położenia macicy. Wyjątkowe stanowisko, choć tylko pozornie, zajmuje wrodzone tyłopochylenie macicy o tyle, że przy tym stanie obok objawów ogólnych mogą także występować zaburzenia miejscowe, czasem bardzo ciężkie. Objawy ogólne są natury nerwowej na tle błednicy i niedokrewności; występując więc w całym ustroju, nie oszczędzają i narządu rodnego i nie zależą więc zupełnie od położenia macicy. Zastosowanie krążka w takich przypadkach jest błędem i jest przeciwwskazane. Błędem, bo u tej osoby macica właśnie tylko tak leżeć może, jak leży. Budowa bowiem i zawartość cała miednicy są do tego niejako dostosowane. U takich kobiet znajdujemy krótką pochwę, szczególnie jej ścianę przednią, sklepienia płaskie, tkanki przymaciczne i wszystkie więzadła krótkie, wogóle niedorozwój całego narządu rodnego. Trudno więc przez włożenie krążka zmusić macicę do zajęcia innego położenia. Założenie krążka jest przeciwwskazane głównie dlatego, że nietylko nie pomaga, ale nawet szkodzi, wywołując świeże dolegliwości wskutek ucisku krążka. Jedyne objawy, zawisłe od warunków miejscowych, są: miesiączkowanie bolesne (dysmenorrhoe) i bezpłodność; lecz i te należy leczyć osobno, bo i tych nieprawidłowości krążek nie usunie. Główną uwagę należy tu zwrócić na leczenie ogólne, tembardziej, że u tych kobiet cały ustrój jest zwykle wą-

tły, serce i naczynia wązkie i t. p. Tyłozgięcie macicy samo przez się również nie wywołuje żadnych dolegliwości, chyba znowu natury ogólnej (histerya), lub jeżeli jest powikłane ze zmianami miejscowemi: przewlekłe zmiany w macicy, blizny w tkankach przymacicznych, zmiany w przydatkach, obniżenia i wypadnięcia pochwy itp., te więc należy leczyć. Błędem jest stanowczo, jeżeli ktoś, odnosząc objawy, wynikające z powyższych zmian, tylko do zmiany położenia macicy, odprowadza ją i zakłada krążek, wmawiając w chorą, że już teraz wszystkie inne objawy znikną. Macica będzie może teraz dobrze leżała, ale zmiany w przydatkach lub w tkance łącznej okołomacicznej będą dalej istniały i powodowały tesame dolegliwości, jak i przedtem. Jeżeli zaś chora odczuwa pewną ulgę, to należy to przypisać poddawaniu, a częściowo i temu, że krążek przecież podnosi i wspiera trochę macicę zwykle ciężką i zmniejsza także ucisk na kiszkę stolcową; nie będzie to jednak leczenie racyonalne, bo nie skierowane przeciwko samej chorobie. Najprzód więc tę należy leczyć, a potem dopiero, jeżeli to będzie konieczne, założyć krążek. Dłużej zatrzymuje się autor nad dwoma powikłaniami tyłozgięcia; t. zw. *retroflexio uteri fixati* i *prolapsus vaginae.* Stan pierwszy jest zwykle wywołany przez zmiany zapalne w przydatkach, które wywołują czasem bardzo ciężkie objawy, bez względu na to, jak leży macica. Autor nie jest zwolennikiem metody Schultzego, który radzi w takich przypadkach uwolnić macicę w uśpieniu, gdyż zrostów wszystkich zwykle rozerwać nie można, stanu zapalnego w przydatkach przez to również się nie usuwa, owszem nie rzadko pogarsza, a nadto można stan chorej pogorszyć przez uszkodzenie jelit, naturalnie przypadkowe. Należy raczej postępować systematycznie i leczyć samo zapalenie otrzewnej miednicznej przez stosowanie kąpieli, gorących przestrzykiwań, mięsienia różnego rodzaju, a jeżeli to nie pomoże, wykonać operacyę, polegającą na przecięciu zrostów, usunięciu chorych przydatków, z możliwem oszczędzeniem jajników, odprowadzeniu i ustaleniu macicy przez przyszycie jej do powłok brzusznych, lub do przedniej ściany pochwy, a to celem zapobieżenia świeżym zrostom. Zabieg ten najlepiej wykonać drogą jamy brzusznej; śmiertelność przy tej operacyi wynosi 0·69%, nawroty 6%. Największe pole dla leczenia krążkami daje tyłozgięcie macicy. powikłane częściowem wypadnięciem pochwy. Dobrze dobrany krążek może tu wiele zrobić. Autor zwraca także uwagę na stanowisko chorych; leczy on w szpitalu operacyjnie w 28·6%, zaś w praktyce prywatnej w 2·40% z wszystkich tu należących przypadków. Przy zupełnem wypadnięciu pochwy należy zawsze operować przez wykonanie *vaginofixatio uteri* w połączeniu z zaszywaniami pochwy. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Wiesinger. **Opuchlina przepuszczająca. Wyleczenie wstrzykiwaniami mieszanki jodoformowo-glicerynowej.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 35). Autor leczył 40-letniego chorego, u którego już od pięciu lat występowała regularnie co kilka dni silna opuchlina lewego stawu kolanowego, połączona z podniesieniem ciepłoty i bolesnością; bolesność ta była przy chodzeniu mniejszą. Po jednym dniu ustępowała opuchlina bez śladu i chory mógł nawet dużo chodzić bez żadnych dolegliwości aż do ponownego jej wystąpienia. Chory cierpiał dawniej na oba stawy kolanowe, a wyzdrowienie prawego stawu odnosił do wykonanego przed 8 laty wypłókania stawu; przed 6 laty przestrzykano także i staw lewy, obrzęk wtedy pozostał przez trzy lata następne, a potem regularnie i bez żadnej przyczyny występował w odstępach czasu, a tylko raz była przerwa przed ½ rokiem. Lewy staw kolanowy stawał się podczas napadu napiętym, skóra nad nim nieco bywała cieplejsza, nie zaczerwieniona, za uciskiem nieco bolesna; obwód kolana zwiększał się o 3—4 ctm. Ruchy przy chodzeniu były bardzo utrudnione, chodzenie sztywne i połączone z trudnością. Próbowano chininy, arsenu, jodku potasu itd., jednakże bezowocnie; wobec tego przystąpił autor do operacyi: wypuścił ze stawu trochę czystego, żółtawego, surowiczego płynu i wstrzyknął 10 ctm. mieszanki jodoformowo-glicerynowej; odczyn był krótki. Leczenie operacyjne poparł autor mięsieniem i od tego czasu (przeszło pięć miesięcy) niema nawrotu, staw jest czynnościowo prawidłowym. Opuchlina przemijająca jest chorobą miejscową i do tego nie samoistną; powstaje jako objaw innych schorzeń, a jest właściwie szczególną postacią zapalenia błony maziowej stawu. *B. Żmigród.*

Tavel. **Zastosowanie żelatyny do zapobiegania krwiakom pooperacyjnym.** (*Korresp. für Schweizer Aerzte*, 15-go czerwca, 1903). Krwiaki, jak wiadomo, usposabiają do wystąpienia zakażenia i powodują opóźnienie się gojenia się rany. Spostrzeżenia robione w klinice berneńskiej wykazały, że występują one najczęściej w miesiącach letnich, coby stało w związku z rozszerzeniem naczyń podczas upałów; przydarzają się także często u osób otyłych, u dzieci należą do rzadkości. Po wielu innych próbach, mających na celu powstrzymanie tworzenia się krwiaka, jak wstrzykiwanie ergotyny przed operacyą, zakładanie szwów katgutowych przez tkankę podskórną i t. d. padł autor na myśl wyzyskania tamującej krwawienie własności żelatyny i zastosowania jej miejscowo w ten sposób, że świeże rany operacyjne oblewał żelatyną. Wyniki, jakie uzyskał, są bezwarunkowo zadowalniające: w ranach, w których przed zeszyciem stosowano żelatynę, nie powstał ani razu krwiak, podczas gdy w ranach nieżelatynowanych występowały one od czasu do czasu. Przy operacyach brzusznych przepłókuje się jamę brzuszną rozczynem soli i sody, potem zeszywa się otrzewnę ciągłym szwem katgutowym, jeszcze raz obmywa się ranę gruntownie rozczynem soli i sody, osusza i stosuje się rurkę żelatyny, zależnie od długości rany 10—50 ctm.³, skrapiając nią ranę kroplami. Żelatynę w rurce szklanej trzyma się w ciepłym sublimacie w stanie płynnym i dopiero przed użyciem odłamuje się koniec włosowaty. Potem wśród padania kropel żelatyny na ranę szyje się powięzie, mięśnie i skórę. Przy ranach niesączkowanych pozostawia autor nieco żelatyny w ranie. Ponieważ żelatyna kupna zawiera częstokroć, jak doświadczenia wykazały, zarodniki tężca, przeto należy używać takiej tylko, której sposób przygotowania i przechowywania nie zawodzi. Należy stosować najlepszy gatunek; przed wyjałowieniem trzeba ją wypróbować na pożywkach i zwierzętach i dopiero, gdy te dają wyniki zadowalniające, można wyjałowić żelatynę i napełniać nią rurki. Należy uważać na to, by jej nie ogrzać do 120°, gdyż na tem cierpi jej zdolność krzepnięcia. Jeśli żelatyna jest odpowiednio zbadana i wyjałowiona, wtedy niema zupełnie niebezpieczeństwa przeniesienia z nią zakażenia. *B. Żmigród.*

Wittmaack. **Leczenie liszaja żrącego błony śluzowej nosa kwasem pirogalusowym.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 31). Metoda autora jest następująca: po doszczętnem usunięciu pętlą i skrobaczką tkanki schorzałej i znieczuleniu kokainowem, tego samego lub następnego dnia wkłada się do nosa po powtórnem zakokainowaniu małe paski gazy nasmarowane 10—20% maścią pirogalusową tak, żeby także małe, skryte leżące w dolnym lub środkowym przewodzie nosowym ogniska chorobowe stykały się ściśle z maścią. Następnie wsuwa się część cewnika celuloidowego, owiniętego w gazę, nasmarowaną tąsamą maścią, między muszlę dolną, a przegrodę nosową tak, żeby wywierał lekki ucisk na błonę śluzową. Naokoło wsuwa się dodatkowo małe tamponiki, powleczone tą maścią tak, żeby wszystkie części schorzałe błony śluzowej nosa stykały się z maścią przy miernym ucisku. Tampon ten wyjmuje się drugiego dnia i odnawia codzień w ciągu 3—4 dni. Potem następuje leczenie obojętne maścią borową itp. przez dalsze 3—4 dni. Następnie znów zakłada się tampon z maścią pirogalusową przez 3—4 dni i powtarza tosamo postępowanie 3—10 razy, zależnie od ciężkości przypadku; 10 przytoczonych historyi chorób ilustruje metodę i przebieg leczenia. Wszyscy chorzy znosili dobrze to leczenie. Powikłań ze strony narządu słuchowego, ani objawów zakażenia autor nie zauważył. Należy tylko unikać podczas leczenia silnego siąkania nosa i tamponować naraz po jednej tylko stronie. Skutek był zawsze zadowalniający. Metoda ta poleca się w przypadkach, w których chorzy źle znoszą kwas mlekowy, gdy choroba rozciąga się w płaszczyźnie i gdzie pożądanem jest unikanie większej wydzieliny z nosa, wreszcie przy jednoczesnym liszaju nosa od zewnątrz. Przy tem leczeniu unika się następowego zwężenia otworu nosowego, natomiast trwanie tego leczenie jest dłuższem, niż leczenia kwasem mlekowym. *Spira.*

Pagenstecher. **Odosobnione rozdarcie więzadeł krzyżowych kolana.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift* 1903, Nr. 47). Autor spostrzegał w krótkim czasie trzy tego rodzaju przypadki, które leczył operacyjnie. Są to przypadki rzadkie i P. mógł się zapomocą doświadczeń na trupach przekonać, że do rozerwania tych więzadeł potrzebną jest znaczna siła. Nieco liczniejsze spostrzeżenia autorów dotyczą wolnych ciał w stawach, powstających po względnie nieznacznych urazach, a wychodzących z przyczepów więzadeł krzyżowych; prawdopodobnie przyczepy tych więzadeł do kości udowej nie są tak wytrzymałe; przyszłość zresztą wyjaśni, czy w przypadkach tych nie odgrywały roli łamliwość kości i schorzenie stawów z powodu wiądu rdzenia, lub innych zaburzeń rdzeniowych.

Autor wnioskuje ze swoich spostrzeżeń, że uszkodzenia więzadeł krzyżowych zdarzają się niezbyt rzadko, i tylko z powodu ukrytego położenia mogą być na razie więcej przypuszczane, niż rozpoznane. Naprężenia, wydarcia z kawałkiem kości i chrząstki, lub bez tego, można oznaczyć jako „wewnętrzne nadwichnięcie" (*innere Distorsion*) kolana w przeciwstawieniu do »*derangement interne*«, t. j. rozdarcia łąkotek śródstawowych (menisków). Kręcenia, nadmierne zginania i wyprostowania mogą wywołać nadwichnięcie wewnętrzne i jeśli sposób, w jaki doszło do uszkodzenia jest znany, można i z tego wyprowadzić rozpoznanie. Klinicznie występ-

puje krwiak stawu i dolegliwa bolesność, zniewalająca do unieruchomienia stawu. Tylko pod wpływem bardzo znacznej siły, wywołującej uszkodzenia uboczne, lub przynajmniej naprężenia innych więzadeł, przychodzi do prawidłowej ruchomości. Nieraz potrafi uszkodzony dalej pracować, lecz dla poważniejszych uszkodzeń więzadeł krzyżowych warunki gojenia nie są bardzo pomyślne w przeciwstawieniu do rozdarć więzadeł zewnętrznych kolana, które prawie zawsze zapomocą prostego leczenia gładko się goją i zrastają. Natomiast po uszkodzeniach więzadeł krzyżowych przychodzi łatwo do wytworzenia stawu cepowego, albo do przewlekłego zapalenia stawów lub kości stawów (*osteoarthritis*), do urazowego zniekształtniającego zapalenia stawów i może do powstania wolnych ciał stawowych. Leczenie według P. polega na wkroczeniu czynnem, jeśli po ustąpieniu pierwszego okresu zapalnego pozostaje znaczniejszy krwiak lub silniejsze zaburzenia; autor osiągnął w swoich trzech przypadkach doskonały wynik po zeszyciu rozdartych więzadeł krzyżowych. Dla wyrobnika bowiem o wiele korzystniejsza jest lekka sztywność kolana, niż kolano cepowe. Przy tem leczeniu można także usunąć luźne odłamki kości, któreby się zamieniły na t. zw. myszki stawowe. *Dr. Fels.*

Küstner. **Wgojenie się sieci do jamy macicy po jej przedziurawieniu skrobaczką i uwagi nad uniknięciem i leczeniem tych przedziurawień wogóle.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* Tom 18, Zeszyt 2, 1903). Autor podaje historye dwóch przypadków: w jednym przydarzyło się coś podczas skrobanki, czego chora nie umie opisać; wie tylko, że wystąpił silny krwotok i zapalenie, wskutek którego leżała tygodniami w łóżku. Od tego czasu (lat 4) cierpi na nieregularne krwawienia. Ponieważ chora na powtórną skrobankę zgodzić się nie chciała, inne środki zawiodły, a przy badaniu jamy macicy zgłębnikiem wyczuwano nierówności, wyjęto całą macicę. Przytem okazało się, że dno jej było z siecią tak silnie zrośnięte, że trzeba było ją podwiązać i odciąć. Część jamy macicy wypełniona była tkanką tłuszczową, przyrośniętą do jej dna. Tkanka ta przechodziła w tem miejscu przez całą grubość ściany, aż do miejsca podwiązania sieci. W drugim przypadku, w którym poprzednio również wykonana była skrobanka, szło także o krwawienia. Wskutek tego, że zgłębnikiem natrafiono w jamie macicy na nierówności, wykonano skrobankę próbną, przyczem z macicy wydostawały się prócz strzępów błony śluzowej znaczne ilości tkanki tłuszczowej. W przekonaniu, że i tu szło o wgojenie się sieci, wciągniętej przez otwór, przypadkowo zrobiony przy poprzedniej skrobance, wykonano wyjęcie macicy. I tu przebieg operacyi i wynik badania otwartej macicy potwierdził przypuszczenie, znaleziono bowiem tensam obraz, co i w pierwszym przypadku. Mimo że przedziurawienia macicy przy skrobance nie zdarzają się znowu zbyt rzadko, niema w całem piśmiennictwie ani wzmianki o podobnem wgojeniu się sieci, które przecież tak łatwo można wytłomaczyć. Prawie u wszystkich kobiet zwisa sieć aż do wchodu miednicy i przykrywa dno, względnie tylną ścianę macicy. W chwili przedziurawienia dna natrafia skrobaczka właśnie na tę część sieci, przyczem wskutek siatkowatej jej budowy może o nią zaczepić i przy wyciąganiu narzędzia wciągnąć ją do jamy macicy. Część sieci może odejść niespostrzeżenie z wyskrobanemi masami, część zaś pozostaje w jamie i zlepia się z błoną śluzową tem łatwiej, że ta jest odświeżoną przez skrobankę. Tosamo może się zdarzyć i z pętlą jelita. Winę ponosi częściowo kształt skrobaczki, a mianowicie jeśli ma koniec haczykowato zagięty, choćby nawet pod kątem tępym. Przedewszystkiem jednak odpowiedzialnym jest sam sposób skrobania. Po wprowadzeniu skrobaczki do dna macicy należy wykonywać nią ruchy obrotowe, a nie, jak to zwykle się robi, ruchy zeskrobujące pasami z góry na dół; przy tem bowiem postępowaniu, szczególnie, jeżeli ruchów nie wykonuje się systematycznie i używa za dużej siły, może łatwo przyjść do przebicia ściany. Nadto trzeba przyjąć jako konieczną zasadę, by ujście macicy było dostatecznie rozwarte, a w każdym razie tak, iżby można bez użycia siły wprowadzić skrobaczkę aż do dna macicy. Są przecież sposoby, które nam pozwalają rozszerzenie to uskutecznić na jednem posiedzeniu, bezpośrednio przed zabiegiem. Dalszym koniecznym i tak łatwo wykonalnym warunkiem jest poprzednie zmierzenie długości jamy zapomocą zgłębnika, aby w każdej chwili wiedzieć, jak głęboko wolno wsunąć skrobaczkę. Ostrożności tych należy szczególnie ściśle przestrzegać przy podejrzeniu raka macicy i po poronieniu. Podejrzywając raka, należy pamiętać, że niema to być skrobanka w ścisłem tego słowa znaczeniu, gdyż idzie tylko o otrzymanie choćby skąpych mas celem ich zbadania drobnowidowego, a nie o zabieg leczniczy. Przy resztkach jaja płodowego pewniej jest posługiwać się tylko palcem, o ile się to udaje. Jeszcze na jednę okoliczność zwraca autor uwagę. Zdarza się, że ściana macicy jest uszkodzona po poprzednich skrobankach, miejscami jakby wygryziona. Otóż lekarz, skrobiąc znowu taką macicę i nie pamiętając o tej możliwości, natrafia naturalnie na takie miejsca, gdyż skrobaczka zahacza się o nie i w mniemaniu, że nierówności są właśnie jakiemiś polipami, które należy usunąć, skrobie z całą siłą, aż przedziurawi i tak już nadwątloną ścianę. Autor sądzi, że uwzględniając te ewentualności i wskazane warunki, można na pewno uniknąć przedziurawienia macicy, chyba że istnieje jakiś czynnik uspasabiający, przypadkowy, a wtedy jest się usprawiedliwionym wobec siebie i chorej. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Doc. Goldberg-Złatogorow. **Bakteryologiczne rozpoznawanie moru w trupach.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 36—37). Badania G. miały na celu wykazać 1) biologiczne i morfologiczne zmiany, jakim ulegają laseczniki morowe w rozkładającym się trupie; 2) jak długo laseczniki morowe żyją w trupach, do których nie jest zatamowany dostęp powietrza o rozmaitej ciepłocie; 3) jakich metod należy używać dla wykazania laseczników morowych w trupie w rozmaitych okresach jego rozkładu. Wyniki tych badań są następujące: 1) jedynie pewną metodą jest bezpośrednie zakażenie zwierząt materyałem, podejrzywanym o zawieranie laseczników moru; 2) najodpowiedniejszemi zwierzętami dla prób zakażenia są świnki morskie; 3) metody zakażenia powinny być rozmaite, zależnie od stopnia rozkładu zwłok, a w świeżych trupach i od liczby laseczników; 4) dla trupów świeżych i mało zmienionych najlepszą metodą jest wstrzykiwanie zwierzętom pod skórę lub do otrzewnej zawiesiny z badanego materyału; w razie małej liczby laseczników należy stosować wstrzykiwanie otrzewnowe; 5) jeśli trup uległ rozkładowi, nie natyle jednak, żeby nie można było odróżnić narządów wewnętrznych, należy poddawać badaniu śledzionę lub gruczoły zajęte, jako narządy, w których laseczniki morowe zachowują się najdłużej; tu należy stosować nietylko podskórne wstrzykiwanie, lecz również zakażać błonę śluzową nosa po poprzedniem jej poranieniu; 6) w trupach, uległych zupełnemu zniszczeniu, najlepsze wyniki można otrzymać, używając zakażenia błony śluzowej nosa po poprzedniem jej poranieniu; 7) im niższą jest ciepłota, w której trup był przechowywany, tem dłużej żyją w nim laseczniki morowe: w c. 30°—35° C. już po 5 dobach nie można wykazać laseczniki, w c. 12—18° C. dopiero po 28, w c. 3—5° po 109 dobach, w ciepłocie zaś 0° laseczniki można było wykazać nawet po 140 dobach; 8) w trupie, który leżał 4 miesięcy i więcej, jadowitość laseczników morowych obniża się; 9) laseczniki morowe przechowują się najdłużej w gruczołach; 10) lasecznik morowy przybiera w trupie kształty kuliste już po kilku dniach, zwłaszcza, gdy trup przechowuje się w ciepłocie nizkiej. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Doc. Dez. Kuthy. **Badania ergograficzne u suchotników.** (*Ungar. med. Presse* Nr. 22, 1903). K., dyrektor zakładu Elżbiety dla suchotników, donosi o wynikach badania siły mięśniowej, które przeprowadził u 78 suchotników (54 m., 24 k.), przyczem posługiwał się zmodyfikowanym ergografem Angelo Mosso. W pierwszym okresie gruźlicy było 22, w drugim 42, w trzecim 14-tu chorych. Mierzono siłę mięśniową przeważnie między godziną 5—7 wieczorem, kiedy chorzy nie byli ani po obfitszem pożywieniu, ani po zabiegach wodoleczniczych. U 33 chorych mierzono z początku siłę mięśniową o 9-tej godzinie rano, po leczeniu hidryatycznem, które mogło przez podniecenie unerwienia powiększyć przemijająco pracę mięśniową. To nie mogło jednak zaważyć na szali, ponieważ u tych chorych także mierzono później siłę mięśniową w godzinach wieczornych. Z przytoczonych przez K. liczb wynika, iż w przebiegu leczenia sanatoryalnego, jeżeli ono łączy się z wodoleczeniem, wzmaga się siła mięśniowa w $^2/_3$ przypadków. Dowodzi tego też najczęściej uderzająca poprawa stanu ogólnego. Widzimy z tego, jak wielce korzystny wpływ wywiera metodyczne stosowanie bodźców zimna na odżywianie mięśni i ruchowe unerwienie. *Baschkopf.*

C. E. Bloch. **Badanie nieżytu żołądka i kiszek u oseskow.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* Nr. 58, 8 B. 5 H. 1903). Autor opisuje szczegółowe badanie drobnowidowe i bakteryologiczne ze stołu sekcyjnego w 10 przypadkach chorób żołądka i kiszek, z których w 7 przypadkach rozpoznano klinicznie ostre zapalenie żołądka i kiszek, a w 3 przewlekły nieżyt żołądka i kiszek. Zaraz z chwilą śmierci ustalano narządy jamy brzusznej zapomocą wstrzyknięcia 10% rozczynu formaliny, następnie przepłókiwano w płynącej wodzie i przechowywano w 60% alkoholu. Do barwienia stosował autor metodę van Giesona, zaś do barwienia komórek używał potrójnego barwika (Methylgrün, Säurefuchsin i Orange) wedle metody Ehrlich-Biondi-Heidenhaina, a do barwienia bakteryi metody Grama i tioniny. Badania te wykazały, że w ostrych i przewlekłych zapaleniach żołądka i kiszek oseskow idzie o sprawę zapalną błony śluzowej kiszek, przedewszystkiem w okolicy biodrowokątniczej. Głębsze zmiany zapalne zwykle rozciągają się na mały

odcinek przytykającego jelita cienkiego, oraz na kiszkę grubą. Wyjątkowo może sprawa zapalna przejść na dwunastnicę, lecz większa część jelit cienkich jest wolna zawsze od silniejszych zmian zapalnych, a przybłonek i gruczoły błony śluzowej są po większej części dobrze zachowane. Ścisłe odgraniczenie ostrej postaci zapalnej od przewlekłej anatomicznie i klinicznie wykonać się nie da.

Dr. Komorowski.

V. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

§. 43 *e.*

Projekt rozszerzenia władzy dyscyplinarnej Rad honorowych nie jest rzeczą nową. Izby lekarskie już w pierwszych latach swego istnienia spostrzegły, że cała ustawa o Izbach nie odpowiada ani potrzebom stanu lekarskiego, ani zadaniu Izb. Już w roku 1896 na wiecu Izb we Wiedniu podnosiły się głosy w tej sprawie, a w roku następnym na wiecu w Gracu rzecz ta była przedmiotem długich i gruntownych rozpraw. Wskazano już wtedy na liczne niedostatki w ustawie o Izbach, szczególniej zaś w ustępach, dotyczących Rad honorowych, niedostatki, które z góry paraliżują dodatnią działalność Izb; podniesiono, że stopniowanie kar, przyjęte w ustawie, nie jest ani logiczne, ani słuszne, że środki, jakich ustawa dostarcza Radom do przeprowadzenia śledztwa, są za szczupłe, że jedyną instancyą, do której skazany może się odwołać, jest krajowa władza polityczna, że wreszcie wysokość kary często nie odpowiada ciężkości przewinienia. Izba wiedeńska już w tym roku uczyniła wniosek, zmierzający do rozszerzenia władzy dyscyplinarnej Rad aż do zawieszenia prawa praktykowania. Wniosek ten jednak jednomyślnie odrzucono, wychodząc z tej słusznej zasady, że wobec tak znacznych braków w ustawie o Izbach niepodobna przyznawać Radom tak daleko idącej prerogatywy. Wybrano natomiast Komitet, złożony z delegatów Izb: wiedeńskiej, niższo-austryackiej i wschodnio-galicyjskiej i powierzono mu ułożenie projektu nowej ustawy o Izbach. Na następnym wiecu Izb (1898) we Lwowie, w trakcie rozpraw nad projektem nowej ustawy o Izbach, pojawił się znowu wniosek delegata Izby wiedeńskiej, żądający przyznania Radom prawa zawieszania w praktyce, ograniczonego jednak do tej Izby, do której skazany należał. Wniosek ten jednak upadł z tych samych powodów, co poprzedni wniosek Izby wiedeńskiej. V wiec Izb w Gracu (1899) podniósł władzę dyscyplinarną Rad do prawa nakładania grzywien aż do wysokości 1000 koron; gdy jednak podczas rozpraw wyłonił się wniosek Izby morawskiej, żądający rozdziału Izb od Rad tak, jak to ma miejsce w Izbach adwokackich, wiec wybrał Komitet, złożony z delegatów Izb: wiedeńskiej, niższo-austryackiej, morawskiej i wschodnio-galicyjskiej i powierzył mu ponowne ułożenie projektu ustawy w myśl żądań, podniesionych na wiecach, wyrażając przytem życzenie, by projekt ten przy pomocy znawcy-prawnika także pod względem jurydycznym jak najdokładniej opracowano. Komitet przedstawił wynik swych prac na wiecu Izb VII. (1902) w Czerniowcach. Tu pokazało się, że już w Komitecie zdania były podzielone, a różnica zapatrywań koncentrowała się głównie około rozszerzenia władzy dyscyplinarnej: Izba wiedeńska i niższo-austryacka żądały bowiem odebrania prawa praktykowania, jako najwyższej kary, delegaci zaś dwóch drugich Izb uważali taką karę za zadaleko idącą. Po bardzo gorących rozprawach zarządzono głosowanie, w którem 11 Izb oświadczyło się za zawieszeniem, 7 przeciw. Wynik głosowania na wiecu nie miał znaczenia zobowiązującego Izby, miał być tylko dla nich wskazówką, jakie zapatrywania w Izbach przeważają, taksamo, jak i cała dyskusya miała dać tylko wyraz tym zapatrywaniom, bez wywierania jakiegokolwiek nacisku na postanowienie Izb. Ostatecznie sprawę odesłano do Izb dla szczegółowego rozpatrzenia. W toku rozpraw wyłoniła się jednak na wniosek Izby wiedeńskiej rzecz nowa, bardzo doniosłej, rzec można, rozstrzygającej wagi, mianowicie — potrzeba ustawy dla lekarzy (t. zw. Aerzte-Ordnung). Delegat Izby wiedeńskiej podniósł z naciskiem, że niemal wszystkie usiłowania Izb były dotychczas bezowocne dlatego, że nigdzie w ustawach państwowych Austryi niema dotąd opisanych i prawnie ustalonych praw lekarzy. Wszystkie paragrafy ustaw, oraz dekrety dworskie i rozporządzenia mówią wyłącznie o obowiązkach lekarzy. Stąd pochodzi, że nietylko Izby w swych słusznych żądaniach nie mogą się oprzeć na odnośnych ustępach ustawy, ale i władze w takich razach są w kłopocie, jak żądaniom Izb uczynić zadosyć, skoro ich prawnie uzasadnić nie można. Wiadomo zaś, że PP. referentom u władz zasada słuszności wystarczyć nie może i dopiero wtedy nabiera wagi, gdy jest popartą paragrafem ustawy, lub przynajmniej rozporządzenia. Gdy zaś tak rzeczy stoją, przeto nie wystarcza stworzenie projektu nowej ustawy o Izbach, lecz należy wszystkie siły wytężyć w tym kierunku, by u władz uzyskać ustawowe ustalenie praw stanu lekarskiego; należy też projekt nowej ustawy o Izbach uważać za integralną część takiej nowej ustawy o lekarzach w ogólności i przyjęcie nowej ustawy o Izbach uczynić w treści i formie zależnem od przyjęcia całej nowej ordynacyi lekarskiej (Aerzte-Ordnung). Na podstawie tych wywodów Izby wiedeńskiej uchwalono na wiecu czerniowieckim, by dotychczasowy Komitet przedłożył Izbom projekt ustawy o lekarzach. Projekt taki wszedł też w ciągu roku 1903 do każdej z Izb z osobna, a zatem i do Izby zachodnio-galicyjskiej i był tam przedmiotem rozpraw na posiedzeniach wydziału, a wreszcie na posiedzeniu pełnej Izby, która projekt w całości przyjęła, zastrzegając tylko zaprowadzenie wyborów przymusowych. Izba krakowska wychodziła bowiem z tego zapatrywania, że rozszerzenie władzy dyscyplinarnej Rad tak długo nie może sięgać aż do prawa zawieszenia w praktyce, jak długo wybory do Izb nie dają tej rękojmi, że wybrani członkowie Izb są przedstawicielami rzeczywistej większości lekarzy. Na wiecu Izb w Lincu (1903) delegat Izby zach. gal. postawił też odnośne żądanie. Wiec przyjął zapatrywanie Izby zach. gal. jednomyślnie i uczynił poprawkę w projekcie ustawy. Wobec tego w głosowaniu ostatecznem delegat Izby zach. gal. głosował w myśl postanowienia swej Izby za przyjęciem projektu nowej ustawy o lekarzach. W głosowaniu tem §. 43 *e* przeszedł 11 głosami przeciw 8, a zatem nieznaczną większością. Uchwała wiecu, jako nie obowiązująca, musi być przez każdą Izbę z osobna ratyfikowana: Izba zach. galicyjska ratyfikowała uchwałę wiecu bez zmian na posiedzeniu z dnia 19. XII. 1903. Taka jest dotychczasowa historya §. 43, *lit. e;* ze stanowiska pragmatycznego i społecznego przedstawia się ta sprawa następująco:

Dziesięcioletnie doświadczenie wykazało, że zakres władzy dyscyplinarnej, przyznany Radom ustawą z roku 1891, jest za szczupły. Gdyby społeczeństwo lekarskie składało się wyłącznie z jednostek, pod względem etycznym bardzo wysoko stojących, to bezwątpienia już sama nagana ze strony Rady honorowej byłaby karą dotkliwą i dostateczną. Jeszcze w roku 1896 łudził się pod tym względem delegat Izby niższo-austryackiej, twierdząc, że ówczesne doświadczenie nie daje jeszcze powodu do surowego występowania przeciw lekarzom, przypadki bowiem wykroczenia przeciw interesom i czci stanu są i rzadkie i małoznaczne. Niestety, późniejsze lata nie potwierdziły tej pochlebnej opinii, owszem wykazały, że stosowanie obecnych kar jest albo bezowocnem, albo niedostatecznem. Błąd leżał w samej ustawie. Nie pomawiając nikogo o złą wolę, ani o mniej przychylne usposobienie dla stanu lekarskiego, spostrzedz przecież można, że cała ustawa z roku 1891, jakkolwiek dla obrony interesów stanu lekarskiego wydana, nie daje przecież Izbom tej władzy, któraby ich staraniom nadawała moc i powagę, a Rady honorowe wyposaża takimi środkami, które działanie ich z góry musi uczynić problematycznem. Procedura karna w Radach nie opiera się na zeznaniach świadków w takiej ilości, jak tego dana sprawa wymaga, gdyż Rada honorowa innych świadków, prócz lekarzy cytować nie może; od wyznaczonej kary przysługuje skazanemu prawo rekursu do krajowej władzy politycznej, ale tylko co do błędów formalnych; egzekucya grzywny w razie nie uiszczenia dobrowolnego może być przez skazanego z łatwością uniemożebniona, bo Rada niema prawa żądania przysięgi manifestacyjnej itp. itp. Braki te czuły Izby dotkliwie i pojawiły się też zdania, że należy z całą energią domagać się od Rządu uchylenia tych braków. Kto jednak w tych czasach imieniem Izb stykał się z władzami, ten z góry z całą pewnością mógł się przekonać, że ułatwień śledczych i karnych żadną miarą nie uzyska. Bliską zatem była myśl rozszerzenia zakresu dyscyplinarnego Rad, jako motywu, któryby Rząd do ustępstw skłonił. W tej też myśli w roku 1897 Izba wiedeńska uczyniła swój wniosek. Rzecz jasna, że dla tych tylko względów przyjęcie wniosku Izby wiedeńskiej było niemożliwem. Pomysł jednak, na razie odrzucony, musiał mieć swe ugruntowanie ważniejsze, skoro od tego czasu w tej lub innej formie pojawia się w debatach Izb, oraz na rozprawach wiecowych. Jak długo jednak pomysł traktowany był z osobna, jako przywilej Rad honorowych, spotykał się ze słuszną, stałą i powszechną opozycyą. Dopiero wniosek Izby wiedeńskiej na wiecu w Czerniowcach (1902) nadał całej sprawie nowy obrót i zgoła inne znaczenie.

Jak już wspomniano, Izba wiedeńska twierdziła, że sama poprawa ustawy o Izbach nie zdoła nas doprowadzić do celu, ale ustawowe i ścisłe określenie naszych praw, że zatem z całą energią należy się domagać od rządu ustawowego oznaczenia naszego

stanowiska w społeczeństwie tak, aby Izby stały na straży nietylko naszych obowiązków, ale i naszych praw. W związku z tem domaga się zatem projekt ustawy dla lekarzy zniesienia lub zmiany dawnych dekretów i rozporządzeń, które z dzisiejszym rozwojem stanu lekarskiego nie licują, oraz zastrzeżenia dla lekarzy niektórych praw, bez których i byt lekarzy jest zagrożony i obrona ich interesów przez Izby niemożliwą. Dlatego żąda projekt:

1. Ograniczenia prawa wykonywania praktyki lekarskiej wyłącznie do lekarzy dyplomowanych i na listę Izby wpisanych.

2. Zaliczenia lekarzy wojskowych i rządowych do grona lekarzy, wpisanych na listę Izby (przy równoczesnem wyłączeniu ich z pod władzy dyscyplinarnej Rad honorowych).

3. Unormowania sprawy wydawania świadectw lekarskich tak, by każdy lekarz miał prawo, ale nie miał obowiązku, wydawania świadectw, przyczem podanie dyagnozy mogłoby być w niektórych przypadkach pominięte.

4. Uwolnienia lekarzy od przymusu dawania pomocy w nagłych przypadkach, jeżeli:

a) lekarz ma po temu dostateczny powód;

b) jeżeli tensam lekarz był już kilkakrotnie przez tęsamą stronę z racyi rzekomo nagłej potrzeby w błąd wprowadzony.

5. Postanowienia, że lekarza nie można zmusić do leczenia w przypadkach nie nagłej choroby; że lekarzowi wolno bez podania powodu odstąpić od leczenia chorego, byle to stronie wyraźnie oświadczył i dał jej czas do postarania się o innego lekarza; że wreszcie lekarzowi wolno zaprzestać leczenia natychmiast, gdy stwierdzi, że jego poleceń wcale nie wykonują, że bez jego wiedzy zawezwano innego lekarza, że go poczytalny chory (lub ktoś z jego otoczenia) obraża, lub za doznane obelgi nie daje zadosyćuczynienia, przyczem jednak ma otwarcie oświadczyć, że leczenia zaprzestaje.

6. Postanowienia, że lekarz ma prawo w przypadkach stwierdzonego ubóstwa żądać wynagrodzenia za swą pracę od gminy, Kas chorych itp. instytucyj.

7. Postanowienia, że lekarz wolny jest od składania świadectwa wobec Sądu, lub innej władzy o rzeczach, które mu chory, jako lekarzowi ordynującemu, powierzył (zmiana §. 498 ustawy karnej).

8. Zniesienia §. 359 ustawy karnej, który żąda od lekarza donoszenia o przypadkach choroby, zranienia, porodu lub śmierci, w których jest podejrzenie zbrodni lub przekroczenia.

9. Zniesienia §. 879 ustawy cywilnej, który odmawia umowom między lekarzem, a stroną wartości i postanowienia, by lekarzowi wolno było przy czynnościach nie nagłych wymówić sobie z góry wynagrodzenie i by w przypadkach sporów co do wysokości wynagrodzenia wolno było tak lekarzowi, jak i stronie zwrócić się do Izby z prośbą o ugodowe załatwienie sporu.

10. Postanowienia, że wszelkie posady stałe przy Kasach chorych, brackich, przy instytucyach humanitarnych, towarzystwach ubezpieczeń itd. mają być przyjmowane wyłącznie na zasadzie prawnie ważnej umowy, która przed ostatecznem podpisaniem ma być przedłożona Izbie do zatwierdzenia (myśl, poruszona po raz pierwszy przez Izbę krakowską na wiecu Izb we Lwowie).

Dalsze części projektu żądają, by lekarze do Izby przynależący, byli obowiązani wziąść udział w wyborach do Izby (wniosek Izby krakowskiej); by Rady honorowe były instytucyami samoistnemi, od wydziału Izby niezależnemi, a tylko przez pełną Izbę mianowanemi; by wyroki Rady honorowej. były wyjęte z pod nadzoru Władzy politycznej, a poddane opinii dwóch instancyi apelacyjnych, z których jedną jest pełna Izba, a drugą Senat dyscyplinarny, jeden dla całej Austryi, by dla umożliwienia ściągnięcia grzywien dopuszczana była przysięga manifestacyjna, by dla dokładności postępowania dyscyplinarnego śledztwo można przeprowadzać w Sądzie i to pod rygorem przysięgi, by wreszcie granicę władzy dyscyplinarnej Rady honorowej przesunąć aż do możności odebrania prawa praktykowania (§. 43 *e*).

Wszystkie wyliczone tutaj punkta projektu uzyskały jednomyślną aprobatę Izb, tylko punkt ostatni spotkał się z żywą opozycyą. Izba wiedeńska uważała ten punkt za konieczny dla tego, że jakkolwiek kara zawieszenia mogłaby być zastosowaną w nader rzadkich i wyjątkowych tylko przypadkach, przecież groźba tej kary i jej możliwość sama mogłaby raz na zawsze zapobiedz cięższym wykroczeniom przeciw czci stanu. Izba krakowska podzielała do pewnego stopnia to zapatrywanie Izby wiedeńskiej; wzgląd ten wydawał się jej jednak niewystarczającym.

Na korzyść §. 43 *e*. rozstrzygnął wzgląd inny.

Doniosłość żądań, wyłuszczonych w projekcie ustawy, jest ogromnej wagi dla stanu lekarskiego, a słuszność ich nie potrzebuje chyba długich wyjaśnień i ugruntowań. Uzyskanie spełnienia tych żądań od ciała prawodawczego w państwie jest nie tylko warunkiem pożytecznego istnienia Izb, ale i warunkiem naszego spółczesnego bytu. Żądania te, jeśli je władza prawodawcza spełni i ustawowo określi, dokonają organizacyi stanu lekarskiego i postawią nas w społeczeństwie tak, jak tego wymaga pora obecna, stosunki społeczne i nasze położenie materyalne i moralne. Jeżeli jednak od władzy prawodawczej domagamy się przyznania nam słusznych zresztą praw, bez których egzystencya stanowa wydaje się nam niemożliwą, to nawzajem należy z naszej strony dać Władzy i społeczeństwu rękojmię, że stróżem przyznanych praw i obowiązków przyjętych lub nałożonych będzie instytucya, wolnym wyborem z naszego łona wyszła i wyposażona takimi środkami, które nieposzanowanie tych praw i obowiązków wykluczają. I tu przedstawił się §. 43 *e*. poprostu jako logiczny postulat naszych własnych żądań.

Nie idzie zatem, by trudności, jakie §. 43 *e*. stwarza, były przez to zniesione. Zarzuty, jakie przeciw wprowadzeniu §. 43 *e*. podnoszono, były bardzo poważne.

Zauważono przedewszystkiem, że skoro Rada honorowa (Izba) nie nadaje prawa praktykowania, przeto nie może też tego prawa odbierać. Zarzut ten, w teoryi pięknie brzmiący, nie wytrzymuje krytyki. Wszelka bowiem władza, mająca prawo karania, stoi na tem stanowisku, że celem jej jest obrona społeczeństwa przed jednostkami szkodliwemi, inaczej kary, więzienie, grzywny i t. d. nie miałyby wcale ugruntowania teoretycznego. W danym przypadku społeczność lekarska nie chce także nic innego, jak tylko ochronić się przed jednostkami szkodliwemi i to dlatego, że interes lekarzy schodzi się w tych przypadkach z interesem całego społeczeństwa. Zresztą Izby są tu i w tym względzie w dobrem położeniu, boć przecież projekt czyni prawo praktykowania zawisłem od wpisania na listę Izby. Izba zatem poniekąd ma prawo nadawania prawa praktyki, jako ta instancya, która orzeka, czy kandydat posiada warunki, uprawniające go do wykonywania praktyki lekarskiej.

Zarzucono dalej, że przez wprowadzenie §. 43 *e* otwiera się na oścież bramy partactwu. Zarzut ten nie ma przedewszystkiem podstawy teoretycznej. Lekarz, pozbawiony prawa praktykowania wyrokiem senatu dyscyplinarnego nie staje się temsamem „partaczem“, choćby nawet bezprawnie dalej praktykował. Pojęcie „partacza“ wyklucza posiadanie tych warunków, od których zależy wpisanie na listę Izby, a których przecież lekarz skazany *eo ipso* nie utracił. Jak sobie władze z tak „bezprawnie“ praktykującym lekarzem poradzą, to nas już bliżej nie obchodzi; nam bowiem chodzi tylko o to, by zaznaczyć, że lekarz ten do naszego grona niema prawa się zaliczać i że za jego postępowanie społeczność lekarska nie bierze na siebie odpowiedzialności. Z drugiej strony obawa powiększenia szeregów „partaczy“ tylko w takim razie miałaby pewne uzasadnienie, gdybyśmy mogli przypuszczać, że wyroki Rady honorowej, odsądzające od prawa praktyki, będą częste. Tak przecież jednak nie jest i nie będzie i o to nas nawet nasi nieprzyjaciele, których nam nie brak, posądzić nie mogą.

Podnoszono dalej, że w niektórych prowincyach monarchii stosunki narodowościowe i wyznaniowe tak się nieszczęśliwie złożyły, że zachodzi obawa wyroku stronniczego ze względów narodowościowych lub wyznaniowych. Gdy się jednak zważy, jakie ostrożności instancye wyrokujące zachować muszą przy wyrokowaniu i jak daleko idzie prawo odwołania się skazanego, to poprostu trudno przypuścić, iżby te względy mogły kiedykolwiek mieć moc decydującą. Najcięższy zarzut wyszedł ze strony Izb morawskiej, lwowskiej i czeskiej. Polegał on na twierdzeniu, że odebranie prawa praktykowania równa się zrujnowaniu skazanego bez dania mu możności zdobycia sobie chleba za pomocą ciężką pracą nabytej wiedzy. Stanowiska lekarza nie można porównywać ze stanowiskiem adwokata, gdyż po pierwsze tytuł doktora praw nie daje jeszcze prawa do otwarcia kancelaryi adwokackiej, podczas gdy tytuł doktora medycyny jest jednoznacznym z prawem praktykowania, a powtóre lekarze daleko częściej, niż adwokaci, zajmują posady stałe, połączone z prawem emerytury; usunięcie zatem od praktyki dotyka ich daleko boleśniej, niż adwokatów, którzy zresztą nawet po utracie godności adwokackiej mogą zarobić sobie na chleb na innem polu i swoje wiadomości prawnicze w innym kierunku wyzyskać. Zarzut ten był w znacznej liczbie Izb decydującym i każdy przyzna, że jest bardzo ważny. Gdyby zatem dla zadośćuczynienia wspomnianym już żądaniom społecznym okazała się jako inna droga możliwa, to już z uwagi na ten zarzut sam przez się, należałoby nie zezwolić na wprowadzenie § 43 *e*. Niestety, nie widzimy i dotąd nikt nie umiał podać sposobu, któryby § 43 *e* mógł w zupełności zastąpić. W takim razie interes jednostki musi ustąpić pierwszeństwa interesowi stanu całego... Jakkolwiek zatem zastosowanie § 43 *e*, choćby tylko w rzadkich przypadkach wykonane, jest rzeczą nad wyraz przykrą, to przecież racya stanu w danym przypadku musi być silniejszą i życzyć tylko sobie można, by Rady honorowe nie były nigdy w ciężkiem położeniu, w którem by były zmuszone do takiego rygoru. Na szczęście

ta racya stanu wtedy tylko będzie w grę wchodzić, gdy będzie sprawa niepoprawnego szkodnika, którego społeczeństwo lekarskie dla dobra całego stanu bądź co bądź pozbyć się musi. Z tych powodów Izba zachod. galic. postanowiła głosować za wprowadzeniem § 43 *e*, jako logicznego postulatu wszystkich żądań, objętych całym projektem ordynacyi lekarzy, czyniąc przytem zawisłem przyjęcie tego § od zmiany w ordynacyi wyborczej, o której przedtem już wspomniano.

Czynność kodyfikacyjna Komitetu nie mogła się z natury rzeczy skończyć na postawieniu § 43 *e* — : należało jeszcze w ustawie o Radach honorowych poczynić takie zmiany, któreby dawały jak najdokładniejszą rękojmię ścisłego prowadzenia śledztwa, rękojmię sprawiedliwego i umotywowanego wyroku, oraz możebność rewizyi procesu i t. d. w paru instancyach, wychodzących także z wolnego wyboru lekarzy, a nie pozbawionych doświadczenia ściśle prawniczego. Dlatego wstawiono paragrafy o współdziałaniu sądów w śledztwie, dano możebność odwołania się naprzód do pełnej Izby, a ostatecznie do t. zw. Senatu dyscyplinarnego, złożonego z 3 sędziów, wybranych z grona lekarzy na wiecu Izb lekarskich, z jednego sędziego ze stanu sędziowskiego i z jednego sędziego z pośród urzędników politycznych administracyjnych, mianowanych przez odnośnych ministrów. Postanowiono dalej, że kara odebrania prawa praktykowania może być zastosowana tylko wtedy, gdy lekarz trzykrotnie dopuści się ciężkich wykroczeń przeciw godności stanu, gdy zatem dozwolonem jest przypuszczenie, że lekarz ten stale jest niepoprawnym i rozmyślnie stale działa na szkodę stanu lekarskiego, że wreszcie odebranie prawa praktykowania może być za pierwszym razem zawyrokowane tylko na jeden rok, a dopiero po powtórzeniu się ponownem zawieszenie mogłoby być trwałe. Takie ograniczenie możliwości zastosowania § 43 *e* daje chyba rękojmię, że jeśli wogóle w jakim przypadku Rada honorowa będzie musiała tak ciężki wydać wyrok, to wyrok ten dotknie chyba jednostkę, która absolutnie nie ma prawa zaliczać się do naszego grona, jednostkę, dla której względy litości za daleko idące byłyby błędem wobec stanu lekarskiego, a grzechem wobec społeczeństwa.

Jak wiadomo, Izba zachod. galic. na posiedzeniu w d. d. 19 XII b. r. ratyfikowała uchwały wiecu VIII w Lincu, a tem samem przyjęto projekt nowej ustawy o lekarzach w tej postaci, jaką na tym wiecu ostatecznie uzyskała. Zachodzi pytanie, co teraz?

Z porządku rzeczy, skoro wiec projekt większością uchwalił, powinno się teraz czynić starania, by projekt ten uzyskał przyjęcie przez ciało prawodawcze państwowe. Do tego jednak bardzo, bardzo daleko... Gdybyśmy nawet mieli przyjaciół w Radzie państwa, gdyby się nawet znalazła pewna liczba posłów, któraby zechciała, oceniając nasze stanowisko społeczne, uwzględnić słuszne nasze żądania, to i tak projekt miałby widoki przyjęcia tylko w razie jednomyślnej uchwały wszystkich Izb, — a do tego także bardzo daleko. Jednomyślność Izb dałaby się może uzyskać, gdyby się pojawił pomysł, mający pod względem społecznym podobne i równej wagi znaczenie, a przecież nie dotykający skazanej jednostki tak bardzo dotkliwie. W kierunku tym czyni właśnie Wydział Izby zach.-galic. starania, i poddaje pod dyskusyę Izb dawniejszy pomysł Dra Adlera, ograniczający prawo zawieszenia w praktyce tylko na okręg tej Izby, do której skazany przynależy. Czy Izby na tak zmieniony projekt się zgodzą, a nawet czy projekt taki zdoła uzyskać większość? dziś trudno rozstrzygać. Jednomyślność dałaby się jednak i na innej drodze uzyskać,... na tej mianowicie, gdyby Izby jednomyślnie zgodziły się na wyrzucenie §. 43 *e* z projektu nowej ustawy. Do tego celu prowadzi obecnie jedna droga: zwołanie ogólnego zgromadzenia lekarzy w Izbach, które się za §. 43 *e* oświadczyły i uchwalenie Izbom tym *votum* nieufności. W takim razie Izby te niezawodnie taksamo, jak się to stało w Izbie wiedeńskiej, będą zmuszone do złożenia mandatów, a Izby, które z nowych wyjdą wyborów, będą zapewne tak złożone, że potrzeby §. 43 *e* wcale nie będą uznawać. *Dr. Walczyński.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 14 stycznia

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie administracyjne, na którem urzędnicy Towarzystwa zdali sprawę z całorocznej swojej działalności.

* Osobliwością X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, wysoce pożyteczną, rozumnie obmyślaną i wyróżniającą w tym względzie Zjazd lipcowy od wszystkich poprzednich, będzie Wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna, mająca się odbyć »przy sposobności Zjazdu« na lwowskim placu wystawowym, w pałacu sztuki, od 20 czerwca do 24 lipca. Komitet wystawowy nie ma na oku samych jedynie lekarzy i przyrodników; czynnikiem oddziaływującym nie będzie tylko sposób poglądowy: Komitet zamierza zainteresować całe społeczeństwo, a pouczanie poglądowe połączyć z dydaktycznem w rozległem słowa znaczeniu. Wystawa ma być nie tylko ujawnieniem postępu polskiej nauki w dziedzinie przyrodniczo-lekarskiej, lecz ma działać także wiele w kierunku podniesienia przemysłu polskiego w działach, objętych Wystawą. Staraniem Komitetu wystawowego będzie przez popularne odczyty i demonstracye uczynić Wystawę pouczającą dla szerokich kół społeczeństwa.

Według ogłoszonego już programu Wystawy ma ona się dzielić na dział przyrodniczo-lekarski i higieniczny. Do działu pierwszego należeć będą grupy: naukowa, balneologiczna, aptekarska, przemysłu chemicznego, narzędzi i przyrządów. Do działu drugiego: higiena żywienia, urządzeń gminnych ku utrzymaniu zdrowia ludności, szpitalnictwo, wychowanie młodzieży, higiena fabryk i stanu robotniczego, higiena mieszkań, higiena odzieży, choroby zakaźne i ich zwalczanie, higiena dziecka, higiena ludu.

Zgłoszenia przedmiotów wystawowych mają być podane na blankietach deklaracyi, które można otrzymać bezpłatnie w biurze dyrektora Wystawy, jakoteż u członków Komitetu. — Dokładnie wypełnione deklaracye wnosić należy w dwóch egzemplarzach bezpośrednio do dyrektora Wystawy, dra Kaliksta Krzyżanowskiego, (Lwów, namiestnictwo, telefon Nr. 412), najdalej do dnia 1 marca 1904 r. W razie przyjęcia zgłoszenia winien zgłaszający najdalej do dni 14 po otrzymaniu zawiadomienia o tem w formie jednego egzemplarza deklaracyi, opatrzonej podpisem dyrektora, przesłać na ręce tego ostatniego całą należytość za miejsce, przeznaczone mu na Wystawie, a w zamian za to otrzyma pokwitowanie i kartę legitymacyjną, która jedynie będzie uprawniała do udziału w Wystawie i korzystania z ulg taryfowych. Za miejsce zajęte na Wystawie opłacają tylko ci wystawcy, którzy z wystawienia swych okazów mogą odnieść jaką korzyść materyalną lub moralną. Instytucye naukowe, gminy i zakłady humanitarne nie opłacają natomiast żadnych należytości.

* Wydział lekarski Uniwersytetu lwowskiego urządza w bieżącym roku szkolnym trzytygodniowe kursa dla lekarzy w czasie od 10 do 30 marca 1904 roku. Zapisywać się należy w kwesturze od 1 do 8 marca.

Chcących brać udział w kursach o ograniczonej liczbie uczestników uprasza się o wczesne zgłaszanie się do prof. dra Władysława Szymonowicza (Lwów, ul. Pańska 4), który udzieli bliższych wiadomości. Dokładny program zostanie ogłoszony w najbliższym czasie.

* W Poznaniu zawiązało się Towarzystwo, mające na celu zwalczanie zakaźnych chorób płciowych. Zarząd Towarzystwa, w skład którego wchodzą: Dr. Franc. Chłapowski (przewodniczący), p. Lucyan Osten (zastępca), Dr. A. Karwowski (sekretarz) i p. S. Wrzesiński (skarbnik), wydał odezwę pouczającą o celach Towarzystwa i wzywającą społeczeństwo polskie Poznania na Wiec, który się odbył w dniu 8 stycznia przy licznym udziale obywatelstwa obojej płci, lekarzy, księży itd. — Wiec zagaił dr. Franc. Chłapowski; przewodniczącym wybrano p. Morawskiego z Jurkowa, z przybraniem 7 ławników. Pierwszym mówcą był Dr. Franc. Chłapowski, drugim Dr. A Karwowski: prelegenci w przekonywujących wywodach przedstawili zadania Towarzystwa i drogi do ich skutecznego przeprowadzenia; dosadnie nakreślili zgubne skutki dla społeczeństwa z szerzenia się chorób wenerycznych i gorąco wezwali ogół do zorganizowanej walki z groźbą upadku moralnego i cielesnego, zgubniejszego dla nas Polaków, niż dla innych szczęśliwszych narodów. Następnie przewodniczący odczytał 6 rezolucyi, przedłożonych przez zarząd i jedną postawioną dodatkowo przez kanonika Zimmermanna, którą uzasadnił sam wnioskodawca.

Rzeczą zbyteczną w czasopiśmie lekarskiem rozwodzić się nad wartością i doniosłością podobnego Towarzystwa: ciągle rozszerzający się zakres chorób, które zostały uznane, jako późne następstwo kiły; szybko postępujące zwyrodnienie nie tylko rodzin, lecz szczepów i ras; wtargnięcie chorób wenerycznych do gmin wiejskich, zapewne dzięki powszechnej służbie wojskowej; mała skuteczność usiłowań policyi sanitarnej wobec prostytucyi tajnej, — wszystko to wzywa społeczeństwo do samoobrony, do działania samodzielnego, w czem wielkopolanie wzięli na siebie chwalebną inicyatywę, a ufajmy, że inne dzielnice polskie pójdą bez ociągania się za tym przykładem.

* Towarz. lekar. warszawskie wybrało na r. 1904 prezesem Dr. Dunina, wiceprezesem Dr. Kamockiego, sekretarzem Dr. Brudzińskiego.

* Komitet wykonawczy pierwszej międzynarodowej Wystawy higienicznej, obejmującej sztukę kucharską, gorzelnictwo, piwowarstwo i in. działy pokrewne, uprasza nas o ogłoszenie, że Wystawa ta odbędzie się w Pilznie (Czechy) od 1 lipca do 1 sierpnia 1904 r. Interesowani mają się zgłaszać do prezesa Wystawy, p. W. Laudy (Pilzno).

* Przypominamy Szan. kolegom, należącym do okręgu Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, że Wydział tej Izby uchwalił na posiedzeniu d. 2 czerwca 1903 r., by na przyszłość te tylko podania o uwolnienie od wkładek brać pod uwagę, które wpłyną przed 1-szym marca. Koledzy, którzy przystępują wśród roku do okręgu Izby, winni podania wnieść równocześnie z wpisaniem się na listę członków Izby. Na posiedzeniu pełnej Izby w dniu 13 czerwca 1903 r. uchwalono, w razie uwzględnienia podania członka Izby o uwolnienie od wkładki, uwalniać tylko od 8 koron; 4 zaś korony, przeznaczone na zapomogi, każdy lekarz bez wyjątku obowiązany jest płacić.

* Wydział krajowy mianował lekarzami pomocniczymi w krakowskim szpitalu św. Łazarza Drów: L. Fürbeka i B. Engländera.

Mianowania i odznaczenia. Profesorami nadzwyczajnymi mianowani zostali docenci chirurgii w Bonn: Graff i Petersen. W Würzburgu Dr. Dieudonné, docent higieny, mianowany profesorem.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Gustaw Neusser, b. docent Uniw. Jagiell. b. kierownik oddziału psychiatrycznego w b. szpitalu św. Ducha w Krakowie, b. kierownik zakładu w Kulparkowie, zmarł dnia 9 b. m. we Lwowie, w 64 r. życia. Między r. 1870 a 1880 ogłosił parę prac przeważnie treści sprawozdawczej. Dr. A. Piasecki, l. 46, — w Mentonie. Dr. Jolly, prof. psychiatryi, l. 60 — w Berlinie. Dr. K. Gebhardt, prof. położnictwa, l. 41, — w Berlinie.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 1. Goldflam: Przyczynek do etyologii oraz symptomatologii chromania przestankowego. Neugebauer: Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o hermafrodytyzmie?

— *Gazeta lekarska* Nr. 1. Kryński: W sprawie powstawania i leczenia opadnięcia nerki. Jaworski: Przyczynek kliniczny do przebiegu ciąży zaśniadowej, oraz stosunek tejże do nabłoniaków kosmówki. Wróblewski: Wycięcie migdałka zajętego wrzodem syfilitycznym pierwotnym.

— *Krytyka lekarska* Nr. 1. Biegański: Neo-witalizm współczesnej biologii. Wac. Ster: Niewyzyskany przywilej. Endelman: O deontologii, jej celach i zadaniach. Grünbaum: Czy nasza nowoczesna chirurgia istotnie jest nową w ścisłem tego słowa znaczeniu?

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 1. Sokołowski: O zrostach opłucnej. Bogdanik: Przypadek przebicia macicy przy zbrodniczem spędzaniu płodu. Likiernik: O mechanicznem leczeniu jaglicy. Godlewski: Przypadek zaczadzenia czadem z lampy. Serkowski i Maybaum: Projekt ankiety w sprawie częstości raka w Królestwie polskiem. Mazurkiewicz i Sochacki: Pierwszy rok zakładu dla umysłowo chorych w Kochanówce. Sonnenberg: O błędach lekarskich ze stanowiska nauki i w obliczu prawa.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 1. Výmola: K therapii tuberkulosy ušni, nosni, hetanové, hrtanové, a plicni pomoci hetolu. Hynek: Ankylostomiasis v Čechách. Kose: O glykolyse. Pelnář: Dva připady mozečkových nádorů s autopsii.

— *La Presse médicale* Nr. 104. Bazy: Rozpoznanie zapalenia pospolitego a gruźliczego miedniczek, oraz miedniczek i nerek razem. Trémolières: Energia rośnięcia.

— Nr. 1. Letulle: Badanie pośmiertne jelita ślepego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 1. Bergmann: Promienica czy też zapalenie kości i szpiku kostnego uda? Kraus: W kwestyi tworzenia się cukru z białka w ustroju cukrzycznym. Erb: Kiła a wiąd. Hoffa: Przyczynek do patologii i terapii schorzeń stawu kolanowego. Sigel: Spostrzeżenia terapeutyczne.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 1. Wagner: Leczenie wrzodu żołądka. Körner: Półpasiec uszny. Wormser: Nowoczesna nauka o drgawkach. Bucura: Leczenie świeżego pęknięcia międzykrocza. Weichardt: Toksyna znużenia i jej antytoksyna. Veiel: Gronkowce przewlekłego wyprysku. Rotter: Otwarcie serca po stronie prawej mostka. Bernhard: Otwarte leczenie ran zapomocą insolacyi i wysychania. Saake: O nieznanym dotychczas czynniku klimatu górskiego. Marckwald: Pęknięcie tętniaka (?) a renta ubezpieczeniowa. Rosenstein: Modyfikacya Beckmannowskiej skrobaczki gardła Holst: Pęta na ręce dla wygodnego dozorowania i wykonania uśpienia.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 2. Quincke i Gross: Osobliwe umiejscowienie ostrego ograniczonego obrzęku (dok.). Mikulicz: Przyczynek do patologii i terapii nerwicy serca (dok.). Arneth: Leukocytoza neutrofilna w chorobach zakaźnych. Mayer: Dalsze doświadczenia w celu wykazania swoistych substancyi z bakteryi. Kochmann: Zmienność przetworów kozłkowych. Galli Przyczynek do nauki o muzykalnym szmerze w sercu Lunz: Dwa przypadki pospolitego zapalenia błon u podstawy mózgu.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 1. Spieler: O ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego i o zapaleniu okątniczem u dzieci. Sorgo: Leczenie gruźlicy krtani odbitem światłem słonecznem: Lenz: Uzdrowotnienie nawiedzonych endemiczną zimnicą obwarowań morskiej twierdzy w Pola.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 1 (od 3/I do 9/I) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 53, dz. 52; nieżywo: chł. 4, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 19, kob. 33; zamiejscowych: męż. 12, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 6, obcych —. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 7. 3) zapalenie płuc: miej. 12, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. 5, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 6, ob. 4. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 4. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 10, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob —. **Razem** miej. 52, obcych 24.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 20 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy,*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. dr. Żeleński wyłoży rzecz: „O aglutynacyi paciorkowców.“

Po posiedzeniu, o godzinie 8-mej, odbędzie się koleżeńskie zebranie w kawiarni p. Wójcikiewicza w Rynku głównym.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Administracya „Przeglądu lekarskiego“ uprasza P. T. prenumeratorów o odnowienie przedpłaty na rok 1904, która wynosi:

w Austryi rocznie . . . . 20 Koron
w Król. polskiem i Ces. rosyjskiem rocznie 7 Rubli
w Niemczech rocznie . . . . . . 16 Marek
we Francyi „ . . . . . . 30 Fr.

P. P. prenumeratorów, którzy zalegają z przedpłatą za rok przeszły uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Rok XLIII. Kraków 23 Stycznia 1904. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni fizyologicznej Szpitala wojskowego w Moskwie.

Przyczynek do farmakologii pilokarpiny.

Podał

Dr. Leon Popielski

docent fizyologii.

Pilokarpina oddawna zdobyła sobie sławę przetworu wydzielniczego, pobudzającego do czynności wszystkie gruczoły. Przy ścisłem jednak zbadaniu odpowiedniego materyału faktycznego okazuje się, że tylko gruczoły ślinne, łzowe, potowe i powierzchowne gruczoły błon śluzowych dróg oddechowych i przewodu pokarmowego mogą być z łatwością pobudzone do czynności. Co się zaś tyczy gruczołów żołądkowych i trzustki, nad którymi badania połączone są ze znacznemi trudnościami technicznemi, to zdania są bardzo podzielone i sprzeczne, zwlaszcza co do gruczołów żołądkowych. Trzustka znajduje się pod tym względem w więcej szczęśliwem położeniu, albowiem najnowsze badania rozmaitych autorów: Wertheimera, Lepagea[1]), Delezenne'a[2]), Baylissa i Starlinga[3]) jednogłośnie wykazują, że pilokarpina nie pobudza jej do czynności.

Do liczby prac, stwierdzających właśnie takie działanie pilokarpiny na czynność trzustki, należy i moja, ogłoszona w „Przeglądzie lekarskim“ w r. 1901 p. t.: „O sposobie działania pilokarpiny na gruczoły“; obserwacye wyżej przytoczonych autorów są późniejsze. W roku bieżącym badania swoje nad pilokarpiną znacznie rozszerzyłem i dopełniłem je wieloma nowemi spostrzeżeniami, dotyczącemi nietylko trzustki, ale i gruczołów żołądkowych, kiszek, wątroby i nerek. Wyniki tych badań rozpocznę od trzustki.

I. Trzustka.

Pierwsze doświadczenia nad wpływem pilokarpiny na trzustkę wykonałem na kotach w następujący sposób: po zrobieniu tracheotomii szybko przecinałem rdzeń pacierzowy pod przedłużonym i stosowałem sztuczne oddychanie. Do przetoki Wirsunga wkładałem kaniulę, którą łączyłem z rurką o średnicy 2 mlm., z podziałką milimetrową. Wydzielający się sok trzustkowy napełniał rurkę; co pewien czas zapisywałem na ile milimetrów przesunął się sok trzustkowy w rurce. W ten sposób mogłem sądzić o szybkości wydzielania się soku. Waga kotów wahała się między 4000,0 a 5000,0.

Doświadczenie Nr. 1. Nerwy błędne przeciąłem w przebiegu szyjnym. Od g. 3 m 25 do g. 4 m 00 sok w rurce posunął się na 3 milimetry.

O g. 4—00 wstrzyknąłem pod skórę $1^1/_2$ ctm.^{3} chlorku pilokarpiny 0,1%, t. j. 0,0015.

Do g. 4—23' nie było żadnej wydzieliny. Wstrzyknięto podskórnie 1 ctm.^{3} 0,1% chlorku pilokarpiny, t. j. 0.001.

Do g. 4—35' nie było żadnej wydzieliny. Ślina i łzy wydzielały się obficie.

Doświadczenie to wykazuje, że pilokarpina nie wpłynęła na zwiększenie wydzieliny.

Doświadczenie 2. Nerwy błędne przeciąłem na szyi.

Od g. 3 m. 05' do g. 4—00' nie było żadnej wydzieliny. Wstrzyknąłem podskórnie $1^1/_2$ ctm.^{3} chlorku pilokarpiny 0,1%, t. j. 0,0015. Do d. 4—15' nie było żadnej wydzieliny. Wstrzyknięto jeszcze 1 ctm.^{3} pilokarpiny, t. j. 0,001. Gdy do g. 4—23' nie było żadnej wydzieliny, wstrzyknięto ponownie 1 ctm.^{3} chlorku pilokarpiny, t. j. 0,001. Do g. 4—35' nie było żadnej wydzieliny. Wprowadzono do dwunastnicy 30 ctm.^{3} 0,4% H Cl.

Do g. 4—40'	wydzielina	podniosła się o	7	podziałek (milimetrów)
„ 4—45'	„	„	30	„
„ 4—50'	„	„	46	„
„ 4—55'	„	„	32	„
„ 5 00'	„	„	35	„
„ 5—05'	„	„	33	„
„ 5—10'	„	„	31	„
„ 5—15'	„	„	37	„
„ 5—20'	„	„	24	„
„ 5—25	„	„	20	„
„ 5—30'	„	„	16	„
„ 5—35'	„	„	23	„
„ 5—40	„	„	14	„
„ 5—45'	„	„	9	„
„ 5—50'	„	„	7	„

Doświadczenie przerwałem.

Z doświadczenia tego wynika, że pilokarpina nie zwiększyła zupełnie wydzieliny. Trzustka funkcyonowała prawidłowo: dopiero wprowadzenie 0,4% HCl do dwunastnicy wywołało znaczną wydzielinę.

Doświadczenie 3. Nerwy błędne przeciąłem na szyi.

W przeciągu 30' nie było żadnej wydzieliny.

O g. 11—20' wprowadzono do krwi 0,004 chlorku polikarpiny.

Do g. 11—50' nie było żadnej wydzieliny. Wprowadzono do dwunastnicy 10 ctm.^{3} 0,4% H Cl.

Do g. 11—55'	sok	podniósł się w rurce o	9	podziałek.
„ 12—00'	„	„	5	„
„ 12—05'	„	„	5	„
„ 12—10'	„	„	4	„
„ 12—15'	„	„	6	„

Doświadczenie przerwałem.

Z doświadczenia tego wynika, że pilokarpina nie wywołała żadnej wydzieliny, która wystąpiła dopiero po wprowadzeniu do dwunastnicy 10 ctm.^{3} 0,4% HCl, co dowodzi, że gruczoł funkcyonował prawidłowo. Ponieważ ślina i łzy

---

[1]) Comptes rendus de la Société de Biologie, 1901.
[2]) Comptes rendus de la Société de Biologie, 1902.
[3]) Journal of Physiology, 1902.

wydzielały się obficie, mogło powstać pytanie, czy sok trzustkowy dlatego się nie wydziela, że w ustroju brak cieczy: wobec tej wątpliwości wprowadzałem do jelit rozczyn fizyologiczny NaCl.

Doświadczenie 4. Nerwy błędne przeciąłem na szyi.

Do jelit cienkich wprowadziłem 30 ctm.^{3} 0,6$^0/_0$ Na Cl. W przeciągu $^1/_2$ godziny nie było żadnej wydzieliny soku trzustkowego. Wtedy o g. 2—05' wprowadziłem pod skórę 1,5 ctm.^{3} pilokarpiny 0,1$^0/_0$. Do g. 2—20' nie było żadnej wydzieliny. O g. 2—25' wprowadziłem do dwunastnicy 20 ctm.^{3} 0,4$^0/_0$ H Cl.

Do g. 2—25' sok podniósł się w rurce o				12	podziałek
Od g. 2—25' do 2—30'	„	„	„	40	„
2—35'	„	„	„	46	„
2—40	„	„	„	36	„
2—45'	„	„	„	18	„

Doświadczenie przerwałem.

Z doświadczenia tego widać, że pilokarpina nie wywołała wydzieliny soku trzustkowego, pomimo że poprzednio był wprowadzony do dwunastnicy rozczyn 0,6$^0/_0$ NaCl. Natomiast kwas solny wywołał obfitą wydzielinę soku trzustkowego.

Doświadczenie 5. Nerwy błędne przeciąłem na szyi.

O g. 1—25' wprowadziłem do dwunastnicy 30 ctm.^{3} 0,6$^0/_0$ Na Cl. Do g. 2—05' nie było żadnej wydzieliny. Wtedy wstrzyknąłem podskórnie 1,5 ctm.^{3} chlorku pilokarpiny 0,1$^0/_0$ (0,0015).

Do 2—18' nie było żadnej wydzieliny. Wtedy wprowadziłem do dwunastnicy 20 ctm.^{3} 0,4$^0/_0$ H Cl.

Do g. 2—20' sok podniósł się w rurce o				5	podziałek
Od g. 2—20' do 2—23'	„	„	„	100	„
„ 2—23' „ 2—25'	„	„	„	70	„
„ 2—25' „ 2—30'	„	„	„	150	„
„ 2—30' „ 2—35'	„	„	„	80	„
„ 2—35' „ 2—40'	„	„	„	61	„
„ 2—40' „ 2—45'	„	„	„	82	„

Doświadczenie przerwałem.

Doświadczenie to wykazuje, że pilokarpina również nie sprowadziła wydzieliny, pomimo że poprzednio wprowadzano do dwunastnicy 0,6$^0/_0$ NaCl. Natomiast z doświadczenia tego jak i z poprzedniego wynika, że po wprowadzeniu NaCl do dwunastnicy, HCl wywołuje niezwykle obfitą wydzielinę soku trzustkowego.

Doświadczenie 6. Nerwy błędne przeciąłem.

W przeciągu 30' nie było żadnej wydzieliny. Wtedy o g. 12—30 wprowadziłem (do żyły szyjnej zewnętrznej (*v. jugularis externa* 1,5 ctm. pilokarpiny 0,1$^0/_0$, t. j. 0,0015.

Do g. 12—45' nie było żadnej wydzieliny. Ślina wydziela się obficie (jak w poprzednich doświadczeniach). Wprowadziłem jeszcze 1 ctm. pilokarpiny do krwi.

Do g. 12—50' nie było żadnej wydzieliny. Wprowadziłem do dwunastnicy 20 ctm.^{3} 0,4$^0/_0$ H Cl.

Do 12—55' wydzieliło się		3	podziałki
Od g. 12—55' do 1—00'	„	60	„
„ 1—00' „ 1-05'	„	80	„
„ 1—05' „ 1—10'	„	75	„

Doświadczenie przerwałem.

Z doświadczenia tego wynika, że pilokarpina nie wywołała żadnej wydzieliny; dopiero HCl sprowadził obfitą wydzielinę soku trzustkowego. Ślina i łzy, jak i w poprzednich doświadczeniach, wydzielały się obficie.

We wszystkich wyżej przytoczonych doświadczeniach brałem koty, głodzone co najmniej w przeciągu 24 godzin. Tu należy zauważyć, że niektóre koty, dostawione do pracowni, w przeciągu nieraz 3 dni nie chciały spożywać żadnej strawy. W niżej przytoczonem doświadczeniu użyłem kota nakarmionego na 2 godziny przed doświadczeniem, wychodząc z tego założenia, że w doświadczeniach 4, 5 i 6 kwas solny, po zatruciu zwierzęcia pilokarpiną, wywoływał bardzo obfitą wydzielinę soku trzustkowego.

Doświadczenie 7. Nerwy błędne nie przecięte.

Od g. 1—25' do g. 1—40' nie było żadnej wydzieliny. Wtedy wprowadziłem do krwi 1 ctm.^{3} 0,1 chlorku pilokarpiny 0,1$^0/_0$ (0,001)

Od g. 1—40' do 1—45' sok w rurce przesunął się na				5	podziałek.
„ 1—45' „ 1—50'	„	„	„	„ 7	„
„ 1—50' „ 1—55'	„	„	„	„ 7	„
„ 1—55' „ 2—00'	„	„	„	„ 11	„
„ 2—00' „ 2—05'	„	„	„	„ 8	„
„ 2—05' „ 2—10'	„	„	„	„ 5	„
2—15'	„	„	„	„ 3	„
2—20'	„	„	„	„ 2	„
2—25'	„	„	„	„ $1^1/_2$	„

Nerwy błędne zostały przecięte.

O g. 2—30' wprowadzono do krwi 1 ctm.^{3} 0,1$^0/_0$ pil. mur. (0,001). Od g. 2—30' do 2—35' sok w rurce przesunął się na 2 podziałki. Wprowadziłem do dwunastnicy 40 ctm.^{3} 0,6$^0/_0$ Na Cl.

O g. 2-40' sok w rurce przesunął się na				1	podziałkę
„ 2—45'	„	„	„	„ $2^1/_2$	„
Od 2—45' do 2—50'	„	„	„	„ 13	„
2—55'	„	„	„	„ 20	„
3—00'	„	„	„	„ 15	„
3—05'	„	„	„	„ 12	„
3—10'	„	„	„	„ 7	„
3—15'	„	„	„	„ 0	„
3—20'	„	„	„	„ 4	„
Wprowadziłem do dwunastnicy 40 ctm.^{3} 0,6$^0/_0$ Na Cl.					
3—25'	„	„	„	„ 0	„
3—30'	„	„	„	„ 1	„
3—40'	„	„	„	„ 0	„
Wprowadziłem do krwi 1,5 ctm. 0.1$^0/_0$ chlorku pilokarpiny (0,0015).					
3—45'	„	„	„	„ 2	„
3—50'	„	„	„	„ 4	„
3—55'	„	„	„	„ 2	„
4—00'	„	„	„	„ 0	„
Wprowadziłem do dwunastnicy 30 ctm.^{3} 0,4$^0/_0$ H Cl.					
4—05'	„	„	„	„ 4	„
4—10'	„	„	„	„ 30	„
4—15'	„	„	„	„ 57	„

Doświadczenie to przekonywa, że u zwierzęcia nakarmionego można otrzymać wydzielinę, choć znacznie słabszą, aniżeli po H Cl. Wydzielina ta następuje tak przy nerwach błędnych nietkniętych, jak i przy przeciętych; 0,6$^0/_0$ Na Cl samo przez się nie sprowadza wydzieliny, jak to widać z powtórnego jej wprowadzenia do dwunastnicy.

Również widocznem jest, że pilokarpina przy 3-ciem jej wprowadzeniu do krwi wywołuje bardzo nieznaczną wydzielinę, która jednak po następnem wlewaniu HCl do dwunastnicy staje się bardzo energiczną.

Z doświadczeń 4, 5, 6 i 7 nasuwa się przypuszczenie, czy pilokarpina nie podnosi pobudliwości zakończeń obwodowych nerwów wydzielniczych, albowiem po zatruciu zwierzęcia pilokarpiną, 0,4$^0/_0$ HCl wywołuje bardzo obfitą wydzielinę, jakiej zwykle nie widzimy [1]).

W tym celu wykonałem kilka doświadczeń, w których starałem się wyjaśnić, czy podrażnienie nerwów wydzielniczych trzustki, przebiegających w nerwie błędnym, nie sprowadzi większej wydzieliny po zatruciu zwierzęcia pilokarpiną.

Doświadczenie 8. Nerwy błędne przeciąłem w jamie piersiowej i wziąłem na ligatury; w tym celu należało wykonać resekcyę żeber od 9—12. Kot był karmiony ostatni raz w przeddzień doświadczenia. NN. błędne były drażnione za pomocą prądu przerywanego indukcyjnego

[1]) W pracy: „Ueber das peripherische Nervencentrum des Pankreas“ przytoczyłem dużo tego rodzaju doświadczeń. (Pflügers Archiv, Bd. 86, 1901).

ze znacznemi przerwami przed zatruciem i po zatruciu polikarpiną.

O g. 4—00′ poziom soku w rurce znajdował się na przedziałce	16	
„ 4—21′ „ „ „ „ „	16	n. n. błędne drażniłem w przeciągu 5 minut.
„ 4—26′ „ „ „ „ „	17	
„ 4—46′ „ „ „ „ „	17	
„ 4—51′ „ „ „ „ „	17	

O g. 5—11′ poziom soku znajdował się na podziałce 17. Wprowadzono do żyły szyjnej 1 ctm.³ 0,2% chlorku polikarpiny (0,002).

O godzinie	poziom soku znajdował się na podziałce	sok przesunął się o podziałek	
5—20′	17	—	
5—25′	28	11	
5—30′	34	6	n. n. błędne drażniłem w przeciągu 5 minut.
5—35′	74	40	
5—40′	109	35	
5—45′	139	30	
5—50′	161	22	
5—55′	189	28	
6—00′	207	28	
6—05′	235	28	
6—10′	250	15	

Doświadczenie przerwałem.

Napozór po zatruciu pilokarpiną — drażnienie nn. błędnych sprowadzało stale znaczną wydzielinę soku trzustkowego.

Podobne zwiększenie nie może być jednak z całą stanowczością przypisane działaniu pilokarpiny na zakończenia nerwowe nn. błędnych na tej zasadzie, że jak to widać z doświadczeń Metta, Kudriewieckiego, prof. Pawłowa i moich[1]) dłuższe podrażnienie nn. błędnych osłabia przebiegające w nich włókna hamujące, wskutek czego działanie nn. wydzielniczych występuje daleko wyraźniej. W moich doświadczeniach tam, gdzie drażnienie nn. błędnych miało miejsce po dłuższej przerwie, podczas której włókna hamujące odzyskiwały dawną swoją siłę, wydzielina stawała się mniej obfitą i różnica w działaniu drażnienia nn błędnych przed zatruciem i po zatruciu pilokarpiną była mniej widoczną. Zatem przyczyny, dlaczego po zatruciu pilokarpiną HCl wywołuje się obfitsze wydzielanie się soku trzustkowego, należy szukać gdzieindziej. Tutaj zaś pozwolę sobie zaznaczyć fakt, wyraźnie występujący we wszystkich doświadczeniach, że pilokarpina sama przez się nie wywołuje wydzieliny soku trzustkowego W tych zaś przypadkach, gdzie po wprowadzeniu pilokarpiny występuje wydzielina, jest ona zwykle nieznaczną i znajduje się w ścisłym związku ze stanem przewodu pokarmowego, a mianowicie spostrzega się u zwierząt poprzednio nakarmionych, u których naczynia mleczne w jamie brzusznej wyraźnie się zaznaczają. Podobna wydzielina zachodzi u zwierząt po przecięciu rdzenia pacierzowego, z przeciętymi n. n. błędnymi na szyi i ma charakter wydzieliny, wywołanej przez wprowadzony do dwunastnicy kwas solny. Wyżej przytoczone doświadczenia nie są wszystkie, które wykonałem; poprzestałem na mniejszej liczbie, aby nie powtarzać tego, co już było przedtem wykazane. Pozwolę sobie jednak zwrócić uwagę na dwa doświadczenia, wykonane na psach z przewlekłą przetoką żołądkową.

Doświadczenie 9. 16/II. 1903. Waga psa = 16100,0. Pies nakarmiony ostatni raz w przeddzień doświadczenia o godz. 7 wieczór. Sok trzustkowy zbierałem do słoja z podziałkami o 0,1 ctm.³ i ilość jego oznaczało się co $^1/_4$ godziny.

Od $10^1/_2$ do 11—00′ wydzieliło się 0,5 ctm.³

11—15′	„	0,3 „	
11—30′	„	0,2 „	Do krwi wprowadziłem 5 ctm.³ 0,4% H Cl.
11—45′	„	0,5 „	
12—00′	„	0,4 „	
12—15′	„	0,6 „	
12—30′	„	0,6 „	
12—45′	„	0,7 „	Do żyły szyjnej wprowa-

dziłem 2 ctm.³ 0,1% chlorku polikarpiny t. j. 0,02. Bezzwłocznie wystąpił obficie z nosa i pyska płyn ciągnący się, przezroczysty.

12—47 silne wymioty.

12—49′ wymioty i nudności. Pies oddaje mocz i natęża się dla oddania kału.

12—52′ wymioty. Pies oddaje kał.

Od 12—45 do 1—00′ zebrałem 1,2 ctm.³ soku trzustkowego.
„ 1—00′ „ 1—15′ „ 0,2 „ „ „

Płyn otrzymany zapomocą wymiotów oddziaływa alkalicznie.

Sok trzustkowy wydzielił się w zwiększonej nieco ilości w pierwszych 5 minutach, a następnie wydzielina się zmniejszyła.

Doświadczenie 10. 20/III. 1903. Pies wagi 11800,0; nakarmiony został rano o g. 7 w dzień doświadczenia; jednak jadł mało.

Od g. 11—15′ do 12—15′ zebrano 5 ctm.³ soku trzustkowego.
„ 12—15′ „ 1—10′ „ 4 „ „ „

Wprowadzono podskórnie 2 ctm.³ 1% chlorku polikarpiny, t. j. 0,02.

Po godzinie zebrano 8,0 ctm.³	Od g. 1—10′ do 1—40′ zebrano 3,2 ctm.³ (za $^1/_2$ godz.)
	„ 1—40′ „ 2—10′ „ 4,8 „ „
Po godzinie zebrano 9,0 ctm.³	„ 2—10′ „ 2—40′ „ 5,1 „ „
	„ 2—40′ „ 3—10′ „ 3,9 „ „
Po godzinie zebrano 15,3 ctm.³	„ 3—10′ „ 3—40′ „ 12,0 „ „
	„ 3—40′ „ 4—10′ „ 3,3 „ „

Wymioty i nudności miały miejsce, jak w doświadczeniu poprzedniem. Ślina i łzy wydzielały się obficie. Pies oddawał kał i mocz w dużej ilości.

Z doświadczenia tego widać, że wydzielina wyraźnie się spotęgowała po wprowadzeniu pilokarpiny. (C. d. n.).

II. Przyczynek do nauki o tak zwanem Volkmannowskiem niedokrwistem porażeniu i skurczeniu mięśni.

Podał

Prof. Dr. H. Schramm.

(Dokończenie).

W przypadkach więc tak zwanej kontraktury Volkmannowskiej trzeba odróżnić właściwie trzy grupy, to jest pierwszą, w której zmiany w mięśniach powstają czysto na tle odcięcia dowozu krwi tętniczej; drugą, w której zmiany w mięśniach powstają na tle zapalenia urazowego; wreszcie trzecią z dodatkowymi objawami zajęcia nerwów. Grupy te jednak nie dadzą się ściśle odgraniczyć, lecz bardzo często w jednym przypadku są razem zmieszane.

Rozpoznanie cierpienia, o którem mowa, nie przedstawia prawie nigdy poważniejszych trudności. W nieco późniejszych okresach choroby kształt ręki jest tak cechujący, jak go nie spotykamy prawie w żadnej innej chorobie: przedramię zwłaszcza po stronie dłoniowej jest wychudłe, mięśnie zginacze twarde i niepodatne; ręka i palce zgięte, równoczesne ich wyprostowanie czynnie ani biernie niemożebne, natomiast, z wyjątkiem w przypadkach bardzo wysokiego stopnia i zastarzałych, ręka da się wyprostować przy zgiętych palcach i naodwrót, przykurczenie palców da się usunąć lub przynajmniej zmniejszyć przy ręce mocno zgiętej w stawie nadgarstkowym. Jako bardzo ważny czynnik rozpoznawczy w przykurczeniu palców z innych powodów po-

[1]) O hamujących nerwach trzustki. Dyssertacya 1896.

dnosi Volkmann, że porażenie i przykurczenie palców występuje prawie równocześnie już w ciągu kilkunastu godzin. W przypadkach, rozwijających się na tle nie czystej niedokrwistości, lecz więcej na tle zapalenia urazowego, ta równoczesność nie jest wprawdzie tak wybitna, palce kurczą się, jednak dość wcześnie, zwykle już po kilkunastu dniach. Jestto bardzo ważne w celu odróżnienia przykurczeń, powstających po uszkodzeniu pni nerwowych. Szczególnie po urazach nerwu sprychowego powstają zniekształtnienia ręki, podobne do wyżej opisanego, w postaci cechującej tak zwanej *main en griffe*. W przypadkach tych jednak pierwotną przyczyną wadliwego ustawienia ręki jest porażenie mięśni wyprostnych; z początku równoczesne wyprostowanie ręki i palców da się biernie wykonać, dopiero po upływie dość długiego czasu, po kilku lub kilkunastu tygodniach, mięśnie zginacze skracają się wskutek stałego przebywania w tonicznym skurczu i zbliżenia ich punktów przyczepienia. W przypadkach tych badanie prądem stałym wykaże zawsze objaw zwyrodnienia w mięśniach wyprostnych, a upośledzenie czucia w zakresie uszkodzonego nerwu i często bardzo występujące zmiany odżywcze w postaci owrzodzeń na palcach wskażą na pierwotne źródło choroby.

Podobne nieco przykurczenia palców mogą też powstać po znacznych ubytkach w skórze, n. p. po oparzeniach lub po zropieniach ścięgien. (*tendogene Contractur*). W przypadkach tych jednak wywiady i obecność blizn wystarczą do postawienia rozpoznania, tem bardziej, że przykurczenia nie są tu nigdy tak równomiernie rozdzielone na palce, jak to miewa miejsce przy pierwotnem schorzeniu mięśnia.

Przykurczenie Dupuytrena zajmuje zwykle jeden lub dwa palce, zdarza się u ludzi znacznie starszych, rozwija się bardzo powoli i cechuje się obecnością postronka bliznowatego w powięzi ścięgnistej dłoni. Nadmienić też trzeba, że znane są przypadki czysto czynnościowego skrócenia się mięśni. Charcot np. opisał (*Progrès med. 1886, 42, 43*) przypadek, w którym u mężczyzny 30 letniego wystąpiło przykurczenie mięśni zginaczy po uszkodzeniu przedramienia, łokieć był pół zgięty, przedramię w supinacyi, palce mocno zgięte; w uśpieniu chloroformowem zboczenie dało się łatwo wyrównać, po obudzeniu się chorego wracało napowrót. — Z innych przyczyn powstałe przykurczenia palców, jak po porażeniu mięśni samoistnem t. zw. „essencyonalnem“ (*paral. infant. spinal.*), lub przy chorobie Littlea, są tak odmienne, że w przypadku podobnym dość jest o nich pomyśleć, by je równocześnie wykluczyć.

Rokowanie w przypadkach Volkmannowskiego przykurczenia uważano jeszcze do najnowszych czasów prawie powszechnie za złe. Sam Volkmann uważał przypadki, zwłaszcza te, w których obok przykurczenia palców istniało także zgięcie ręki, za bezwzględnie beznadziejne; w lżejszych przez wytrwałe mięsienie i naciąganie mięśni można się spodziewać poprawy. Jeszcze Hoffa w swoim podręczniku ortopedyi z r. 1895 pisze: w cięższych przypadkach, w których zajęte są mięśnie w całej długości, leczenie jest prawie beznadziejne; jeżeli schorzenie ogranicza się tylko do małej części mięśnia, n. p. przez ucisk między sterczącemi, źle ustawionemi końcami złamanej kości a gniotącą szyną, można po wyprostowaniu złamania przez kilkomiesięczne codzienne energiczne naciąganie ręki i palców i mięsienie usunąć przykurczenia o tyle, że ręka jako tako staje się użyteczną. Wprawdzie Anderson w r. 1891, Dudgeon w r. 1902 utrzymywali, że rokowanie nie jest tak złe, że często następuje wyleczenie przy wytrwałem leczeniu zapomocą mięsienia; twierdzenie to jednak nie da się poprzeć statystycznie. W zestawieniu mojem bowiem na 27 przypadków tylko 2 razy osiągnięto tym sposobem wyleczenie, a 5 razy nastąpiła znaczniejsza poprawa; w innych postępowanie to nie doprowadziło do celu. W ostatnich czasach jednak, gdy zajmujące nas tu cierpienie zaczęto leczyć operacyjnie, rokowanie znacznie się poprawiło. Zapomocą zabiegów bowiem, które niżej opiszę udało się osiągnąć zupełne wyleczenie, lub przynajmniej bardzo znaczną poprawę nawet w przypadkach bardzo zadawnionych i ciężkich.

Przechodząc do omówienia leczenia, zaznaczyć trzeba, że większa część przypadków, dotychczas opisanych, wystąpiła po złamaniu kości przedramienia lub ramienia, leczonych zapomocą opatrunków ustalających. Konieczną jest więc rzeczą, aby przez zakładanie ich unikać jak najstaranniej wszelkiego ucisku, szczególnie jeżeli się opatrunek zakłada wnet po uszkodzeniu, gdzie więc spodziewać się możemy powiększenia obrzęku. W każdym takim przypadku należałoby po upływie kilku godzin chorego zobaczyć lub przynajmniej zwrócić uwagę otoczenia, aby w razie wystąpienia obrzmienia, posinienia i choćby lekkiego przykurczenia palców wezwano natychmiast lekarza, by przez zdjęcie lub rozluźnienie opatrunku znieść powstający zastój krwi i umożebnić regularny jej przepływ. Wprawdzie mimo zachowania tych ostrożności mogą czasami rozwinąć się przykurczenia na tle, jak wspomniałem, zapalenia urazowego, przynajmniej jednak lekarz nie będzie miał sobie do wyrzucenia, że zaniedbał środków ostrożności i uniknie tej nieprzyjemnej niespodzianki, że po zdjęciu opatrunku zobaczy rękę przykurczoną i porażoną, a na skórze owrzodzenia odleżynowe, jako ślady zbyt wielkiego i długiego ucisku. — W przypadkach już rozwiniętego cierpienia należy jak najwcześniej przystąpić do naciągania skurczonych mięśni, a z chwilą, jak tylko bolesność, z początku zwykle bardzo znaczna, trochę ustąpi do mięsienia i elektryzowania przedramienia. Można także zakładać szynę grzbietową, sięgającą od łokcia po końce palców, aby ile możności przeciwdziałać ich kurczeniu się. Volkmann nawet radził naciągać skurczone mięśnie w uśpieniu, środek ten jednak nie prowadzi zwykle do celu, w przypadkach zaś zastarzałych przez forsowne naciąganie mięśnia można go rozedrzeć i zamiast pożytku tylko szkodę choremu przynieść. Leczenie to należy prowadzić wytrwale przez kilka miesięcy; w wyleczonych 2 przypadkach Dudgeona prowadzono je nawet przez 2 lata i dłużej. Jak widzimy więc leczenie to jest bardzo mozolne, wymaga niezwyczajnej wytrwałości ze strony chorego i otoczenia, a jest tem trudniejsze, że mamy do czynienia w przeważnej części z dziećmi. Jeżeli jednak mimo wytrwałego stosowania tych środków przez kilkanaście tygodni poprawa nie postępuje, natenczas wchodzi w swe prawa leczenie operacyjne, które według dotychczasowych doświadczeń nie naraża chorego na żadne niebezpieczeństwo, a którego wyniki są bardzo dobre. Różni autorowie różnych w tym celu próbowali zabiegów; trzeba jednak przyznać, że stosowany przez niektórych sposób postępowania był nieodpowiedni. I tak Davies Colley u 6-letniej dziewczyny ze znacznem przykurczeniem rąk i palców przeciął lub przedarł oba

Liczba	Autor i miejsce ogłoszenia	Wiek chorego	Przyczyna	Opatrunek	Objawy ucisku	Stan przy objęciu w leczenie	Oddziaływanie elektryczne	Leczenie wyczekujące	Wynik leczenia	Zabieg operacyjny	Wynik ostateczny	Uwaga
1	Petersen. (Verhandl. der XVII Congr. d. d. Ges. f Chir.)	lat $4^1/_2$	Złamane powikłanie nad łokciem	Szyny przez sześć tygodni	—	Porażenie zginaczy, skurczenie palców, czucie osłabione	—	Miesienie i naciąganie	—	—	Znaczna poprawa	Przy próbnem cięciu znaleziono n. pośrodkowy obrośnięty bliznowato; tętnica ramienna zaciśnięta.
2	Hildebrandt. (Deutsch. Zeitschr. für Chir. XXX. 1.)	5	Złamanie kości sprychowej	—	Kostnina mocno bujająca	Przykurczenie palców	—	Ponowne złamanie. Mięsienie.	—	—	Prawie zupełne wyleczenie	—
3	Pingel. (Diss. inaug. 1892 Ref. Centralb. für Chir. 1893. 4?)	10	Złamanie w okolicy łokcia	Opatrunek gipsowy	Pęcherze na skórze po 3 dniach	Przykurczenie palców i ręki	—	Mięsienie, naciąganie elektr.	Żaden	—	Nieuleczony	—
4	Ten sam	6	Złamanie kości ramieniowej tuż nad łokciem	Opatrunek gipsowy	Ręka sina, pęcherze i owrzodzenie skóry	Skurczenie rąk i palców wysokiego stopnia	—	Mięsienie elektr., naciąganie palców	Żaden	—	Nieuleczony	—
5	H. Battle. (St. Thomas Hospital recort 1896)	12	Złamanie przedramienia	Szyny	Wrzód odleżynowy	Wychudnienie przedramienia. skurczenie palców	Prawidłowe	Mięsienie	—	—	Mała poprawa	—
6	Henle. (Centralbl. für Chir. 1896 N. 19)	9	Złamanie przedramienia	Gips	Zesinienie i obrzmienie ręki. Opatrunek zdjęty po 12 godzinach	Przykurczenie palców i ręki miernego stopnia	—	Mięsienie	Mała poprawa	Resekcya kości	Wyleczony	—
7	R. Johnson. (Lancet 1898 March. 12)	8	Złamanie dolnego odcinka kości ramieniowej	Szyny	Wrzód odleżynowy	Bardzo znaczne skurczenie palców	—	—	—	Resekcya kości	Prawie wyleczony	Kości się nie zrosły, dziecko musi nosić szynę na przedramieniu.
8	Davies Colley. (Guy Hospit report 1898 October 5)	6	Złamanie w stawie łokciowym	Szyny	Blizna po owrzodzeniu w skórze	Porażenie i skurczenie palców	—	Mięsienie	Bez skutku	Przecięcie m. zginaczy w miejscu potem ścięgna zginaczy przecięto	Przykurczenie zniesione	Stracona możność zginania palców.
9	Ten sam	7	Złamanie powikłane podudzia	Szyny	Znaczne ropienie głębokie	Przykurczenie stopy (pes equinus) i palców	—	Mięsienie	Bez skutku	Tenotomia ścięgna Achillesa i zginaczy	Wyleczenie	—
10	J. Clarke. (Orthop. surg. 1899 p 49)	6	Złamanie dolnego odcinka kości ramieniowej	Szyny	Obrzmienie palców	Przykurczenie palców i ręki	Brak oddział. na prąd przerywany; odczyn zwyrodnienia przy stałym	Mięsienie	Bez skutku	Przecięcie ścięgien zginaczy	Usunięto zniekształtnienie, stracona władza zginania	—
11	W. Page. (Lancet 1900 Jan. 13)	$4^1/_2$	Złamanie dolnego końca kości ramieniowej lub oderwanie dolnej nasady	Szyny	Obrzmienie palców, wrzód odleżynowy	Porażenie i przykurczenie palców	Reakcya degeneracyjna	Mięsienie elektr.	Mała poprawa	Tenoplastyka	Wyleczenie	Ścięgno powierzchowne zginacza wskazującego palca nie zrosło się
12	Littlewood. (Lancet 1900 Febr. 3)	8	Oderwanie dolnej nasady kości ramienia	Szyna prostokątna	—	Skurczenie palców i ręki znacznego stopnia	—	—	—	Tenoplastyka	Wyleczenie	—
13	Ten sam	6	Złamanie dolnego odcinka ramienia i kości przedramienia	Szyny	Odleżynowy wrzód na tylnej powierzchni przedramienia	Tak samo	—	—	—	Tenoplastyka	Bardzo znaczna poprawa	—
14	Barnard. (Lancet 1901 April. 30)	3	Złamanie przedramienia	Szyny	Wrzody odleżynowe	Stopniowe coraz większe przykurczenie palców	—	—	—	Tenoplastyka	Bardzo znaczna poprawa	Skłonność do ponownego kurczenia się palców.

Liczba	Autor i miejsce ogłoszenia	Wiek chorego	Przyczyna	Opatrunek	Objawy ucisku	Stan przy objęciu w leczenie	Oddziaływanie elektryczne	Leczenie wyczekujące	Wynik leczenia	Zabieg operacyjny	Wynik ostateczny	Uwaga
15	Ten sam	4	Zgniecenie przedramienia bez złamania kości	Lekki opatrunek	—	Stopniowe kurczenie się palców po 5 tygodniach	Odczyn zwyrodnienia	Mięsienie	Bez poprawy	Tenoplastyka	Wyleczenie	—
16	C. Wallis (The Practitioner 1901 October)	20	Opaska Esmarcha przez $1^1/_2$ godz. Zabieg operacyjny na kościach przedramienia	Szyny	Pęcherze na skórze	Skurczenie palców i ręki	—	Mięsienie	Mała poprawa	Tenoplastyka	Bardzo znaczna poprawa	Użycie ręki do szycia
17	Schloffer (Wien. klin Wochenschr. 1901 N. I.).	18	Zaczopowanie tętnicy pachowej przez kulę w niej tkwiącą	—	—	kurczenie palców	Odczyn zwyrodnienia	Mięsienie	—	—	Znaczna poprawa	—
18	L. Dudgeon (Lancet 1902 Januar 11).	5	Złamanie nad łokciem	Szyny	Wrzód odleżynowy	Zanik mięśni, skrócenie przedramienia, skurczenie ręki i palców	Prawidłowe	Mięsienie, nacieranie, elektryczność przez kilkanaście miesięcy	—	—	Bez poprawy	—
19	Ten sam	20	Stłuczenie przedramienia, złamanie niewykluczone	Szyny przez 13 tygodni	—	Skurczenie palców, zanik mięśni	Prawidłowe	To samo	—	—	Wyleczenie	—
20	Ten sam	5	Złamanie kości przedramienia	2 szyny	Wrzód odleżynowy	Stopniowe kurczenie się palców, staw nadgarstkowy wolny	Prawidłowe	Mięsienie przez 3 lata	—	—	Wyleczenie	—
21	Ten sam	4	Złamanie nad łokciem	Opatrunek gipsowy	Znaczny obrzęk, wrzód odleżynowy	Zanik mięśni, znaczne przykurczenie palców i ręki	Prawidłowe	Mięsienie przez 10 miesięcy	—	—	Poprawa	—
22	Ward (Lancet 1902 Februar 8)	21	Zgniecenie przedramienia w maszynie tkackiej bez złamania ręki	Lekki opatrunek	—	Skurczenie palców i ręki	—	Mięsienie	Bez poprawy	Tenoplastyka	Wyleczenie	—
23	Ten sam	12	Złamanie przedramienia	Szyny przez 10 tygodni	Wrzód odleżynowy bardzo rozległy	Skurczenie bardzo znaczne palców i ręki	—	—	—	Tenoplastyka	Znaczna poprawa	Obserwacya bardzo krótka. Powierzchowne ropienie w ranie.
24	L. Dudgeon (Lancet 1902 March 7)	5	Złamanie w okolicy łokcia przed 3 laty	Opatrunek gipsowy	Obrzmienie zesinienie palców, wrzód odleżynowy	Zanik mięśni, skurczenie przedramienia, skurczenie palców i ręki	—	Mięsienie	—	—	Bardzo mała poprawa	—
25	Ten sam	9	Złamanie przedramienia przed $2^1/_2$ laty	Opatrunek gipsowy	Wrzód odleżynowy	Przykurczenie palców i ręki	Częściowo odczyn zwyrodn.	—	—	Resekcya kości	Bardzo znaczna poprawa	—
26	Ten sam	8	Złamanie przedramienia przed $1^1/_2$ rokiem	Szyna	Wrzód odleżynowy	Skurczenie palców	—	—	—	Resekcya kości $^3/_4$ cala	Bardzo znaczna poprawa	—
27	Mój przypadek	6	Złamanie przedramienia	Opatrunek szynowy	Wrzód odleżynowy	Skurczenie palców i ręki znacznego stopnia	—	Mięsienie	Bez poprawy	Tenoplastyka	Bardzo znaczna poprawa	—

mięśnie zginacze palców, oba zginacze dłoni, mięsień dłoniowy długi i skręcający rękę okrągły. Potem udało mu się wprawdzie wyprostować rękę, palce jednak pozostały skurczone, dlatego w miesiąc potem przeciął ścięgna obu zginaczy palców i długiego zginacza kciuka. Naturalnie wyprostowanie palców było teraz możebne, ale też władzy zginania stracono, stan zatem nie lepszy, chyba gorszy, niż przed operacyą. W podobny sposób i z podobnym skutkiem

operował także Clarke; naturalnie, że ten sposób leczenia nie znalazł naśladowców. Tenotomia schorzałych mięśni może znaleźć zastosowanie tylko w razie wystąpienia podobnych zmian na mięśniach łydki — i tutaj może oddać bardzo dobre usługi (Przypadek Colleya, w tablicy nr. 9).

Henle w roku 1896 wybrał inną, racyonalniejszą drogę. Ponieważ mięśnie wskutek zmiany chorobowej stały się za krótkie, przeto Henle postanowił zbliżyć ich punkty przyczepienia, a osiągnął to w swych przypadkach przez wypiłowanie z kości sprychowej i łokciowej kawałka, długiego na $1^1/_2$ cm. Po zespojeniu tak skróconych kości dała się ręka i palce sprostować i wynik operacyi był zadowalniający. W podobny sposób postąpił Johnson; w jego przypadku jednak zrost resekowanych kości nie nastąpił. W dwóch przypadkach Dudgeona, operowanych w roku 1901 i 1902, osiągnięto również bardzo znaczną poprawę.

Inni autorowie, a mianowicie: Page, Littlewood, Bernard, Walis i Ward obrali inną drogę, starając się nie o przybliżenie punktów przyczepienia, lecz o przedłużenie skróconych mięśni przez przydłużenie ich ścięgien zapomocą tak zwanej tenoplastyki. Henle w podanej wyżej rozprawie powiada wprawdzie, że „myotomia, tenotomia, plastyka ścięgien, wycinanie blizn z mięśni lub całych mięśni, są na układzie ruchowym ręki zaledwie wykonalne wobec ilości zaopatrujących mięśni i ścięgien i wobec ważności dokładnego działania każdej poszczególnej jego części. Możnaby myśleć tylko o plastyce każdego ścięgna z osobna, postępowanie, które już z powodu znacznego skomplikowania jest wzbronione.“ Tymczasem doświadczenie przekonało, że teoretyczne przypuszczenia Henlego nie są słuszne. Zapewne przecinanie ścięgien i mięśni na ręce nie jest na miejscu; tenoplastyka jednak święci tu bardzo ładne tryumfy, a we wszystkich dotychczas operowanych przypadkach, podobnie jak i w moim, osiągnięto wyniki bardzo dobre, a nieraz funkcya ręki była tak dobra, że dzięki jej mogli chorzy używać jej do robót szydełkowych, szycia itp. Operacya ta nie jest tak skomplikowana, jak się tego obawiał Henle; po odsłonięciu ścięgien cięciem podłużnem chwyta się jedno ścięgno po drugiem, przedłuża się je przez rozdzielenie na odpowiedniej przestrzeni, a następnie końce zespaja dwoma lub trzema szwami. Cały zabieg operacyjny trwa nie dłużej nad 20 – 25 minut, a ma przed wypiłowaniem kości tę zaletę, że nie pozostawia skrócenia przedramienia, że przedłużenie ścięgien można dowolnie stopniować dla każdego mięśnia w miarę potrzeby, że nadto po resekcyi kości i tak już rozciągnięte mięśnie wyprostne muszą po zbliżeniu ich punktów przyczepienia dopiero dostosowywać się do nowych warunków. W żadnym z operowanych przypadków mimo plastyki licznych ścięgien nie wystąpiło jakiekolwiek zaburzenie w gojeniu, zrost ścięgien następował prawidłowo, tylko w jednym przypadku, Page'a podane jest, że nie zrosło się powierzchowne ścięgno wskaziciela; mimo to i w tym przypadku ostateczny wynik był bardzo dobry. Naodwrót zaznaczyć trzeba, że i po resekcyi kości może nastąpić staw rzekomy; miało to miejsce n. p. w przypadku Johnsona, w którym dziecko musiało stale nosić z tego powodu szynę na przedramieniu. Obie te operacye wymagają naturalnie wykonania ściśle aseptycznego, przy obu bowiem wystąpienie ropienia jest taksamo niebezpieczne. Z podanych powodów uważałbym w odpowiednich przypadkach tenoplastykę jako operacyę wyboru.

Sposobu jej wykonania nie powtarzam, opisałem go bowiem dokładnie w historyi mego przypadku; podnoszę tu tylko, że jako materyał do szycia ścięgien dobrze wyjałowiony cienki jedwab uważam za lepszy, niż katgut, że przy zespajaniu przedłużonego ścięgna uważałem, aby ścięgno przy zupełnie wyprostowanym palcu było tylko luźno napięte, aby zespajane końce ścięgna zachodziły na siebie na $1—1^1/_2$ milim., aby linie szwów nie leżały w jednej płaszczyźnie. Dodać tu jeszcze muszę, że którąkolwiek z tych dwóch operacyi wybierzemy, to do wykonania jej nie należy przystępować pierwej, aż się nabierze przekonania, że sprawa chorobowa w mięśniach już się skończyła, że więc skrócenie się ich, a więc i przykurczanie palców od dłuższego czasu, przynajmniej od 8—10 tygodni, się nie powiększa i gdy stosowane mięsienie i naciąganie dalszej poprawy nie sprowadza. Po obu operacyach zauważono mimo zastosowania powyższej ostrożności pewną skłonność do kurczenia się palców, zdaje się wskutek zmniejszenia napięcia, pod jakiem zdrowe jeszcze włókna mięsne się znajdowały. W każdym więc razie i po operacyi wskazane jest wnet po zagojeniu się rany dalsze wykonywanie ruchów czynnych i biernych palcami i mięsienie przedramienia. W razie zaniechania tego bowiem mogą przykurczenia powrócić, lubo w mniejszym stopniu.

Na zakończenie przytaczam zebrane z literatury przypadki w krótkich wyciągach.

III. Wyciągi.

Rosenstein. **Przyczynek do leczenia zakażenia połogowego.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* Tom 18, Zeszyt 3, 1903). Możemy rozróżnić trzy główne typy gorączki połogowej: 1) toksyczną, 2) zakaźną i 3) specyficznie zakaźną. Do tej ostatniej grupy zalicza autor te choroby, występujące w połogu, które zawdzięczają swe powstanie jakiemuś swoistemu drobnoustrojowi, n. p. błoniczemu, tężcowemu, gruźliczemu, które więc, ściśle biorąc, nie należy uważać jako gorączkę połogową. W postaci toksycznej choroba ogranicza się zwykle do błony śluzowej macicy (*endometrium*) i powstaje wtedy, jeżeli zalegające w macicy resztki błon lub łożyska ulegną rozkładowi. Tu więc nie same drobnoustroje, nie okazujące zresztą skłonności do dalszej inwazyi, wywołują ciężkie schorzenie ustroju, gdyż tu się odbywa zatrucie ustroju wytworami tych drobnoustrojów, t. j. ptomainami lub toksynami. W postaci zakaźnej czynnikiem wywołującym chorobę są same drobnoustroje (łańcuszkowce i gronkowce), które z ogniska zakażenia (macica) drogą naczyń chłonnych i krwionośnych zostają rozprowadzone po całym ustroju. W końcu mogą wystąpić postacie mieszane. Leczenie więc gorączki nie może być szablonowe, ale jest zależne od tego, z jaką z tych trzech postaci mamy do czynienia. A więc, jeżeli wystąpią objawy rozkładu resztek jaja płodowego w jamie macicy, musimy się starać usunąć je jak najprędzej, palcami lub zapomocą przyrządów. Tylko tam, gdzieby to żadną miarą nie udało się wykonać, a zakażenie ustroju widocznie postępowało, wchodzi w swe prawa zabieg operacyjny, polegający na wyjęciu macicy. Wytwory rozkładu usuwamy z macicy zapomocą przestrzykiwań, przyczem nie zależy tyle na jakości, ile na ilości płynu użytego do przestrzykiwania. Przepuszcza się więc przez macicę wiele litrów jałowego rozczynu soli kuchennej, sody, nadmanganezianu potasowego, lysolu, wody chlorowej lub wyskoku; szczególnie ten ostatni oddaje czasem dobre usługi, gdyż oprócz działania odkażającego i odwaniającego działa także nieco w głąb tkanek. Karbolu i sublimatu nie należy używać dla ich własności trujących, jeżeli zaś stosuje się je, to w bardzo słabych rozczynach. Niektórzy wreszcie polecają naparzanie macicy (vaporisatio); metoda dobra, ale niebezpieczna, o ile nie mogąc dokładnie zmierzyć działania pary w głąb

moglibyśmy nieraz wywołać zarośnięcie jamy macicy przez zupełne zniszczenie jej błony śluzowej. Przy zakażeniu ustroju wyżej przytoczone leczenie miejscowe nie wystarcza, gdyż w chwili, kiedy nas wzywają do chorej, drobnoustroje nie znajdują się już z pewnością na samej tylko błonie śluzowej, ale znacznie głębiej, jeżeli już nie w całym ustroju. W każdym razie należy próbować przestrzykiwań macicy wyskokiem. Żadną miarą nie wolno takiej macicy skrobać, gdyż przez to otworzylibyśmy dla drobnoustrojów nowe bramy, zniszczylibyśmy istniejący już może ochronny wał ziarninowy, wreszcie moglibyśmy kobietę narazić na zupełne zniszczenie błony śluzowej macicy, lub nawet wywołać jej przedarcie. Ponieważ więc jesteśmy zwykle bezsilni wobec drobnoustrojów na miejscu ich wtargnięcia, musimy się starać na innej drodze zniszczyć, względnie usunąć ich działanie, lub wreszcie osłabić ich żywotność, a mianowicie przez działanie na nie wprost w krążeniu różnymi przetworami chemicznymi i równoczesne wzmocnienie ustroju. Wielką rolę odgrywa tu higiena i dyetetyka; co do kwestyi podawania alkoholu, jako środka działającego podniecająco i odżywczo, jedni go absolutnie zarzucają, drudzy podają w wielkich ilościach. Autor stoi w pośrodku i sądzi, że mierne dawki mogą mieć wpływ korzystny na cały przebieg choroby. Celem wzmocnienia siły bakteryobójczej krwi i podniesienia czynności serca stosują jedni z dobrym skutkiem wdychiwania tlenu, inni wśródżylne wlewania fizyologicznego rozczynu soli kuchennej; w ostatnich czasach polecają wlewania tego rozczynu do kiszki stolcowej; wreszcie znakomicie działają też letnie kąpiele. Przy podejrzeniu istnienia zakrzepicy należy naturalnie, ze względu na konieczny spokój chorej, unikać kąpieli, a raczej stosować zawijania. Podawanie środków przeciwgorączkowych należy o ile możności ograniczyć. Celem wzmożenia leukocytozy stosowano podskórnie terpentynę, która miała wywoływać ropienie. Do tego samego celu zmierzało polecane w ostatnich latach leczenie nukleinowe w połączeniu z wstrzykiwaniami soli kuchennej; o ile jednak sposób pierwszy dzisiaj już zupełnie zarzucono, ostatni zdaje się mieć racyę bytu, gdyż jak dotąd wykazał bardzo dobre wyniki (ref. w „Przegl. lek." Nr. 26, 1903). Ze środków, które miały na celu dezinfekcyę ustroju, względnie krwi, wspomina autor o wśródżylnych wstrzykiwaniach sublimatu (Kesmarsky) i formaliny: pierwsze w użyciu niebezpieczne, drugie potrzebują dalszych badań. Tu należy także surowica Marmorka i przetwory srebra Crédego. Co do surowicy zdania są podzielone; wielkiej przyszłości jednak autor jej nie rokuje, gdyż ona zdaje się mieć wpływ tylko na pewien rodzaj paciorkowców, na inne zaś pozostaje bez żadnego działania. Przetwory Crédego w postaci rozpuszczalnego srebra (collargol) używane są do wstrzykiwań podskórnych (bolesne), lub śródżylnych (niebolesne), wreszcie w postaci maści; przetwory te zdają się mieć wpływ dodatni na przebieg choroby, chociaż niejednokrotnie już otrzymano wyniki ujemne. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Dützmann. **Posiłkowanie się oznaczaniem liczby leukocytów w chorobach żeńskiego narządu rodnego.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* Tom 18, Zeszyt 1, 1903). Już przed 25 laty zwrócono uwagę na zwiększenie się liczby leukocytów w przebiegu spraw zapalnych O ile jednak zjawisko to w chorobach zakaźnych niema wielkiego znaczenia, gdyż tu już inne objawy prowadzą do równie pewnego rozpoznania, o tyle zachowało ono swe znaczenie tam, gdzie idzie o rozpoznanie ropienia, szczególnie ropienia ukrytego. Pierwszy Curschmann zwrócił uwagę na rozpoznawcze znaczenie tego zjawiska przy ropieniu w przebiegu chorób wyrostka robaczkowego. To spowodowało autora do wypróbowania tego sposobu także przy wypocinach okołomacicznych i przekonał się, że wzmożenie liczby leukocytów jest istotnie zupełnie pewną oznaką ropienia. W niniejszej pracy znowu starał się autor dowieść, o ile metoda ta może mieć znaczenie rozpoznawcze tam, gdzie ropienia, przynajmniej dotychczas znanymi sposobami, wykazać nie można. Do leczenia leukocytów używał przyrządu Thoma-Zeissa, a krew brał z opuszki palca. Trzeba jednak zachować pewne ostrożności. I tak należy przedtem zbadać cały ustrój. celem wykluczenia innych przyczyn leukocytozy. Liczenie trzeba wykonywać przez kilka dni, zawsze o tejsamej porze, najlepiej przedpołudniem; dalej należy zwrócić uwagę na ciepłotę ciała i możliwy wpływ gorączki. Bardzo ważnym warunkiem pewnego wyniku jest czystość przyrządu i rurki, którą najlepiej po użyciu wyczyścić ze skrzepów rozczynem ługu potasowego, wyskoku i eteru. Jako normę liczby leukocytów przyjął autor 5,500—10,000; ilości, będące wyżej lub niżej tych, uważał jako patologiczne W przypadkach wątpliwych posługiwał się próbą jodową Goldbergera i Weissa, która polega na tem, że z rozczynu: *Jod. sublim. 1,0 kal. jodat. 3,0, aquae dest. 100,0, gumm. qu. s. ad constit. syrupus* — puszcza się jedną kroplę na suchy preparat krwi. W razie obecności ropy leukocyty barwią się na ciemno-żółto, szczególnie wielojądrzaste, aż do zabarwienia brunatnego. Liczenia liczby leukocytów używał autor jako środka rozpoznawczego w przebiegu spraw zapalnych narządu rodnego żeńskiego (wypociny, zapalenia trąbek, jajników i t. d.); dalej w przebiegu gruźlicy, mięśniaków, raka, ciąży trąbkowej i torbieli jajnikowych; jako środka prognostycznego w przebiegu zakażenia połogowego i drgawek porodowych. Badał 223 przypadków (liczeń 2000) i otrzymał następujące wyniki: 1) W przypadkach zwykłego zapalenia nieżytowego błony śluzowej macicy, lub przy tyłozgięciu otrzymano zawsze liczby prawidłowe. 2) Przy wypocinach zapalnych okołomacicznych okazał się powyższy sposób bardzo cennym i czułym środkiem rozpoznawczym; po wypuszczeniu bowiem ropy liczba leukocytów natychmiast spadła; przy wytworzeniu się świeżego ogniska lub zatrzymaniu ropy, liczba ciałek białych znowu wzrastała. 3) Odczyn jodowy leukocytów w obecności ropy przyczynia się w wątpliwych przypadkach do ustalenia rozpoznania. 4) Korzyść z liczenia leukocytów głównie występowała na jaw w przypadkach chorób przydatków macicy, gdzie szło o naturę cierpienia i wybranie drogi operacyjnej: brzusznej lub pochwowej? Ze względu na tak pewne wyniki rozpoznawcze radzi autor zarzucić nakłucie próbne, które z pewnością nie jest zabiegiem obojętnym, owszem nierzadko wprost zgubnym. 5) Mięśniaki, rak, ciąża trąbkowa nie miały żadnego wpływu na liczbę ciałek białych; liczenie ich jednak było w kilku przypadkach jedyną wskazówką istniejącego ropienia, potwierdzonego zresztą przy operacyi, mimo że nie było ani bolesności, ani gorączki itp. objawów. 6) Ropa gruźlicza nie wywołuje zupełnie wzmożenia liczby leukocytów; ropa rzeżączkowa tylko nieznaczne, co należy, zdaniem autora, odnieść do nieznacznej zdolności wchłaniania i większej odporności otrzewnej na te drobnoustroje i ich toksyny. 7) Przy dużych guzach jajnikowych, szczególnie ze skręconą szypułą i powikłanych podrażnieniem otrzewnej, występuje silna leukocytoza, mimo że niema ropienia; próba jodowa jednak daje wtedy wynik ujemny, 8) Ropnie otorbione, oddzielone grubemi ścianami od reszty tkanek, mogą nie wywołać leukocytozy. 9) W posocznicy połogowej liczenie leukocytów jest bardzo cennym środkiem prognostycznym w tem znaczeniu, że stała hiperleukocytoza pozwala rokować korzystnie; ciągłe zaś zmniejszanie się liczby ciałek białych, nawet niżej normy, jest znakiem niekorzystnym. Objaw ten może być zarazem praktyczną wskazówką, kiedy jest czas do operacyjnego wystąpienia. Leukocytoza bowiem jest niejako samoochroną ustroju przeciw drobnoustrojom chorobotwórczym. Jak długo więc można ją wykazać, jest ona dowodem, że ustrój daje sobie radę w tej walce; z chwilą zaś, kiedy mimo i reszczów nawet i wysokiej gorączki liczba leukocytów stale się zmniejsza, jest to oznaką, że ustrój ulega przewadze drobnoustrojów, które można wówczas nawet we krwi wykazać. Na potwierdzenie tych objawów przytacza autor bardzo zajmujące historye chorób. 10) W drgawkach porodowych zauważono podobne stosunki, jak w gorączce połogowej. Przy stałej hiperleukocytozie napady stają się rzadsze i naodwrót — przy prawidłowej lub jeszcze niższej liczbie ciałek białych napady występują coraz częściej, trwają dłużej i prowadzą do zejścia śmiertelnego. Spostrzeżenie to wskazywałoby na słuszność teoryi, która uważa drgawki porodowe jako chorobę zakaźną. *Dr. E. Ehrenpreis.*

T. Heiman. **Przyczynek do leczenia zapaleń ostrych ucha środkowego.** (*Medycyna* 1903, Nr. 33, 34, 35). Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że przecięcie błony bębenkowej stanowi ważny nabytek w chirurgii otyatrycznej; lecz jak każdy rękoczyn leczniczy nie może stanowić środka uniwersalnego i niejednokrotnie zawodzi tam, gdzie naukowo był wskazanym i racyonalnie uzasadnionym. Lekarze, którzy stosują ten zabieg już w samych początkach zapalenia i w każdym jego przypadku, posuwają się, zdaniem autora, stanowczo za daleko. H poddaje ostrej krytyce statystykę Körnera i Bürknera, oraz wnioski z nich wysuwane przez tych autorów. H. w celach leczniczych odróżnia zapalenie ostre ucha środkowego zwyczajne od ropnego. W pierwszej z tych chorób przecięcie błony bębenkowej rzadko tylko jest wskazanem, a zwykle leczenie bezkrwawe, zachowawcze, wystarcza do usunięcia cierpienia. Z przecięcia błony w tej postaci chorobowej nie widzi H. żadnej korzyści; natomiast spostrzegł, że po wczesnem jego wykonaniu zachodzi potrzeba po pewnym czasie powtórzenia jego, nawet kilka razy, gdyż bole na nowo wracają. Jedyny wyjątek, jaki uczynić należy dla wcześniejszego nacięcia błony bębenkowej, jest zapalenie u dzieci, które mu towarzyszą objawy podrażnienia opon mózgowych. Jeżeli zaś wysięk przez dłuższy czas nie ulega wchłonieniu i grożą stałe zaburzenia słuchowe, należy także i u dorosłych po bezskutecznem wyczerpaniu innych środków wykonać przecięcie błony bębenkowej, ażeby opróżnić jamę bębenkową.

Natomiast w ropnem zapaleniu ucha środkowego rękoczyn ten jest wskazany z chwilą stwierdzenia ropy w jamie usznej, t. j.

3—5 dnia choroby. Taksamo autor postępuje w następowych ostrych sprawach ucha środkowego, powstałych po przebytych ostrych osutkach zakaźnych. Ból, gorączka, wypuklenie błony bębenkowej i bolesność wyrostka sutkowego nie stanowią wskazania do szybkiego wykonania nacięcia błony bębenkowej, lecz jedynie obecność ropy w jamie bębenkowej. Przez zabieg ten dajemy ustrojowi możność prędszego pozbycia się pierwiastka zakażającego i przez to nieraz zapobiegać możemy rozwojowi niepożądanych powikłań. W wielu przypadkach ropnego zapalenia przecięcie błony bębenkowej stanowczo skraca przebieg i trwanie choroby i w tem jest jego wyższość nad czekaniem na samowolne przebicie błony bębenkowej. Aczkolwiek są przypadki i to nierzadkie, że nacięcie to nie wywiera żadnego wpływu na przebieg choroby, a nawet spostrzegać można przypadki, że po nacięciu błony choroba wzmaga się i czas jej trwania przedłuża się, to przecież nie zdaje się właściwem liczyć na wessanie się, lub wylanie się do gardzieli ropy, nagromadzonej w jamie bębenkowej i przez to wystawić chorego niepotrzebnie na dłuższe cierpienie, albo nawet, co ważniejsze, narazić go na nieobliczone następstwa. Czy zaś w sprawach ropnych nacięcie błony bębenkowej jest w stanie zapobiedz powikłaniom ze strony wyrostka sutkowego i jamy czaszkowej, nie zostało dotąd dowiedzionem. Pewne fakty przemawiają za tem, że w powstawaniu powikłań inne czynniki, aniżeli zaniedbanie nacięcia błony bębenkowej grać muszą pierwszorzędną rolę. Do czynników tych zaliczyć należy stan ogólny i odporność chorego ustroju, natężenie i rozległość sprawy zapalnej, oraz większą lub mniejszą złośliwość pierwiastków chorobotwórczych, a także obecność w wyrostku sutkowym ogniska chorobowego. Nacięcie przeto błony bębenkowej, choćby najwcześniejsze, nie wpływa bynajmniej na stan sprawy chorobowej w wyrostku sutkowym i dlatego bolesność wyrostka sutkowego nie stanowi wskazania dla wykonania tego zabiegu. Zdarzyć się może, że są wszelkie dane, przemawiające za obecnością ropy w jamie bębenkowej; wszelako po nacięciu przekonywujemy się o błędzie naszego przypuszczenia. Pomyłka taka nie przyniesie jednakże choremu szkody, jeśli tylko operacyę wykonamy na zasadzie wymaganych przepisów technicznych i aseptycznych. Także trepanacya wyrostka sutkowego w sprawach ostrych zbyt często i bez ścisłych wskazań bywa wykonywana. Tylko w razie trwania ropienia dłużej, niż 4 tygodnie, gdy ropa staje się zielonkawa, gęstości śmietanki, przystępuje autor do otworzenia wyrostka sutkowego.

Spira.

Uskow. **Kliniczne spostrzeżenia nad leczeniem chorób sercowych.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Odessa, 1903). Autor badał w klinice prof. Lewaszowa (Kazań) lecznicze działanie w chorobach serca kąpieli z wody słodkiej (35—30° C.), również periplocyny i digitoksyny. Każdy z 14 badanych chorych otrzymywał 15 kąpieli: 3 na 35°, 3 na 34°, 3 na 32,5°, 3 na 31°, 3 na 30° C.; pierwsza kąpiel trwała 10′, druga 15′, trzecia 20′. Wnioski autora, dotyczące wpływu kąpieli, są następujące: 1) czynność serca wzmaga się i zwalnia pod wpływem kąpieli 35°—30° C., parcie zaś krwi obniża; 2) wymiary serca w przypadkach lekkich zmniejszają się, w innych zaś nie ulegają zmianie; 3) oddawanie moczu w większości przypadków nie ulega zmianie; 4) napięcie ścian tętniczych w lekkich przypadkach podnosi się, w ciężkich pozostaje bez zmiany; 5) zbiorowe działanie występuje tylko w przypadkach lekkich; 6) wobec tego kąpiele mogą odgrywać rolę zaledwie słabego środka leczniczego w przypadkach lekkich; 7) kąpiele są najwięcej wskazane w niedomykalności zastawki dwudzielnej; 8) kąpiele są przeciwwskazane w przypadkach ciężkich, powikłanych ze znacznymi zmianami w sercu i naczyniach, oraz ze sprawami przesiękowemi; 9) również przeciwwskazane są kąpiele w chorobach serca, powikłanych z silną niedokrewnością, ponieważ w tych przypadkach nie wywierają one dostatecznego wpływu na serce i naczynia.

Periplocynę i digitoksynę stosował Uskow w 12 przypadkach wad sercowych: pierwszą wstrzykiwał podskórnie dwa razy dziennie w najmniejszej dawce 0,0005; wpływ leku po każdorazowem wstrzyknięciu uwidoczniał się po upływie dwóch godzin i trwał 6—8 godzin. Digitoksynę stosował autor w proszku i w roztworze wyskokowym, w dawce 0,00025 do zwolnienia tętna. Wyniki, do których doszedł, są następujące: 1) periplocyna odznacza się niewątpliwemi własnościami, właściwemi środkom sercowym, mianowicie podnosi i reguluje czynność serca; 2) napięcie naczyń po periplocynie nie ulega zmianom, napełnienie zaś zwiększa się wskutek wzmocnienia czynności serca; 3) parcie krwi nie przedstawia widoczniejszych zmian; 4) ilość moczu podnosi się znacznie; 5) w przeciwieństwie do naparstnicy działanie periplocyny szybko znika po odstawieniu leku; 6) szybkością działania periplocyna zbliża się najwięcej do strofantyny; 7) periplocyna jest wskazaną w przypadkach lekkich i średnich, które nie są powikłane ze znacznem zajęciem serca i innych narządów; 8) periplocyna nie odznacza się własnością działania zbiorowego; 9) wewnętrzne podawanie periplocyny nie nadaje się w zachwianiu wyrównania czynności serca, siła bowiem lecznicza jej jest nieznaczną; 10) wstrzykiwania periplocyny, stosowane systematycznie dwa razy dziennie. w dawce 0,0005—0,0007 do usunięcia objawów zastoinowych, są zupełnie bezpieczne i skuteczniejsze, niż jednorazowe wstrzykiwania jej przez 1—3 doby; 11) ubocznego działania periplocyny autor nie spostrzegał; 12) digitoksyna jest najsilniejszym środkiem sercowym; jest ona wskazaną w tych przypadkach, w których wszystkie inne leki, nie wyłączając i naparstnicy, okazały się bezskutecznymi; 13) digitoksyna zmniejsza wymiary przytłumienia sercowego; uderzenie koniuszkowe i tony (dźwięki) serca stają się silniejsze, a przesięki szybko wchłaniają się; 14) napięcie naczyń po digitoksynie szybko się podnosi; 15) parcie krwi nie ulega wybitnym zmianom; 16) ilość moczu zwykle się wzmaga, lecz niezawsze; 17) dawka 0,00025, stosowana 3—5 razy na dobę, jest wystarczającą dla działania leczniczego; 18) uboczne działanie digitoksyny występuje rzadko, zdradzając się ciężarem pod łyżeczką, nudnościami i wymiotami; 19) digitoksyna sprowadza niekiedy tętno dwójkowe (*pulsus bigeminus*), wobec czego, podając ją, należy mieć chorego w ciągłej obserwacyi.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Gerngross. **Zapalenie okątnicze, a leukocytoza.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 37). Autor potwierdza na mocy swych spostrzeżeń wyniki Curschmanna. W zapaleniach wyrostka robaczkowego z lekkim przebiegiem klinicznym bywała liczba ciałek białych początkowo bardzo znacznie powiększona; w krótkim jednak czasie wracała do normy, podczas gdy w przypadkach ciężkich, które wymagały zabiegu operacyjnego, początkowe zwiększenie się ciałek białych jeszcze się bardziej zwiększało. Autor nie zgadza się co do tego z Curschmannem, aby pojedynczo spotykana liczba ciałek białych 25.000 i wyżej miała być wskazaniem do operacyi, gdyż znaleźć można przypadki o jeszcze większej liczbie ciałek białych, które to przypadki bywają wyleczone bez operacyi. Małe ilości ciałek białych nie są żadnym dowodem, że istnieje, lub nie istnieje ropienie; w przypadkach bardzo szybko przebiegających niema zazwyczaj leukocytozy. Znaczenie leukocytozy jest wogóle tego rodzaju, że umacnia rozpoznanie i daje wskazówki, czy sprawa chorobowa wzrasta, lub się zmniejsza; nie daje jednak żadnych pewnych danych — za lub przeciw operacyi, gdyż najważniejszą rolę odegrać tu musi stan ogólny, objawy brzuszne, tętno i t. d.

B. Żmigród.

Urbantschitsch. **Mięsienie wibracyjne trąbki usznej w przewlekłym nieżycie ucha środkowego.** (*Monatschrift für Ohrenh.* Nr. 3, 1903), Autor wykonuje mięsienie chrząstkowej części trąbki usznej zapomocą zgłębnika celuloidynowego dawną metodą Urbantschitscha ojca, obok równoczesnego mięsienia wibracyjnego zapomocą peloty, poruszanej motorem, na skrawku, wyrostku sutkowym i górnej bocznej części szyi. Zabieg po jednej stronie trwa dwie minuty, wykonuje się go codzień, albo 3 razy w tygodniu. Poprawa następuje czasem już po kilku, nieraz dopiero po 20—30 posiedzeniach. Mięsienie to skutkuje przez wpływ: 1) na mięśnie trąbki i naprężacz błony bębenkowej, których napięcie modyfikuje w kierunku dla ucha korzystnym; przez 2) oddziaływanie na stosunki krążenia w trąbce, uchu zewnętrznem i środkowem, wreszcie na 3) nerw słuchowy i odruchowo, za pośrednictwem trąbkowych gałązek nerwu troistego. *Spira.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 16 grudnia 1903 r.

Przewodniczy kol. Prof. Nowak, obecnych członków 30.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Prof. Jakubowski, jako przewodniczący Komitetu przedwyborczego, przedstawia listę funkcyonaryuszy Towarzystwa. uchwaloną przez Komitet przedwyborczy na rok 1904. w myśl której przeprowadzono następujący wybór zarządu:

Prezesem obrano kol. Prof. Juliana Nowaka; zastępcą prezesa kol. Prof. Aleksandra Rosnera; sekretarzem dorocznym kol. Ryszarda Urbanika; skarbnikiem kol. Józefa Różeckiego; redaktorem „Przeglądu lekarskiego“ kol. Augusta Kwaśnickiego. Do Komisyi redakcyjnej wybrani zostali: kol. Prof. Stanisław Cie

chanowski, kol. Prof. Jan Raczyński, kol. Maksymilian Cercha i kol. Doc. Maksymilian Rutkowski. Jako delegatów do Rady nadzorczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrano: kol. Prof. Antoniego Marsa i kol. Prof. Antoniego Gluzińskiego. Do Komisyi kontrolującej wybrano: kol. Doc. Wincentego Łepkowskiego i kol. Tomasza Mączkę.

Dr. Dobrowolski,
sekretarz doroczny.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Dnia 14/27 kwietnia 1903 r. zawiązało się przy rzymsko-katolickiem Towarzystwie dobroczynności w Petersburgu Koło lekarzy Polaków, które rozpoczęło oficyalnie swoją działalność, jako filia lekarska Towarzystwa. Członkowie Koła, zebrawszy się w liczbie 26 i rozejrzawszy się w zatwierdzonej przez rząd ustawie, wybrali Komitet, w skład którego weszli: Dr. M. Strawiński — prezes, prof. dr. St. Zaleski — zastępca prezesa, docent dr. W. Orłowski — sekretarz 1-szy, dr. M. Maczewski — sekretarz 2-gi, dr. U. Wierciński — skarbnik; na członków doradców powołani zostali: dr. O. Czeczott, dr. J. Ostrowski, dr. W. Rudzki, dr. S. Wolański i prof. dr. J. Ziemacki.

Na temże posiedzeniu przyjęto w poczet członków Koła drów Kodisa, W. Kozłowskiego, Niedźwieckiego, Sicińskiego, Suchowskiego i Jacuńskiego.

Drugie posiedzenie w dniu 29 – IV (12 — V) 1903.

Obecnych członków 31.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego ogólnego zebrania udziela prezes dr. Strawiński głosy drowi Czeczottowi.

1. Dr. Czeczott wygłasza wspomnienie pośmiertne ś. p. Alfonsa Erlickiego.

2. Dr. Wierciński odczytuje przysłaną na jego ręce przez dra Talko-Hryncewicza rzecz pod tyt.: »Antropologia i jej stosunek do medycyny».

Dyskusyi nad odczytem wskutek nieobecności autora nie było.

3. Dr. K. Syliwanowicz: »Przypadek nowotworu wątroby». Prelegent opisuje spostrzegany przez siebie w klinice lekarskiej Akademii przypadek nowotworu, w którym rozpoznano raka wątroby, jakkolwiek wezwani na naradę chirurdzy byli zdania, że mieli do czynienia z bąblowcem wątroby; sekcya wykazała raka wątroby i żołądka z pierwotnem ogniskiem w przełyku; za życia jednak żadnych objawów ze strony przełyku nie było.

W dyskusyi doc. W. Orłowski zaznacza, że rozpoznanie w przypadku prelegenta było na tyle trudnem, że nawet podczas operacyi nie można było orzec, skąd pochodzi nowotwór; przypuszczono, że z trzustki, tymczasem sekcya wykazała pierwotne ognisko w przełyku i przerzuty w żołądku i wątrobie. Na podstawie braku zwiększonej leukocytozy nie można było za życia zaprzeczać możliwości sprawy ropnej w wątrobie, ponieważ ropnie wątroby, jak wykazują nowsze prace, nie zawsze wywołują leukocytozę. Ropnie wątroby mogą również przebiegać i bez gorączki zwalniającej. Na podstawie danych, przytoczonych przez prelegenta, rozpoznano w klinice raka wątroby z pierwotnem ogniskiem w żołądku, za czem przemawiała ta okoliczność, że wymiociny chorej nie zawierały wcale wolnego kwasu solnego.

Prezes dr. Strawiński zapytuje, czy poddano nowotwór badaniu drobnowidowemu i czy to badanie nie wykryło sprawy kiłowej?

Dr. Syliwanowicz: badanie drobnowidowe wykazało właśnie raka. Na tem posiedzenie zakończono.

Trzecie posiedzenie dnia 9/22 V. 1903 roku.

Obecnych członków 16.

Prezes dr. Strawiński zawiadamia zebranie, że dr. Moszyński i dr. Jastrzębski proszą o odłożenie zapowiedzianych przez nich odczytów i udziela głosu dr. W. Orłowskiemu.

Docent W. Orłowski wyłożył rzecz pod tyt.: »Ze spostrzeżeń klinicznych nad przebiegiem śpiączki cukrzyczej». (Rzecz ogłoszona w Nrze 2-gim 1904 r. «Przeglądu lekarskiego»).

W dyskusyi zabiera głos dr. Wołowski i zaznacza, że w poszukiwaniach klinicznych niezbędne są ścisłe badania przemiany materyi; badania te muszą być prowadzone na szeroką skalę. W obecnym czasie nietylko lekarskie oddziały szpitalne posiadają urządzenia do podobnych badań, lecz zaczęto je urządzać i w szpitalach chirurgicznych. Jako przykład służyć może klinika prof. Weljaminowa, w której na wezwanie kierownika urządził dr. W. pracownię chemiczno-kliniczną. Prowadząc te badania, należy pamiętać, że wszelkie oznaczenia muszą być obliczane z dobowej ilości moczu; odsetkowe bowiem liczby nie mają zgoła żadnego znaczenia. Następnie ważnem jest zawsze obliczanie stałych części moczu, do czego używam współczynnika Haesera. Wreszcie, ogromną wartość przyznaję oznaczaniu w moczu całkowitego azotu, jak również azotu utlenionego i nieutlenionego. Podobne badania są tembardziej niezbędne u chorych cukrzyczych, tylko bowiem one wyświetlą przyczynę śpiączki cukrzyczej. Dla mnie nie ulega wątpliwości, że właśnie anomalia azotowa stanowi najgłówniejszą przyczynę tej śpiączki. Istotnie, wtenczas, gdy w ustroju osobników zdrowych zaledwie 9% całkowitego N przypada na azot nieutleniony, reszta zaś 91% na azot utleniony, u chorych cukrzyczych azot nieutleniony wynosi 20—22%, utleniony zaś nie więcej nad 78—80%. Do tego należy dodać, że ilość całkowitego azotu u nich jest również znacznie podniesioną. W ten sposób u chorych cukrzycych zawartość nieutlenionego azotu jest w wysokim stopniu spotęgowaną; główną część tego N stanowi amoniak. Badań podobnych niema w pracy prelegenta, również niema w jego pracy analizy oddechowej, której zbadanie jest bardzo ważnem u chorych cukrzyczych. Brak tych badań stanowi poważną lukę w badaniach prelegenta.

W odpowiedzi dr. W. Orłowski zaznacza: Zarzuty uczynione mi przez kol. Wołowskiego uważam za chybione. Kol. Wołowski rozprawiał dużo o badaniach przemiany materyi i ich doniosłości i wygłosił zdania słuszne, coprawda ogólnie znane. Zapomniał jednak kol. Wołowski, że nie można narzucać żadnemu badaczowi kierunku, w którym ma prowadzić swoje badania. Mamyż zapomnieć, że wolność myśli i słowa jest pierwszą dźwignią postępu wiedzy i ludzkości? Życzeniem kol. Wołowskiego oczywiście jest to, żebym podjął się wyjaśnienia patogenezy śpiączki cukrzycznej; właśnie tej sprawy nie miałem wcale zamiaru poruszać w swoim odczycie. O patogenezie śpiączki cukrzycznej miałem zaszczyt mówić na temże miejscu już przed $1^1/_2$ laty, przedkładając wyniki własnych poszukiwań, dotyczących stanu zasadowości krwi w różnych sprawach chorobowych. Dzisiejszym odczytem zamierzałem naszkicować nie patogenezę, lecz kliniczny przebieg śpiączki cukrzycznej. W tym jednak obrazie klinicznym nie miałem zamiaru zastanawiać się nad całokształtem jego, a ograniczyłem się tylko do przedstawienia niektórych rysów, dotychczas mało wyświetlonych w piśmiennictwie. Pod tym względem również każdy badacz powinien mieć zupełną swobodę wyboru. Te dane, które dziś przedstawiłem, istotnie są bardzo pouczające, zwłaszcza gdy jeszcze raz zaznaczę, że śpiączka cukrzycza może wystąpić u chorego na cukrzycę wtenczas, gdy w moczu cukru już się nie wykrywa, wskutek czego, jeśli chory przed tem nie był nam znany, podstawowe cechy śpiączki nie mogą być rozpoznane.

Kol. Wierciński przypuszcza, że brak cukru w moczu jednego z chorych na śpiączkę cukrzyczą mógł zależeć od powikłania tej sprawy z gruźlicą prosówkową.

Dr. Piotrowicz zaznacza, że w jednym przypadku śpiączki cukrzycznej otrzymał świetne wyniki po zastosowaniu nadtlenku wodoru (*hydrogenii peroxydati*), który zalecał już Jaccoud.

Prezes dr. Strawiński dziękuje w imieniu zebrania prelegentowi i zamyka posiedzenie. *Witold Orłowski.*

V. Z historyi wziernika ocznego.

Podał

Dr. Wiktor Reis.

„Η δὲ κόρη καλουμένη τοῦ ὀφθαλμοῦ μέλαν φαίνεται διὰ τοῦτο, ὅτι ἐν βαθεῖ ἐστι καὶ χιτῶνες περὶ αὐτό εἰσι μέλανες“. (Hippocrates) [1]).

Próby wyjaśnienia faktu, dlaczego źrenica oka wydaje nam się czarną, sięgają dalekiej przeszłości. Już w począ-

[1]) Hirschberg: Geschichte der Augenheilkunde. Graefe-Saemisch II Aufl. 1899.

tkach wiedzy lekarskiej, za czasów Hipokratesa, wyrażano się w ten sposób, że „źrenica oka dlatego jest czarną, ponieważ leży w głębi i dokoła otoczoną jest ciemnymi osłonami“. Z małemi odmianami zapatrywanie to utrzymywało się przez wieki całe i umysł ludzki nie mógł wpaść na trop rozwiązania zagadki. Dopiero zastanawianie się nad zjawiskiem wprost przeciwnem, nad odblaskiem lub błyszczeniem się oczu, utorowało z biegiem czasu drogę do zrozumienia właściwej istoty spostrzeganego zjawiska i uwieńczenia dodatnim wynikiem tak długo bezowocnych starań.

Błyszczenie oczu u rozmaitych zwierząt spostrzegano już od dawna. Uważano je z początku za zjawisko nadprzyrodzone, jak o tem świadczy ciekawy zabytek z XVII wieku, sztych z r. 1674, odtworzony w dziele Dra Reicha: „Der Gelehrte“ [2]).

Sztych niemiecki p. n. „Cardinal Crescentius sieht eine Spukerscheinung“ przedstawia kardynała, zajętego pisaniem listów, na biurku ustawioną jest świeca, a nieco dalej w głębi pokoju stoi pies z iskrzącemi się oczyma. Jak kronika opowiada, zjawisko to tak silne wywarło wrażenie na kardynale, że w kilka dni potem umarł z przestrachu. Gdy jednak uważnie przypatrzymy się rycinie, spostrzeżemy, że były wszelkie warunki, wymagane obecnie do oświetlania dna oka. Iskrzące się oczy psa znajdują się w tej samej linii, łączącej źródło światła z oczyma kardynała.

W r. 1704 Méry donosi Akademii lekarskiej w Paryżu o swem doświadczeniu: zanurzał on mianowicie głowę kota z otwartem okiem pod wodę i otrzymywał przy świetle dziennem dokładny obraz naczyń na dnie oka. De la Hire w r. 1709 objaśnił to zjawisko: woda, posiadająca w przybliżeniu ten sam współczynnik załamywania światła, jak środki łamiące oka, znosiła działanie rogówki, wobec czego promienie z oka wychodziły w kierunku silnie rozbieżnym. Spostrzeżeń tych jednak nie umiano wykorzystać.

Przypisywano nadal błyszczenie oczu właściwościom budowy dna oka zwierzęcego, opatrzonego makatem barwnolśniącym (*tapetum lucidum*), który miał posiadać zdolność samodzielnego wytwarzania światła. Gdy zwierzęta drażniono, odblask oczu stawał się silniejszym, nie omieszkano więc dopatrywać w układzie nerwowym bezpośredniego wpływu na powstawanie tego zjawiska.

Na bezpodstawność takiego mniemania zwrócił uwagę Prevost z Genewy [3]), który pierwszy w r. 1810 wykazał związek przyczynowy między odblaskiem oczu a odbiciem promieni świetlnych, które, skoro dosięgną dna oka, wracają odbite do pierwotnego źródła światła. Następni badacze, jak Gruithuisen, Rudolphi, Müller, Essen i inni [3]) stwierdzają zgodnie, że do zobaczenia błyszczenia oczu koniecznem jest, by oko badającego skierowanem było w pewnym ściśle określonym kierunku

W oczach ludzkich spostrzegano z początku błyszczenie oczu tylko w pewnych rzadszych sprawach chorobowych. Beera „amaurotyczne oko kocie“ przy glejakach siatkówki może tu posłużyć za przykład. Według Behra (1839) także w braku tęczówki można było widzieć dno oka z chwilą, gdy skierowaliśmy wzrok w stronę oka badanego równolegle do źródła światła.

Purkinje [4]) w dziele swem z r. 1823 p. t. „Commentatio de examine physiologico organi visus“ ogłasza dokonane przez się doświadczenia oświetlania dna oka, z których okazuje się, że prawie blizkim już był rozwiązania tego trudnego zadania.

„Quoties certa directione oculum caniculi inspexissem, lumen illud percellens apparebat, donec fontem invenirem lumen e cavitate vitri in interna oculi reflexum indeque iterum retroflexum“. Zapomocą szkła wklęsłego, przeznaczonego dla krótkowidzów, odbijał Purkinje światło obok stojącej świecy w kierunku do oka badanego, poczem promienie odbite na drodze powrotnej dostawały się do jego własnego oka.

Podobnież ma się rzecz z doświadczeniem Erlacha, z r. 1846 [5]), który wielokrotnie u znajomych swych wywoływał czerwono zabarwiony odblask oczu, wtenczas, gdy oni spoglądali w obraz płomienia świecy, odbity na powierzchni jego szkieł okularowych.

W tym samym mniej więcej czasie Brücke wywoływał doświadczalnie błyszczenie oczu u zwierząt i u ludzi, oświetlając w ciemnej przestrzeni ich oczy silną latarnią i patrząc się równocześnie w kierunku promieni świetlnych do oka badanego. Dalsze jednak usiłowania Brückego do zrobienia przyrządu, któryby służyć mógł do oświetlania dna oka, spełzły na niczem. Na to trzeba było dopiero geniusz Helmholtza, który luźne dotąd spostrzeżenia ujął w jedną całość i opierając się na trwałych podstawach wiedzy fizycznej i matematycznej, stworzył w r. 1850 — wziernik oczny.

Czterdzieści lat później opowiada sam Helmholtz [6]) historyę swego wynalazku.

„...Wziernik oczny jest zaiste najpopularniejszym z moich naukowych czynów, ale powiedziałem już okulistom, że szczęście większą tu odegrało rolę, niż moja zasługa. Uczniom moim miałem wyłożyć teoryę błyszczenia oczu, wypracowaną przez Brückego. Brücke o włos był tylko oddalony od wynalazku wziernika ocznego. Zaniedbał tylko zapytać siebie samego, do jakiego optycznego obrazu należą promienie, wychodzące z oświetlonego oka... Gdyby to pytanie był sobie zadał, byłby podobnie, jak i ja, w stanie równie prędką znaleźć na nie odpowiedź i plan wziernika byłby gotów. Chcąc słuchaczom moim ten problemat jak najzrozumialej przedstawić, rozpatrywałem go z rozmaitych punktów widzenia i natrafiłem na to pytanie. Ze studyów lekarskich znałem braki okulistów w zakresie rozpoznawania chorób ocznych, objętych wspólnem mianem „czarnej zaćmy“ i natychmiast wziąłem się do sklejenia przyrządu ze szkieł okularowych i szkieł nakrywkowych do preparatów mikroskopowych. Z początku trudności były wielkie; bez teoretycznego przeświadczenia, że dopnę celu, nie wytrwałbym przy pracy. Ale po 8 dniach miałem tę radość, że byłem pierwszy, który jasno oglądał żywą ludzką siatkówkę“...

Pierwszą wzmiankę o wynalazku Helmholtza, jeszcze przed ogłoszeniem oficyalnej rozprawy o wzierniku, znajdujemy w liście, pisanym do ojca 17 grudnia 1850 r. [6]). „Przy sposobności mych wykładów z fizyologii narządów zmysłowych, — pisze Helmholtz, — zrobiłem wynalazek, który być może przyniesie największą korzyść nauce o chorobach ocznych. Wynalazek leżał jak na dłoni, nie wymagał żadnych dalszych wiadomości, jak to, czego w gimnazyum z optyki się nauczyłem, że śmiesznem mi się teraz wydaje, jak inni i ja sam tak zabitą mogliśmy mieć głowę, by go odrazu nie pochwycić. Jest to bowiem połączenie szkieł, które umożebnia nam oświetlenie przez źrenicę ciemnego dna oka i to bez zastosowania rażącego światła i równocześnie dozwala nam oglądać wszystkie szczegóły siatkówki i to dokładniej, aniżeli zazwyczaj widzi się bez powiększenia zewnętrzne części oka, ponieważ części przeźroczyste oka stanowią w tym przypadku dla siatkówki lupę o 20-krotnem powiększeniu. Naczynia widzi się jak najdokładniej, rozgałęzienia tętnic i żył, wejście nerwu ocznego itd.

Dotychczas cały szereg najważniejszych chorób, znany pod nazwą „czarnej zaćmy“ był *terra incognita*, gdyż o zmia-

[2]) Klin. Monatsbl. für Augenh. XL. 1902.
[3]) Helmholtz: Physiologische Optik. 2 Aufl. 1897.
[4]) Klin. Monatsbl. für Augenh. XL. 1902.

[5]) l. c.
[6]) Koenigsberger. Herman v. Helmholtz. Braunschweig. 1903.

nach chorobowych w oku za życia lub też po śmierci najczęściej mało co można się było dowiedzieć. Mój wynalazek umożliwia najbardziej szczegółowe badanie wewnętrznych części oka. Obchodzę się też z tym wynalazkiem, jak z jajem Kolumba, ogłosiłem go jako moją własność w fizycznem Stowarzyszeniu w Berlinie, kazałem obecnie sporządzić sobie przyrząd, który będzie lepszym i wygodniejszym, niż moje dotychczasowe zlepki, a jeżeli będzie możebnem, przedsięwezmę badania chorych wraz z tutejszym głównym okulistą i dopiero później rzecz całą ogłoszę".

(Dokończenie nastąpi).

VI. Sprawozdanie z Zgromadzenia Towarzystwa otologicznego niemieckiego w Wiesbadenie.

(29 i 30 maja 1903 r.).

Zestawił

Dr. R. Spira.

I. Denker (Erlangen): **O zroście strzemiączka** (referat) Na podstawie przedstawionego szeregu obrazów powiększonych omawia referent zmiany an tomo-patologiczne, spostrzegane na strzemiączku, więzadle pierścieniowatem, torebce błędnikowej i streszcza wyniki poszukiwań swych w tym kierunku. We wszystkich przypadkach kostnego zrostu strzemiączka dotyczył on przeobrażenia prawidłowej tkanki kostnej strzemiączka i kości, otaczającej uchyłek okienka owalnego, w tkankę kostnawą i następnie gąbczastą, przyczem w niektórych przypadkach więzadło pierścieniowate przeobraziło się całkowicie w nowoutworzoną masę kostną, podczas gdy w innych strzemiączko zostało połączone z brzegami okienka mniej lub więcej szerokimi mostkami kostnymi. Według zdania niektórych badaczy powstanie tych przeobrażeń w kości zależy od poprzednich spraw zapalnych błony śluzowej ucha środkowego; inni zaś sądzą, że idzie tu o sprawę, wychodzącą pierwotnie z okostnej i kości Referent jest zdania, iż nietylko ze stanowiska teoretycznego łatwo jest zrozumieć, że choroba ucha środkowego prowadzi do kostniejącego zapalenia okostnej i do przytoczonych zmian w kości, lecz także częste spółistnienie choroby ucha środkowego i kostnej ściany błędnika czyni prawdopodobnymi dla pewnej części przypadków przyczynowy między niemi związek. Dla przypadków zaś, w których na błonie śluzowej jamy bębenkowej nie można wykazać żadnych zmian, należy koniecznie przypuścić pierwotne zajęcie okostnej i kości

Co do etyologii, to statystyka poucza, że kostny zrost strzemiączka zdarza się przeważnie u kobiet, które w większej części przypadków odnoszą to cierpienie do przebytej ciąży i połogu, podczas gdy z obliczeeń wszystkich innych chorób usznych wypada $^3/_5$ na płeć męzką, a $^2/_5$ na żeńską. Pewną rolę etyologiczną należy przypisać zboczeniom ustrojowym, za czem przemawia ta okoliczność, że choroba ta zazwyczaj bywa obustronną, a także stopień przytępienia słuchu bywa po obu stronach równym.

Rozpoznanie zasadza się na następujących objawach: znaczne przytępienie słuchu, prawidłowy stan błony bębenkowej i trąbki Eustachiusza, obok trójki Bezolda: posunięcie się w górę dolnej granicy słuchu dla tonów, przedłużenie przewodnictwa kości czaszki, ujemny wynik próby Rinnego. Pod względem leczenia należy unikać wszelkich zabiegów miejscowych, szczególnie tuszu powietrznego, gdyż co do słuchu pozostają one nietylko bez skutku, lecz raczej szkodzą. Natomiast przedmiotowe wrażenia słuchowe towarzyszące temu cierpieniu, mogą się czasem zmniejszyć, albo na krótszy lub dłuższy czas ustąpić pod wpływem elektroruchowego mięsienia błony bębenkowej.

II. Bezold (Monachium): **Próba słuchu zapomocą strojników w głuchocie jednostronnej i wnioski dające się z niej wysnuć dla przewodnictwa kostnego i dla czynności narządu przewodzącego głos.** Prelegent wskazuje na znaczenie rozpoznania jednostronnej głuchoty dla rokowania i dla mających się wykonać zabiegów operacyjnych; przedstawia wnioski, dające się wysnuć z próby słuchowej zapomocą ciągłego szeregu tonów i przychodzi do wniosku, że bezpośrednie przewodnictwo kości do błędnika nie istnieje i że bez błony bębenkowej i bez kostek słuchowych słuch dla dolnej połowy gamy tonów wcaleby nie istniał, a przewodzenie górnej części gamy do błędnika odbywa się za pośrednictwem drgającej nożnej płytki strzemiączka.

III. Moxter (Wiesbaden) przedstawia chorą, 45 lat liczącą, która cierpiała **na ciężką gruźlicę ucha środkowego.** Przy operacyi doszczętnej znaleziono wysokiego stopnia zniszczenie kości sutkowej aż po zatokę poprzeczną i oponę twardą. W następstwie operacyi wystąpiło porażenie nerwu twarzowego. Wśród leczenia, przy używaniu przyżegań zgęszczonym roczczynem chlorku cynkowego, nastąpiło nareszcie wyleczenie z ustąpieniem porażenia nerwu twarzowego.

IV. Scheibe (Monachium): **Przytępienie słuchu przy czyrakach w przewodzie zewnętrznym ucha.** Niedosłyszenie przy czyrakach usznych może pochodzić nietylko wskutek zwężenia światła przewodu usznego zewnętrznego, lecz także jako następstwo obrzęku obocznego jamy bębenkowej przy prawidłowem świetle przewodu. Ten rodzaj niedosłyszenia mało wprawdzie jest znanym, lecz zdarza się nierzadko. Prelegent zbadał słuch u 140 takich chorych i znalazł go nieprawidłowym u 64. Odległość słuchu na szept była w połowie tych przypadków obniżoną do 3—6 mtr.; w ćwierci od $^1/_2$ do 3 m., a w ostatniej ćwierci niżej $^1/_2$ m. Najsilniejsze obniżenie przy dawniej prawidlowym słuchu wynosiło 20 ctm. na szept. Dolna granica słuchu dla tonów, przewodnictwo kostne i próba Rinnego zachowują się w tej chorobie podobnie, jak w ostrem zapaleniu ucha środkowego. Przy cewnikowaniu powietrze dostaje się do ucha środkowego przeważnie bez rzężenia, a słuch poprawia się znacznie. Rokowanie wcale dobre.

V. Siebenmann (Bazylea) demonstruje szereg preparatów **wrodzonych zboczeń błędnika,** mających wielkie podobieństwo do zboczeń odpowiednich u głuchych kotów. Zmiany te należy uważać za następstwo późniejszego ucisku, wywartego przez rozwijającą się prawidłowej wielkości torebkę kostną na zarodkowy pęcherzyk błędnikowy, założony w zbyt wielkich rozmiarach.

VI. Kretschmann (Magdeburg): **Kamica jamy bębenkowej.** U 11-letniego chłopca, cierpiącego od pierwszego roku życia na ropienie i ropnie w prawym narządzie słuchowym, znalazł prelegent w jamie bębenkowej skrzeplinę (Concrement) wielkości grochu, obrośniętą ziarniną. Po opisaniu własności chemicznych i bakteryologicznych tego ciała wyraża prelegent zdanie, że nazwa „Otolithiasis", proponowana przez Bezolda dla tego rodzaju ciał obcych, jest odpowiednia celowi.

VII. Brühl (Berlin): **Migdałki gardłowe i narząd uszny u idyotów.** Prelegent podaje wyniki swoich badań idyotów. Znalazł on u 75% idyotów powiększone migdałki gardłowe; u 28% powiększone migdałki podniebienne. Tylko u 32% błona bębenkowa była prawidłową; u 5·7% istniało przewlekłe ropienie uszne; u $14^1/_2$% ropienie także było przedtem. Z 306 narządów usznych, badanych pod względem słuchu, 30% słyszało niżej 8 M., 22% niżej 4 M. Na oba uszy słyszało niżej 4 M. 20%. Znaczne te liczby przerostu migdałków gardłowych i chorób usznych dają się wytłómaczyć idyotyzmem, zaniedbaniem i lenistwem. Aczkolwiek choroby nosa i uszów nie mają ważnego znaczenia etyologicznego dla powstania idyotyzmu, to przecież wywierają one ujemny wpływ na życie duchowe dyotów. Za tem przemawia znaczna liczba niedosłyszących w gorszych klasach szkoły dla idyotów, w porównaniu do małej ich liczby w klasach lepszych, a wreszcie wyniki leczenia.

VIII. Rudolf (Wiesbaden): **O przebiegu zatoki esowatej w kości skroniowej dziecięcej.** Na podstawie zbadania wielkiej liczby czaszek potwierdza prelegent fakt, podany przez Macewena. wedle którego przebieg zatoki esowatej zaznacza się linią łączącą najniższy punkt wcięcia ciemieniowego (incisura parietalis) kości skroniowej z końcem wyrostka sutkowego. Odmiennie rzecz się ma u dzieci, o czem w piśmiennictwie wzmianki niema. Na czaszce dziecięcej przednia granica zatoki esowatej leży różnie, daleko poza linią Macewena. Na pięciu czaszkach dziecięcych różnego wieku wieku wyjaśnia R. przebieg tej zatoki i rozwój wyrostka sutkowego kości skroniowej dziecięcej.

IX. Hang (Monachium): **O zgorzeli małżowiny usznej.** Wskazawszy na 12 dotychczas w piśmiennictwie znanych przypadków tej choroby, podaje H dwa własne spostrzożenia, dotyczące dwóch osesków, cierpiących obok najwyższego stopnia suchót krezkowych na zgorzel małżowin. Jedno dziecko 10-tygodniowe miało zgorzel symetryczną obu muszli usznych i wielki wrzód zgorzelinowy na prawej bocznej części szyi. Drugie 6-tygodniowe dziecko dotknięte było zgorzelą tylko po jednej stronie. Powstanie zgorzeli w tych przypadkach tłómaczy H. zmniejszeniem energii życiowej przez pierwotne suchoty krezkowe w połączeniu z następowem zakażeniem okolicy zausznej i nadobojczykowej, poprzednio zajętej wypryskiem.

X. Friedrich (Kiel): **O zajęciu stawu żuchwowego, spowodowanem próchnieniem przedniej ściany zewnętrznego przewodu usznego.**

XI. Röpke (Solingen): **Histerya, występująca jako następstwo, lub objaw towarzyszący ropieniu ucha i kości**

skroniowej. Histerya rozwija się nierzadko w przebiegu ropienia usznego i to z wielorakich powodów. U chorych, cierpiących na ropienie uszne, układ nerwowy wystawiony jest na szwank i może zostać upośledzony z powodu takich zabiegów, jak przestrzykiwanie ucha, przyżeganie i skrobanie ucha, oddłutowanie wyrostka sutkowego, leczenie pooperacyjne i t. p. Najważniejszym czynnikiem przyczynowym, wywołującym histeryę u wielu osób, dotkniętych ropieniem usznem, jest obawa przed niebezpiecznem powikłaniem śródczaszkowem. Obawa ta nieraz tak opanowuje myśli takich chorych, że nareszcie tracą oni siłę odporności, stają się histerycznemi, przyczem objawy histeryczne mogą upozorować chorobę śródczaszkową. Prelegent podał pięć spostrzeganych przez siebie przypadków, w których histerya wystąpiła u chorych, dotkniętych ropieniem usznem i dał obraz rozpoznania różniczkowego tego cierpienia.

XII. Heine (Berlin): **Afazya amnestyczna i widzenie połowicze wskutek ropnia prawego płatu skroniowego i potylicznego.** U chorego z przewlekłem prawostronnem cuchnącem ropieniem usznem wykonano całkowite oddłutowanie wyrostka, przyczem znaleziono: rozpadły żółciołojak, odsłoinę w jamie sutkowej; opona twarda była odsłonięta na przestrzeni 20-fenigówki; w trzy dni później wystąpiła wyraźna afazya amnestyczna, agrafia i parafazya. Chory jest prawakiem. Operacya druga odsłoniła głęboki ropień płatu skroniowego prawego, przyczem zboczenia mowy się poprawiały. Po 14-tu dniach wystąpiły ciężkie ogólne objawy mózgowe i powrót dawniejszych objawów afatycznych, do których przyłączyło się połowicze widzenie. Po rozszerzeniu rany mózgowej i wydalaniu 3—4 łyżek stołowych cuchnącej ropy nastąpiła znów poprawa. Po dalszych 14-tu dniach znowu wróciły silne bóle głowy, wymioty, ogólny zapad, bez objawów niedowładu. Dalsze odsłonięcie platu potylicznego doprowadziło do próżnej jamy. Wydalenie obfitej ilości ropy. Ropień rozszerzył się więcej na wewnątrz. Po 10 dniach czwarta operacya z powodu ciężkich objawów ogólnych, przyczem znaleziono tkankę mózgową częściowo rozmiękłą, ropy w niej nie znaleziono. Potem było jeszcze dwa napady bardzo silnych bólów głowy, nudności, wymiotów, ogólnego zapadu, które jednak po 24 godzinach samoistnie minęły. Po pięciu miesiącach chory nareszcie wyzdrowiał. Przypadek ten, na którym poraz pierwszy (?) stwierdzono zaburzenia mowy u prawaka wskutek ropnia w prawym placie skroniowym, poucza, że przy obustronnem przewleklem ropieniu ucha środkowego z objawami afatycznymi nie wolno pospiesznie przyjmować lewego płatu skroniowego za siedzibę ropnia mózgowego, wywołującego te objawy i przystępować zbyt pochopnie do operacyi w tem miejscu. (Objawy afatyczne przy ropniu mózgowym prawostronnym są wprawdzie rzadkie; a jednakże przypadek H. nie jest jedynym, jak to sądzi ten autor, gdyż Hammerschlag przytacza (*Monatschrift für Ohrenh.* 1901, Nr. 1) z piśmiennictwa trzy podobne przypadki. (*Przypisek sprawozdawcy*).

XIII Bloch (Freiburg): **O znieczulaniu skopolaminą.** B. poleca skopolaminę do znieczulenia przy operacyach dłużej trwających. Wstrzykuje on podskórnie trzy razy po 1·0 następującego roczczynu: *Scopolamini hydrobromici: 0·012, morphii hydrochlorici 0·12, aqu. destill. 10·0;* wstrzykiwanie robi raz na cztery godziny przed operacyą, raz na dwie godziny i trzeci raz na godzinę przed rozpoczęciem operacyi. Jeżeli mimoto chory przy operacyi cierpi, to się przykłada na krótki czas maskę chloroformową. Po obudzeniu się z uśpienia chorzy czują się zwykle bardzo dobrze.

XIV. Eschweiler (Bonn): **Przeszczepienie i pierwszy opatrunek po całkowitem oddłutowaniu wyrostka sutkowego.** Prelegent poleca gazę wioformową, wyrabianą według przepisu Schmiedena, jako najlepszy środek do tamponowania po odsłonięciu przestworów ucha środkowego i wyrostka sutkowego. W pięciu przypadkach całkowitego oddłutowania przeszczepiono przy operacyi płat Thierscha do jamy sutkowej, który przyrósł bez ropienia pod pierwszym opatrunkiem; opatrunek należy zostawić 14 dni bez zmiany. W dalszem leczeniu bezwonna gaza wioformowa wywiera wybitne działanie odwaniające i ogranicza zbytnie bujanie ziarniny.

XV. Holscher (Ulm): **O stwardnieniu (Sklerosirung) wyrostka sutkowego.** W przewlekłych sprawach ropnych ucha środkowego przychodzi często do stwardnienia wyrostka sutkowego, które może łatwo dać powód do zastoju i zatrzymania ropy i przyczynić się przez to do rozszerzenia się zapalenia ropnego na wnętrze czaszki.

Przyszłe zgromadzenie Towarzystwa odbędzie się w Zielone Święta 1904 roku w Berlinie.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 21 stycznia.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne; na którem kol. Dr. Żeleński miał wykład „O aglutynacyi paciorkowców".

* *Otrzymujemy następujący komunikat z prośbą o ogłoszenie:*

»Na posiedzeniu Rady Zawiadowczej Towarz. lekarzy galic., odbytem d. 14 b. m. 1904 roku, udzielono zapomóg w łącznej kwocie 719 koron i rozdzielono je między 5 wdów i 2 sieroty po zmarłych członkach Tow. lek. galicyjskich. Na rok 1904 udzielono zatem, wraz z kwotą poprzednio wykazaną, ogółem 3379 koron.«

Dr. Szulisławski sekretarz generalny. *Dr. Merunowicz* prezes.

Z komunikatu tego, jak niemniej i z wykazu ogłoszonego na tem miejscu w N. 1 »Przegl. lekarskiego«, wynika, że budżet zapomogowy lekarzy galicyjskich jest najwydatniejszy jeszcze w kasie Towarzystwa lekarzy galicyjskich, a tem samem i wpisywanie się do tego Towarzystwa leży w interesie nie tylko tych kolegów, którzy żyją w trosce o byt rodziny, lecz i tych wszystkich, którzy, sami zabezpieczeni, małym lecz zbiorowym przyczynkiem pragnęliby podać rękę koledze i bliźniemu, lub rodzinie po nim pozostałej. Zanim się ziszczą szeroko zakreślone projekta, których teoretyczną wartość rozumiemy, a urzeczywistnienia z duszy pragniemy, popierajmy narazie dzieło już istniejące, realne, wieloletni owoc usiłowań altruistycznych całego pokolenia lekarzy, którego szybszy rozwój i jeszcze wydatniejsze świadczenie jest w naszem tylko ręku.

* Prawdziwie podarunkiem gwiazdkowym obdarzyła Redakcya »Nowin lekarskich« swoich abonentów. Zbiorowy N. 1 i 2 zawiera prócz zwykłej treści 14 artykułów oryginalnych, poświęconych głównie tak ważnej sprawie, jaką jest dziś gruźlica Obok wartości prac naukowych dar ten jest tem milszy, że świadczy o szerokich stosunkach literackich i o pomyślnym rozwoju organu lekarzy wielkopolskich.

* Prof. Dr. Władysław Reiss i Dr. Eug. Borzęcki mianowani zostali członkami Towarzystwa dermatologicznego we Wiedniu.

* Prezesem Towarz. lekarskiego w Łodzi wybrany został Dr. Joncher, wiceprezesem Dr. Rundo, sekretarzem dorocznym Dr. Kaufman.

* Wydział krajowy mianował Dr. Ant. Jurasa, sekundaryusza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, dyrektorem szpitala powszechnego w Białej; zaś Dr. Romana Puzona sekundaryuszem szpitala powszechnego w Jarosławiu.

* Dowiadujemy się, iż z wiosną b. r. ukaże się pod redakcyą Dr. Ksawerego Gorskiego ilustrowany polski przewodnik po zdrojowiskach, który zawierać ma opisy wszystkich naszych uzdrowisk, stacyi klimatycznych i t. d., oraz służyć do jak najrozleglejszego szerzenia wiadomości zarówno wśród lekarzy, jak i publiczności o naszych miejscowościach leczniczych. Wydawnictwo to otrzyma każdy z członków tegorocznego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

* Związek austryackich Stowarzyszeń lekarskich zaprasza Towarzystwa lekarskie, należące do tej organizacyi, na wiec, który odbędzie się dnia 6 marca 1904 r. o godzinie 9 rano w Wiedniu, w sali posiedzeń Izby lekarskiej wiedeńskiej. Porządek dzienny obejmuje 12 punktów, z których dla nas, a w szczególności dla członków Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, ma doniosłe znaczenie punkt 9, który brzmi: »Zmiana statutu »Instytutu zapomogowego dla wdów i sierót po lekarzach, istniejącego przy Związku anstryackich Towarzystw lekarskich«. Izba lekarska zachodnio-galicyjska uchwaliła wpisać swoich członków do tego »Instytutu zapomogowego«, atoli pod warunkiem uzupełnienia statutu w kierunku liczbowo oznaczonego udziału członków Izby przy rozdzielaniu majątku Instytutu, w razie jego rozwiązania, oraz rękojmi, że gdyby po latach zamierzyła Izba dla jakichkolwiek powodów wypisać swoich członków z »Instytutu zapomogowego«, przypadnie im jakaś określona kwota z złożonych w ciągu lat wkładek. Ponieważ Komitet wykonawczy Instytutu żądania Izby zachodnio-galicyjskiej przyjął przychylnie, ufać należy, że wiec zmieni § 9 statutu po myśli naszej.

* Między 5 a 7 stycznia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim (1 gm.), jarosławskim (3 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamio-

neckim (3 gm.), przemyślańskim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), zaleszczyckim (3 gm.)

* Do »Towarzystwa samopomocy lekarzy« przystąpili w pierwszej połowie miesiąca stycznia b. r. następujący nowi członkowie, koledzy: Brandman A. (Pobużna), Cieszewski Wład. (Nadwórna), Dadlez Julian (Rawa Ruska), Landau Fryderyk (Lwów), Sumorok Konstanty (Gwoździec), Zakrzewski Józef.

Dr. Langie I sekretarz.

Mianowania. Dr. Horsley mianowany profesorem chirurgii w Richmond.

Nekrologia. Dr. Clar, prof. nadzwyczajny bakteryologii i klimatoterapii, zakończył życie w Wiedniu, licząc l.t 60.

Bibliografia:

— *Nowiny lekarskie* Nr. 1 i 2. Ciechanowski: W sprawie wrót zakażenia gruźliczego. Kučera: Zarys patologicznej anatomii gruźlicy. Moraczewski: Chemia krwi gruźliczej. Sokołowski: Zapalenie ropne opłucnej natury gruźliczej. Gantz: Obecny stan nauki o tuberkulinie. Halpern: O niektórych najnowszych zdobyczach, dotyczących biologii prątka gruźliczego. Thomayer: Rozpoznawanie pierwszych okresów rozwoju gruźlicy płuc. Gałecki: Dobroczynne powikłania w gruźlicy płuc. Pelnař: Rokowanie przy gruźlicy. Frankenberger: Rzadszy przypadek gruźlicy krtani. Zembrzuski: O gruźlicy wyrostka robaczkowego. Łuniewski: Pogląd na obecny stan nauki o gruźlicy narządów rodnych kobiecych. Karwowski: Pogląd na choroby skóry gruźlicze i gruźlicowate, oraz na ich leczenie. Maliniak: Sanatorya i ich rola w walce z gruźlicą.

— *Gazeta lekarska* Nr. 2. Krokiewicz: Dwa przypadki choroby Hodgkina. Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych skóry w *herpes progenitalis*. Kryński: W sprawie powstawania i leczenia opadnięcia nerki (dok.).

— *Medycyna* Nr. 2. Neugebauer: Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o hermafrodytyzmie? (c. d.). Szmurło: Przypadek ruchów rytmicznych krtani u histeryczki.

— *Głos lekarzy* Nr. 2 zawiera: Znaczenie projektu ordynacyi dla lekarzy. — Opinie Izb lekarskich w sprawie tytułu specyalisty. — Reforma szpitalnictwa krajowego. — W sprawie szczepienia — Spór lekarzy miejskich z fizykiem m. Lwowa. — Z organizacyi lekarskich. — Z debat sejmowych w sprawach sanitarnych. — Jeszcze w sprawie tłumienia epidemii. — Z organizacyi lekarskich.

— *Kronika lekarska* Nr. 1. Andrzejewski: Krwotoczność zimnicza, oraz o krwotokach i krwawieniach zimniczych. Kobryner: Przypadek pląsawicy, powikłany histeryą u dziecka.

— *Sbornik klinický* N. 2. Maydl: O vrozeném vysokém stavu lopatky. Proházka: Endocarditis experimentalis.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 2. Výmola: K therapii tuberkulosy ušni, nosni, hltanové, hrtanové, a plicni pomoci hetolu. Siebera: Těžká polyneuritis s příznaky výhradně motorickými původu arsenoveho. Mladějovský: Diabetes.

— *La Presse médicale* N. 2. Bezançon i Labbé: Ogólne uwagi o hematologii. Lermoyez: Pogadanki o elektryczności. Laignel-Lavastine: Radioterapia w leczeniu raka.

N 3. Cavaillon i Trillat: Leczenie choroby Brightа za pomocą dekapsulacyi nerek podług Edebohlsa. Saquet: Gimnastyka i miesienie w lecznictwie.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 2. Strauss: Wydalenie w kształcie cewy błony śluzowej przewodu pokarmowego i zacieśniający przerost odźwiernika po zatruciu się kwasem solnym. Rosenfeld: O metodzie oznaczania granic serca. Ito: O pierwotnej gruźlicy jelit i podniebienia. Erb: Kiła a wiąd (c. d.). Hoffa: Przyczynek do patologii i terapii schorzeń stawu kolanowego (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 2. Zuppinger: O wartości szczepienia ochronnego przeciw błonicy. Effertz: Spożywanie tłuszczu w strefie zwrotnikowej. Gruber: Teorya amboceptorów i próba oziębiania Ehrlicha i Morgenrotha. Spieler: Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i zapalenie okątnicze u dzieci (c. d.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 2. Hart: Martwica wielokrotna tkanki tłuszczowej. Bönniger: Wpływ soli kuchennej na trawienie żołądkowe. Bellei: Hemoliza wywołana osoczem krwi i surowicą krwi. Raehlmann: Badania ultramikroskopowe podług Siedentopfa i Zsigmondyego i zastosowanie ich do spostrzegań żywych drobnoustrojów. Prym: Mierzenie ciśnienia w prawym przedsionku według Gärtnera. Gröber: Przypadek indygomoczu z występowaniem czerwieni indygowej w świeżo oddanym moczu. Glaessner: Cewnikowanie wsteczne. Lucke: Znaczenie oddzielenia tylnej części cewki moczowej od przedniej w celu stosowania wstrzykiwań do cewki. Fraenkel: Wykazanie histologiczne i na hodowlach prątków durowych we krwi i w narządach trupa. Wagner: Leczenie wrzodu żołądka (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 3. Schultze: Uwagi nad paranoją. Arneth: Leukocytoza neutrofilna w chorobach zakaźnych (dok.). Scholtz: Fizyologiczne działania promieni radu i ich użycie lecznicze. Engehardt: W sprawie leczniczej trwałości po leczeniu operacyjnem urazowej padaczki Jacksonowskiej.

Redakcya otrzymała. Neugebauer: Cztery ciekawe spostrzeżenia wrzekomego obojnactwa z praktyki własnej.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 2 (od 10/I do 16/I) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 34, dz. 29; nieżywo: chł. 1, dz. 4. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 25, kob. 35; zamiejscowych: męż. 16, kob. 13.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 8, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 16, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. —. 8) odra: miej. 2, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. 2. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. 1. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 3. 20) choroby narządu krążenia: miej. 10, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 4, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 15, ob. 11. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 61, obcych 29.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIII. Kraków 30 Stycznia 1904. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Działanie wody na obumarłe komórki nerwowe w ludzkiej korze mózgowej*).

Podał

Dr. med. i fil. P. Pręgowski.

Po wynalezieniu swej metody, umożebniającej bliższe poznanie wnętrza tworów komórkowych, znajdujących się w ośrodkowym układzie nerwowym, zwrócił się Nissl najpierw ku poznaniu zmian w budowie komórek nerwowych. Posiłkując się wynikami doświadczeń na zwierzętach, ułożył on szereg nieprawidłowych postaci komórkowych. W tem dążeniu przyświecała mu myśl, że komórki nerwowe są najgłówniejszym składnikiem kory mózgowej, a zarazem ogniskiem jej czynności specyficznej. Poznać zmiany, zachodzące w tem ognisku, znaczyło podług Nissla tyle, co zrozumieć obrazy kliniczne chorób umysłowych. Atoli później nauka o tak zw. szarej istocie nerwowej (*das nervöse Grau*), według której nie komórki nerwowe, lecz ta, znajdująca się pomiędzy niemi istota, jest siedliskiem najważniejszych czynności mózgu, osłabiła w przekonaniu twórcy histopatologii kory mózgowej znaczenie komórek nerwowych, a przeto a potrzebę dalszego ich badania. Z drugiej strony, jak w psychiatryi klinicznej (szkoła Kahlbaum-Kraepelinowska), tak też i w badaniach anatomo-patologicznych kory mózgowej przyszło do uświadomienia potrzeby poznania całych procesów chorobowych, a nie tylko oddzielnych części lub okresów tych procesów; myśl ta pociągnęła za sobą potrzebę badania wszystkich pierwiastków kory mózgowej, i więc także neuroglii, a przedewszystkiem naczyń. Zwrócono się tedy do badania tych ostatnich — z niejakim uszczerbkiem dla badań komórek nerwowych. Gdy nadto uwzględnimy, że badanie np. naczyń mózgowych nie wymaga zbyt wielkiej znajomości kory mózgowej (neuroglii i komórek nerwowych), — znajomości, niełatwej jak dotąd do zdobycia, — to poznamy główne czynniki, dla których prace anatomo-patologiczne nad korą mózgową lat ostatnich prawie nie dotykają zmian w komórkach nerwowych. Że to nie ma podstawy, nie potrzeba chyba zbytnio uzasadniać. Należy tylko zauważyć, że pogląd Nissla na tak zw. istotę szarą, jako na najwyższy składnik tkanki nerwowej, wobec którego komórki nerwowe mają znaczenie drugorzędne, jest li tylko hipotezą, uprawniającą do przypuszczenia, że nie będzie jej sądzono stać się prawdą naukową. Gdyby nawet jednak hipoteza ta zupełnie sprawdzić się miała, to i wtedy, w myśl przytoczonej zasady, że poznanie procesów chorobowych w korze mózgowej wymaga znajomości zmian nie tylko w tym lub owym składniku, lecz we wszystkich składnikach kory mózgowej, należałoby zająć się poznaniem zmian w komórkach nerwowych.

Niewątpliwie poznawanie zmian w komórkach nerwowych nie jest łatwe. Utrudnia je bowiem już ta okoliczność, że komórka nerwowa jest tworem, posiadającym daleko większą ilość części składowych i o wiele więcej ma stosunki złożone pomiędzy temi częściami składowemi, aniżeli to zachodzi w jakimkolwiek innym narządzie. Najważniejszym atoli jest ten wzgląd, że w badaniu anatomiczno-patologicznem nie mamy zazwyczaj do czynienia z jednolitemi i typowemi postaciami zmian, lecz z ich kombinacyami. Pomijając już to, że często różne choroby umysłowe skojarzyć się mogą w jednym osobniku, podobnie jak to ma miejsce często i w chorobach somatycznych, przyjąć należy pod uwagę przedewszystkiem ten fakt, że umysłowo chorzy schodzą zwykle na jakąś chorobę somatyczną, a zaś chorobom somatycznym towarzyszą także zmiany w korze mózgowej, czego niekiedy klinicznym równoważnikiem są np. obłędy gorączkowe. Wreszcie jedna jeszcze przeszkoda utrudnia oryentowanie się w zmianach komórek nerwowych: jest nią przypisywanie czynnikom, działającym po śmierci zbyt wielkiego wpływu, wywołującego zmiany sztuczne w komórkach nerwowych. W tym kierunku szczególniej wielka rola przypadła działającej pośmiertnie wodzie, której przypisano właściwość wywoływania w komórkach nerwowych zmian zupełnie jednolitych i typowych, mających się charakteryzować: 1) wielkiemi pustemi miejscami zamiast ciała komórkowego, które się rozpada i wypada (tak zw. *Blasenbildung);* 2) obecnością od strony podstawy komórki wyraźnie i w całości zachowanej ścianki komórki wraz z odchodzącą od niej wypustką nerwową, co czyni wrażenie tarczy; 3) jądrami zmalałemi, wybitnie niebieskiemi, bez widocznej budowy, nie posiadającemi osłonki jądrowej, a często otoczonemi jasnym paseczkiem. W drobnowidowych przeto skrawkach, wziętych z kory mózgowej umysłowo chorego, mieliśmy do odróżnienia oprócz zmian, odpowiadających schorzeniom umysłowym, jeszcze z jednej strony ewentualne zmiany, spowodowane cierpieniem somatycznem i z drugiej strony możliwość wspomnianych zmian sztucznych pochodzenia wodnego, co wszystko czyni zrozumiałemi trudności, jakie stają na drodze do bliższego poznania zmian w komórkach nerwowych.

Dążąc do wytworzenia sobie sądu o tych zmianach, należało przedewszystkiem zwrócić się ku owej, rzekomo powstawać mającej pod działaniem wody zmianie sztucznej i przekonać się, czy rzeczywiście i o ile woda gra tutaj jaką

*) Praca niniejsza jest częścią większej rozprawy, odnoszącej się do zmian w komórkach nerwowych, dokonanej w pracowni hejdelbergskiej i na materyale, życzliwie dostarczonym przez szefa tej pracowni prof. F. Nissla.

rolę. Do tego skłoniło mnie także i to, że owa rzekoma zmiana przypominała mi pod niektórymi względami inną zmianę, na którą natknąłem się w badaniach moich, a która nie ma nic wspólnego z wytworem sztucznym. A wreszcie, przy głębszem zastanowieniu się już *à priori* wydań się musi wątpliwem, ażeby woda była w stanie w przeciągu kilku lub kilkunastu godzin wywołać w obumarłych komórkach nerwowych tak wybitne zmiany. W celu wyjanienia tej wątpliwości przeprowadziłem badania na mózgach 5-ciu przypadków, czterech psychiatrycznych i jednego somatycznego. Doświadczenia te prowadziłem w sposób następujący: sekcya odbywała się w prosektoryum prof. Arnolda, była wykonywana zwykle nie później, jak w dwie godziny po śmierci chorego. Mózg wyjmowano i krajano bez polewania wodą, a następnie wycięte części kładłem jedne wprost do alkoholu bez zetknięcia ich z wodą, inne dawałem do zwykłej wody, tudzież do wody przekroplonej, jako posiadającej większe własności wyługowujące, niż woda zwykła. Jedne cząstki mózgu trzymałem w wodzie 1—2 minut, inne 10—15 minut, inne jeszcze około 2 godzin i około 24 godzin. Następnie kładłem te cząstki mózgu do alkoholu i postępowałem z niemi podobnie, jak z temi, które nie były zetknięte z wodą, w sposób zwykły, według metody Nissla. Takim sposobem otrzymałem z każdego mózgu skrawki z cząstek, które nie były w zetknięciu z wodą, tudzież z tych, które wystawione były i to rozmaicie długo na działanie wody zwykłej lub przekroplonej. Z pięciu badanych mózgów otrzymałem razem 5 skrawków bezwodnych, tudzież 40 skrawków, traktowanych wodą; z tych ostatnich dwadzieścia wystawione były na działanie wody zwykłej, a dwadzieścia na działanie wody przekroplonej — i to tak, że po 5 skrawków, t. j. z każdego badanego mózgu, jedne wystawione były na działanie wody około 2 minut, inne po 20 minut, po 2 godzin i po 24 godzin.

Badanie tych 45 skrawków dało wynik ujemny. O występowaniu pod działaniem wody wspomnianego obrazu zmian w komórkach nerwowych — nie ma mowy. Między skrawkami mózgów, które nie stykały się z wodą, a tymi które uległy jej działaniu, nie okazała się prawie żadna różnica; co najwyżej może w komórkach nerwowych o ciele komórkowem, rozpadłem niezawodnie wskutek procesu chorobowego, można było spotykać luki i puste miejsca częściej w skrawkach grupy drugiej, aniżeli w skrawkach pierwszej, które nie podlegały działaniu wody, chociaż w tych ostatnich były one często również w znacznej ilości. O przerwach w rozpadłem ciele komórkowem, o lukach i pustych w niem miejscach, obszerniej traktuję w opisie rozpadu, występującego w ciałach komórek, mającego miejsce tak w I-szej jak i w II-giej postaci chorobowej, opisanej przezemnie na innem miejscu. Tam, gdzie ciało komórek rozpada się na masę drobnoziarnistą, której cząsteczki leżą luźno obok siebie, nie pozostawiając w żadnym z sobą w związku, bez trudności powstać mogą luki, gdyż cząstki tej masy mogą łatwo zostać wypłókane w czasie przygotowywania skrawków metodą Nissla, która wymaga używania wielu płynów. Zetknięcie z wodą może grać tutaj tylko rolę niewyłącznego, ale jednego z wielu czynników. O tem zaś, aby woda niszczyła prawidłowe ciało komórkowe i zupełnie go wypłókiwała, aby robiła widoczną wypustkę nerwową, kurczyła jądro, zmieniała jego wejrzenie, czyniła niewidoczną jego osłonkę itd., itd., o tem nie może być mowy wobec wyników wspomnianych doświadczeń. Zresztą autor tej rzekomej zmiany w komórkach nerwowych, wywołanej pośmiertnem działaniem wody, w którego pracowni dokonane zostały moje doświadczenia, przekonał się sam zupełnie o błędzie swego poglądu. Z całej nauki o postaci komórkowej, powstającej rzekomo wskutek działania wody, pozostać powinna, sądzę, jedna wielka korzyść, a mianowicie ta, że stwierdzenie w ciele komórkowem luki i pustego miejsca powinno być uważane za niezbity dowód tego, że komórka ta posiadała rozpadłe ciało komórkowe, a więc że była komórką chorą.

Kończąc składam serdeczne podziękowanie panu prof. Nisslowi za życzliwe udzielenie mi materyału do niniejszej pracy.

* * *

Z kliniki dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

II. Spostrzeżenia nad tigenolem „Roche“ w leczeniu chorób skórnych.

Podał
Dr. J. Pacyna,
asystent kliniki.

Szwajcarska firma „F. Hoffmann-La Roche i S-ka“ wprowadziła niedawno w handel apteczny nowy przetwór leczniczy „thigenol“. Jestto przetwór siarczany, uzyskany na drodze syntetycznej, wielce zbliżony do ichtyolu, przewyższa go jednak pod wielu względami, a mianowicie, że zawiera więcej organicznie związanej siarki, bo 10%, podczas gdy ichtyol ma jej tylko 8·8%; tigenol jest prawie zupełnie bezwonnym i bez smaku, daje się łatwo wodą zmyć ze skóry, na której roztarty, szybko zasycha, tworząc równą, delikatną i nie klejącą się powłokę; z bielizny daje się wyprać bez śladu, a wreszcie jest tańszy od ichtyolu, bo podczas gdy według ostatniej taksy aptekarskiej gram ichtyolu kosztuje 10 h., gram tigenolu wynosi tylko 7 h. Rozpuszcza się bardzo łatwo, bez wszelkiego osadu w wodzie, w nieco rozcieńczonym alkoholu i w glicerynie, miesza się dokładnie z wszelkiego rodzaju tłuszczami i z kolodyonem, stąd też daje się stosować w najrozmaitszych mieszaninach i w dowolnem zagęszczeniu. Mając zamiar podać spostrzeżenia moje nad stosowaniem tego środka w leczeniu chorób skórnych, nie będę się zatrzymywał nad jego leczniczemi własnościami w przypadkach chorób innego rodzaju. *A priori* zaznaczyć tu muszę, że spotykając się często z receptami, zapisywanemi głównie przez lekarzy niemieckich, które dzięki swemu nader złożonemu skombinowaniu nie łatwemi są do zapamiętania, starałem się stosować tigenol w możliwie najprostszych formach. W jakich zaś przypadkach w dermatoterapii można używać tigenolu, to nam wskazują jego własności działania. Zastosowany na skórę, wywołuje zwężenie się raczyń obwodowych, a tem samem usuwa swędzenie, co w leczeniu zmian wypryskowych jest czynnikiem niewątpliwie najważniejszym; dalej łagodzi stany zapalne skóry i przyśpiesza wessanie nacieków; osusza skórę, a miejsca obnażone z naskórka osłania, chroniąc tem samem od wtargnięcia zakaznych drobnoustrojów, a wreszcie działa bardzo wybitnie bakteryobójczo, co w kilku przypadkach chorób zakaznych skóry zauważyć byłem w stanie.

Próby Saalfelda i Jaqueta, uwieńczone doskona-

łym wynikiem, skłoniły mnie do stosowania tigenolu w rozmaitych dermatozach. Doświadczenia moje przeprowadzałem głównie na chorych klinicznych, łaskawie mi przez profesora na ten cel odstąpionych, częściowo także na chorych, szukających u mnie prywatnie porady. Aby nie rozwlekać pracy, nie będę szczegółowo opisywać pojedynczych przypadków, nad ważniejszymi tylko nieco dłużej się zastanowię. Ogółem dotąd stosowałem tigenol w blizko 100 przypadkach, z tych najczęściej w wyprysku, szczególniej w formach przewlekłych i tu zaraz zaznaczyć muszę, że w leczeniu tego rodzaju chorób tigenolem zawsze mieć trzeba na pamięci osobniczą drażliwość skóry poszczególnych osób, zauważyć bowiem mogłem, że niejednokrotnie chorzy o bardzo na pozór wrażliwej skórze znosili wysoko odsetkowe roztwory i maści tigenolowe, a nawet czysty przetwór bez najmniejszego odczynu ujemnego, natomiast u chorych o wcale nie pielęgnowanej skórze po zadziałaniu tigenolu widziałem objawy silnego zadrażnienia, które jednak ustępowało albo samo, albo przez stopniowanie zagęszczenia począwszy od najniższych odsetków, łatwo dawało się usunąć. Dzieci wogóle znoszą ten przetwór dobrze. Chociaż tigenol, jak już wspomniałem, czysty, w rozczynach alkoholowych czy wodnych, zasycha prędzej lub później na skórze, tworząc nieklejącą się powłokę, to jednak, zastosowany w miejscu, gdzie dwie powierzchnie skóry się stykają, lub też gdzie wydzielina gruczołowa obfitsza, rozpuszcza się i przyklejając bieliznę do skóry, powoduje nieprzyjemne uczucie i podrażnienie; w tych przypadkach można zastosować tigenol w kombinacyi z kolodyonem, należy tylko pamiętać o chwilowem pieczeniu, jakie sprowadza eter.

W wypryskach ostrych, nie sączących, stosowałem zazwyczaj tigenol w maści 10—20%, a nawet 30% z *unguentum simplex*, *unguentum zinci Wilsoni*, z pastą cynkową Lassara, lub lanoliną. Na oczyszczoną skórę polecałem smarować maść co 12 godzin i przysypywać pudrem cynkowym, lub jakąkolwiek mączką. Zwyczajnie już po upływie pierwszego tygodnia skóra na zajętych częściach stawała się podatną, bladła, a łuszczenie stawało się bardzo skąpem. W następujących dwóch tygodniach przychodziło albo do zupełnego wyleczenia, albo stan tak znacznie się poprawiał, że polecałem stosowanie maści już tylko raz na 24 godzin. Przed każdem następnem zastosowaniem trzeba poprzednio zużytą maść usunąć, co najlepiej uskutecznia się oliwą i watą, woda bowiem działa ujemnie na stan skóry, zajętej wypryskiem. Na 14 przypadków zupełne wyleczenie nastąpiło w 5-ciu po 2 tygodniach, w 7-miu w czasie od 2 do 4 tygodni, w jednym po 6 tygodniach; o jednym, który straciłem z oczu przed ukończeniem leczenia, nic stanowczego powiedzieć nie mogę.

W wypryskach ostrych, bądź sączących, bądź pęcherzykowych, stosowałem tigenol albo z maścią Hebry, przyczem nie zauważyłem charakterystycznego zabarwienia skóry siarczkiem ołowiu, albo w rozczynie alkoholowo-wodnym 30 do 50% i polecałem zajęte miejsca co 12 godzin pędzlować szczecinowym pędzlem, stosując nadto w niektórych przypadkach okład kwaśny. Gdy przy takiem postępowaniu ustąpiły objawy zapalne, co zazwyczaj już po kilku dniach miało miejsce, przechodziłem do którejkolwiek z wyżej podanych maści. Takich przypadków spostrzegałem aż do zupełnego wyleczenia, które nastąpiło najpóźniej w 5 tygodni, tylko sześć; w kilkunastu innych z winy samych chorych obserwacya nie mogła być ścisła. W jednym przypadku ostrego sączącego wyprysku prącia, moszen i pachwin, który sprawiał choremu dotkliwe bóle i opierał się wszelkim innym sposobom leczenia, gdzie po zastosowaniu 25% rozczynu wodnego tigenolu wystąpiło jeszcze silniejsze podrażnienie, pod maścią cynkową z dodatkiem 10 do 20% tigenolu miałem zupełne wyleczenie w ciągu niespełna 2 tygodni.

Większą rozmaitość przypadków miałem w leczeniu wyprysku przewlekłego i z tych niektóre pokrótce opiszę:

E. K., lat 25, żona konduktora kolejowego. Rozpoznanie: *Eczema chronicum thyloticum rhagadiforme palmae manus sin.* Cierpienie trwało od szeregu miesięcy i nie ustępowało mimo stosowania najrozmaitszych środków. Chora zgłosiła się do mnie w chwili, kiedy z powodu głębokich popękań i nadzwyczajnego zgrubienia skóry na dłoni ręką władać nie mogła. Stosowałem pierwotnie kolejno plaster salicylowy, maść Hebry, maść Kaposiego, mydło szare i t. p.; wszystko jednak bezskutecznie; wreszcie poleciłem pędzlowanie czystym tigenolem dwa razy dziennie. Po użyciu pierwszych 50 gramów skóra na dłoni zmiękła, a zrogowaciały naskórek począł się złuszczać grubymi płatami. Po użyciu następnych 50 grm. tigenolu popękania były zabliźnione, skóra okazywała tylko bardzo ograniczone zgrubienia, zresztą była bardzo podatna i miękka, ale napięta i na dotyk więcej wrażliwa. Teraz zastosowałem pastę cynkową Lassara z dodatkiem 20% tigenolu, pod działaniem której skóra nabierała coraz więcej jędrności i sprężystości, stała się gładką i mimo nieuwagi chorej, która swej ręki nie chroniła od wpływów szkodliwych, 6-go tygodnia była tylko zaczerwienioną, ale zresztą prawidłową. Od tej chwili pacyentki nie widziałem.

J. M., l. 48, handlarz skór. Rozpoznanie: *Eczema chronicum palmae manus utr.* Cierpienie trwa od kilkunastu lat, ciągle leczone, wyniki jednak małe i przemijające. Leczony ambulatoryjnie w klinice rozmaitymi środkami, lecz bezskutecznie; wreszcie zastosowałem pędzlowanie czystym tigonelem raz dziennie i zawijanie rąk. Zużycie 50 grm. tigenolu spowodowało tak znaczne polepszenie, że następowo poleciłem pędzlowanie 50% rozczynem alkoholowo-wodnym tigenolu, a po zużyciu tego zapisałem 15% maść tigenolową i po 3-tygodniowem używaniu jej dłonie były prawidłowe, okazywały tylko nieco silniejsze zaróżowienie i drażliwość skóry tak, że chory musiał stale nosić rękawiczki. Choremu temu poleciłem dalsze używanie maści tigenolowej.

Fr. S., lat 37, wyrobnica. Rozpoznanie: *Eczema chronicum cruris utr. cum ulceribus.* Czasu trwania cierpienia chora dokładnie podać nie umie; w każdym jednak razie liczy się ono na miesiące. Oba podudzia, w całości zajęte wypryskiem, okazują rozległe owrzodzenia, zanieczyszczone, atoniczne. Silny świąd, ból i niemożność chodzenia spowodowały chorą, że jako ambulantka zgłosiła się do kliniki. Zastosowałem czysty tigenol do pędzlowania wrzodów, na wyprysk zaś maść Hebry z dodatkiem 10% tigenolu. Przy następnej wizycie (w 3 tygodnie później) chora nie czuła już ani bolu, ani swędzenia, skóra podudzi, pierwotnie sina, była różową, gładką, miękką, wrzody pokryte zdrową ziarniną, zaciągającą się od brzegów. Poleciłem w dalszym ciągu to samo leczenie, a gdym chorą znowu niespełna po miesiącu zobaczył, wyprysk był w zupełności usunięty, mniejsze wrzody pokryte, a na miejscu największego, pierwotnie wielkości dłoni dziecka, tylko nazbyt wybujała ziarnina na przestrzeni halerza, po zniszczeniu której laseczką lapisu poleciłem chorej w dalszym ciągu pędzlowanie tego miejsca tigonolem i ze względu na żylaki opaskę uciskową. Chora więcej się nie zgłosiła.

Obecnie mam w leczeniu chorego z rozległym wypryskiem na tle łojotokowem, zajmującym głowę, twarz, piersi, brzuch i kończyny. Zastosowałem od początku 20% maść cynkowo-tigenolową z wynikiem nadspodziewanie dobrym.

Ogółem stosowałem tigenol w 28 przypadkach przewlekłego wyprysku rozmaitych postaci, z tych tylko 9 spostrzegałem przez czas długi, zawsze jednak wynik leczenia był pomyślny. Tu jeszcze nadmienić muszę, że kilkakrotnie po zastosowaniu czyto czystego tigenolu, czy też jego alkoholowo-wodnych rozczynów, widziałem w mniejszym, lub większym stopniu wywołane zadrażnienie, natomiast nigdy tego

nie widziałem po zastosowaniu tigenolu w maści. Wogóle wypryski spowodowane zewnętrznymi wpływami opierały się dłużej leczeniu, w tych jednak przypadkach, gdzie tło łojotokowe było powodem wyprysku, tigenol oddawał mi szybkie i bardzo dobre usługi.

W trzech przypadkach *dermatitis artefacta* stosowałem tigenol w trojaki sposób i tu zaznaczyć muszę, że gdy maść cynkowa z dodatkiem 10% tigenolu i puder usunęła rozległe zapalenie skóry w niespełna 3 tygodnie, po zastosowaniu 20% rozczynu tigenolu w *ol. paraffini* z lanoliną, którym dwa razy dziennie nacierałem zajęte miejsca, dając na to okład kwaśny, już po 10 dniach miałem wynik zadowalniający; natomiast w trzecim przypadku pędzlowanie rozczynem: *thigenol 50,0, spirit. vini 30,0, aq. destill. 20,0* wywołało silne zadrażnienie skóry, a i w tym przypadku następowo zastosowany puder cynkowy usunął zadrażnienie i szybko doprowadził do zupełnego wyleczenia, czego nigdy przy stosowaniu samego pudru zaobserwować nie miałem możności.

Bardzo również pomyślny wynik po zastosowaniu tigenolu miałem w przypadku liszajca zwyczajnego. Rodzeństwo (chłopczyk lat 10 i dziewczynka lat 7) uległo równocześnie zakażeniu: u chłopczyka zajęte były strupami liszajca znaczna część głowy, uszy i rozległe miejsca na twarzy, u dziewczynki okolica nosa, ust i za małżowiną. Po usunięciu strupów zastosowałem w pierwszym przypadku 25% mieszaninę tigenolu z oliwą i wasogenem, w przypadku drugim 10% maść siarczaną. Chłopczyk wyzdrowiał w niespełna 3 tygodnie, dziewczynka potrzebowała do wyleczenia dwa razy dłuższego czasu.

Tigenol czysty stosowałem nadto w jednym przypadku *trichophytia animalis faciei* (kota), niewątpliwie stwierdzonej na zwierzęciu i drobnowidowo. Na lewym policzku 18-letniej dziewczynki miejsce zakażenia wielkości korony, naokoło zaś obwódka zapalna około 2 ctm. w promieniu. Zastosowałem pędzlowanie czystym tigenolem 3 razy dziennie i dokładne zmywanie mydłem szarem. Trzeciego dnia, a więc po 6-tem zapędzlowaniu, badanie bakteryologiczne dało wynik ujemny, objawy zapalne skóry ustąpiły, a po 8 dniach wyleczenie było zupełne.

W dalszym ciągu wspomnieć muszę o wyleczeniu w jednym przypadku dość rozległego *lichen chronicus Vidali* (*neurodermitis Brocq*). Poprzednio chory leczył się przez dłuższy czas arsenem. W chwili, kiedy zgłosił się do kliniki, typowe guzki zajmowały głównie boki klatki piersiowej i brzucha, chory zaś skarżył się na nieznośne swędzenie. Zastosowałem 20% maść tigenolową z lanoliną, a po ustąpieniu swędzenia 10% maść tigenolowo-cynkową i w 6-tym tygodniu można było uważać chorego za wyleczonego.

Działanie tigenolu uśmierzające ból spostrzegać mogłem w przypadkach oparzeń, z których pięć leczyłem tym przetworem W jednym u 17-letniej dziewczyny oparzenie wrzącą wodą zajmowało ramię, część przedramienia i bok klatki piersiowej. Skóra właściwa *(corium)* na rozległej przestrzeni była obnażona, co powodowało dotkliwe pieczenie. Zastosowałem okłady z oleju lnianego i wody wapiennej po równej części z dodatkiem 10% tigenolu. W pół godziny po założeniu opatrunku pieczenie ustało, a 4-go dnia obnażone miejsca zaczęły się pokrywać naskórkiem. Poleciłem 10% maść tigenolową z lanoliną i waseliną i w niespełna 2 tygodnie chora była wyleczona. Trzy inne przypadki leczyłem wyłącznie 10 i 20% maścią tigenolową, której zastosowanie również bardzo kojąco działało i względnie szybkie sprowadziło wyleczenie. W piątym przypadku oparzenia płonącym spirytusem ręki, przedramienia, uda, podudzia i stopy po stronie lewej, w którym na podudziu widniały powierzchowne zwęglenia skóry, zastosowałem obok codziennych przydłuższych kąpieli nacieranie maścią tigenolową chłodzącą; *thigenol 10,00, adipis lanae 20,00, vaselini fl. 30, aq. destill. 10,00.* Po 14-tu dniach chory opuścił klinikę.

W dwóch przypadkach świerzbiączki łagodnej (*prurigo mitis*) stosowałem maść tigenolową 10 i 20% z lanoliną i waseliną i codzienne kąpiele. W tych jednak przypadkach nie widziałem lepszego wyniku, jak przy stosowaniu maści naftolowej, z tą tylko różnicą, że już trzeciego dnia od rozpoczęcia leczenia swędzenie znacznie się zmniejszyło.

W przypadku *herpes progenitalis* u starszej kobiety zastosowałem 20% rozczyn glicerynowy tigenolu. Z początku wystąpiło zadrażnienie i pieczenie, które przypisywałem działaniu gliceryny, zauważyłem nawet lekki obrzęk sromu; po dokładnem jednak oczyszczeniu zajętego miejsca tasama mieszanina nie wywoływała już żadnych cierpień, a w 12 dni chora nie okazywała zmian żadnych.

Dalej wspomnieć muszę o działaniu tigenolu w leczeniu trądzika. W pierwszym przypadku trądzika pospolitego czoła i policzków zastosowałem na noc po dokładnem namydleniu mydłem siarczanem, zmyciu i osuszeniu twarzy zapędzlowanie mięszaniną tigenolu z wodą i alkoholem w równych częściach. Leczenie trwało do trzech miesięcy, ale wyleczenie było zupełne. W drugim podobnym przypadku po codziennem stosowaniu 50% rozczynu alkoholowo-wodnego tigenolu na noc w 3 tygodnie skóra w zupełności przybladła, a ilość guzków trądzika znacznie się zmniejszyła. Przypadek trzeci dotyczy trądzika u opilca. Tu stosowałem dłuższy czas najpierw pastę złuszczającą naprzemian z maścią borową, a po znacznem złuszczeniu naskórka podałem 20% maść tigenolową, dzięki której szkarłatnowiśniowa pierwotnie cera przybrała wejrzenie prawidłowej i reszta guzków trądzika uległa zupełnemu wygładzeniu. Chory w tym stanie opuścił klinikę.

W przypadku łupieżu różowego tułowia (*pityriasis rosea Gibert*) stosowałem przez 2 tygodnie 20% maść tigenolowo-cynkową bez widocznego polepszenia. Następnie zastosowałem maść z 20 grm. tigenolu, 60 grm. lanoliny i 30 grm. oliwy, poczem stan zaczął się szybko poprawiać, a niespełna w 2 tygodnie chory był zupełnie wyleczony.

W przypadku łuszczycy na czole zastosowałem 20% mieszaninę tigenolu z kolodyonem; nie widziałem jednak dodatniego wyniku i śmiało mogę tu oddać pierwszeństwo eurobinie.

W przypadku figówki pospolitej brody (*sycosis barbae vulgaris*) stosowałem tigenol czysty i w rozmaitych kombinacyach; gdy jednak po 4-tygodniowem leczeniu nie widziałem wybitnego polepszenia, musiałem przejść do innego środka leczniczego.

W jednym przypadku *erythrasma in inguine* poleciłem 25% mieszaninę tigenolu z kolodyonem. Leczenie było bardzo niesystematyczne, mimo to jednak, gdy w kilka miesięcy później przypadek ten widziałem, musiałem uznać wynik leczenia za bardzo zadowalniający.

Stosowanie tigenolu w takich chorobach przewlekłych, jak strupień woszczynowaty i teczeń, jest wobecnych warunkach w kl nice stałej prawie niepodobne do wykonania; mimo to jednak próbowałem tego środka u chorych przychodnich, wszystkie jednak tego rodzaju przypadki prędzej lub później usuwały się z pod mojej obserwacyi, a i w początkach leczenia wyniki nie były zbyt obiecujące. W ostatnich czasach stosuję 20% maść cynkowo-tigenolową u dziewczyny cierpiącej na zupełnie świeży wykwit toczuia rumieniowego (*lupus erythematosus faciei*) i u mężczyzny z *lupus exfoliativus*, zajmującym prawie jedną trzecią część powierzchni skóry. U dziewczyny wynik leczenia jest bardzo dobry i wyleczenia zupełnego niebawem spodziewać się można; u drugiego chorego zaś uzyskałem dotąd tylko znaczne zmniejszenie się nacieku, bez porównania większą elastyczność zajętej skóry, a miejscami nawet szybką skłonność do zupełnego wessania guzków.

W dalszym ciągu wspomnieć muszę o stosowaniu tigenolu w jednym przypadku łupieżu białego głowy. U chorego, który od szeregu lat cierpiał na łupież, w ostatnich tygodniach cierpienie znacznie się spotęgowało i włosy obficie zaczęły wypadać. Poleciłem po ostrzyżeniu codziennie zmywać głowę spirytusem mydlanym, a następnie nacierać 1% rozczynem tigenolu w spirytusie i wodzie. Po dwóch tygodniach leczenia wypadanie włosów ustało, a i objawy łupieżu dotychczas się nie ponowiły.

O działaniu tigenolu w świerzbie nie wiele mogę powiedzieć; stosowałem go bowiem dotąd dopiero w trzech przypadkach raz według formułki, podanej przez Saalfelda: *thigenol 70,00, spirit. vini 20,00, aq. destill. 10,00*. Po trzechkrotnem zapędzlowaniu tą mieszaniną całego ciała co 12 godzin i następowej kąpieli chora nie czuła już swędzenia; po 4-ch jednak dniach ponowiły się objawy swędzenia, a między palcami można było wykazać świeże pęcherzyki świerzbowe. Poleciłem powtórzyć zabieg i cel został w zupełności osiągnięty. Ponieważ po pierwszych trzech pędzlowaniach swędzenie ustało, a powtórzyło się dopiero po 4 dniach, nasuwa się przypuszczenie, że tu albo nastąpiła reinfekcya albo też trzechkrotne napędzlowanie nie było jeszcze dostateczne, nie wygubiło jajek pasorzyta. Zupełnie zadowalniający wynik miałem w drugim przypadku po zastosowaniu metody Jaqueta u 12-letniej dziewczynki. Poleciłem dokładnie natarcie całego ciała mydłem szarem, po godzinie kąpiel i tigenol w stanie czystym. Na drugi dzień rano znów kąpiel i natarcie tigenolem, ten sam proceder wieczór i trzeciego dnia uzyskałem zupełne wyleczenie. Trzeci przypadek leczyłem również sposobem Jaqueta z wynikiem dodatnim. Tinegol zasługiwałby w leczeniu świerzbu choćby z tego względu na uwagę, że nie ma nieprzyjemnej woni, nie niszczy bielizny i jest względnie nie drogi.

W czasie moich doświadczeń z tigenolem raz tylko miałem sposobność zastosowania go w róży policzków. Tu od początku poleciłem pędzlowanie zajętego obszaru skóry tigenolem z małym dodatkiem oliwy, stosując nadto z powodu znacznego stopnia sprawy zapalnej okład lodowy. Na drugi już dzień napięcie skóry zmniejszyło się i stan za palny zaczął łagodnieć. Trzeciego dnia obrzęk zapalny zmniejszył się do *minimum*, skóra zbladła, a chora nie doznawała już żadnego napięcia. Po kilku dniach zastosowałem maść tigenolową chłodzącą i z końcem drugiego tygodnia leczenia wypuściłem pacyentkę z opieki.

Na uwagę zasługuje jeszcze spostrzeżenie dodatniego działania tigenolu w przypadku pokrzywki przewlekłej. Chłopczyk 11-letni, syn lekarza, cierpi od 2 lat na silny świąd w zakresie całej skóry. Ojciec rozpoznał tu pierwotnie świerzbiączkę; odpowiednie jednak leczenie okazało się bezskutecznem. Równocześnie chory cierpiał na nawykowe zaparcie stolca i był odpowiednio leczony. Przy pierwszem badaniu zauważyłem obok rozległych śladów drapania i rozrzuconego wyprysku kilka typowych bąbli pokrzywkowych, które przy uwzględnieniu istniejących zaburzeń w trawieniu pozwoliły mi na pewne rozpoznanie. Poleciłem lek przeczyszczający i odpowiednią dyetę, zewnętrznie zaś 50% alkoholowo-wodny rozczyn tigenolu. Po tygodniu chory przyznał znakomite zmniejszenie się swędzenia, badanie zaś nie wykazało nigdzie bąbli, ani świeżych śladów drapania, a miejsca pierwotnie wypryskiem zajęte nie okazywały zmian żadnych. Przeszedłem teraz do pasty cynkowej Lassara z dodatkiem 20% tigenolu i do pudru i aczkolwiek raz tylko później chorego widziałem, przekonałem się, że stan jego zdrowia nie pozostawia nic do życzenia.

Kończąc sprawozdanie z moich kilkunastomiesięcznych doświadczeń nad tigenolem wspomnę jeszcze mimochodem o działaniu tego środka w rzeżączce. Stosowałem go w kilku zaledwo przypadkach, mianowicie w jednym przypadku rzeżączki świeżej części przedniej w rozczynie wodnym 1—2% z małym dodatkiem gliceryny, i w dwóch przypadkach rzeżączki przedniej i tylnej części; zauważyłem jednak, że działanie tigenolu w tym przypadku w niczem się nie różni od działania ichtyolu, mniej tylko drażni błonę śluzową cewki, wskutek czego wypływ ropny szybciej się zmniejsza, ale sam przetwór nie wystarcza do zupełnego wyleczenia choroby. Zauważyłem natomiast, że gdy po wyleczeniu rzeżączki zostanie jeszcze nieżyt porzeżączkowy, objawiający się tylko skąpemi, śluzowemi nitkami w zupełnie przejrzystym moczu, zastosowany wtedy tigenol w krótkim stosunkowo czasie stan ten albo zupełnie usuwa, albo co najmniej znacznie łagodzi. Tu spostrzeżenia moje zupełnie są zgodne ze spostrzeżeniami Jaqueta, że tak 2%, jak i 5% rozczyny tigenolu działają w tych wypadkach zupełnie analogicznie. W dwóch przypadkach stosowania 50% rozczynu tigenolu z wodą lub z gliceryną w rzeżączce pochwy nie widziałem żadnych szczególnie dobrych wyników; natomiast w jednym przypadku ostrej rzeżączki pochwy i głębokich nadżerek, zajmujących całą niemal część pochwową macicy, po 8 dniach stosowania tego rozczynu nietylko nadżerki zupełnie się pokryły, ale nadto wydzielina znakomicie się zmniejszyła. Chora przed wyleczeniem się zmuszoną była wyjechać, nie mogłem więc w dalszym ciągu stosować u niej tego przetworu.

Streszczając teraz wszystkie moje spostrzeżenia, które niewątpliwie byłyby bogatsze, gdyby chorzy ambulatoryjni chcieli się systematyczniej zgłaszać do kliniki aż do zupełnego wyleczenia i gdyby można było mieć rękojmię, że ściśle przestrzegają zaleceń lekarza, mogę powiedzieć z pewnem przeświadczeniem, że w tigenolu posiadamy środek, który w leczeniu chorób skórnych, a zwłaszcza wyprysku i stanów chorobowych łojotokiem spowodowanych, znakomite usługi oddać może lekarzowi i stałe w dermatoterapii

wyrobi sobie miejsce. Jego stosunkowo niewysoka cena, która w miarę częstszego używania leku spadnie jeszcze bardziej, umożliwia stosowanie go w praktyce u ludzi ubogich i w kasach chorych, a wygoda w kombinowaniu go z rozmaitymi innymi przetworami, jak również fakt, że nie niszczy bielizny, czynią go bardzo w użyciu dogodnym.

Piśmiennictwo: P.of. Dr. A. Jaquet: Thigenol „Roche“, ein neues Schwefelpreparat und seine klinische Prüfung — Basel 1902. Dr. Edmund Saalfeld: über Thigenol — Therapeutische Monatshefte XVII Jhg., April 1903. Dr. James Silberstein: Das Thigenol als Ersatzmittel des Ichthyol — Aerztliche Central-Zeitung XV Jhg. 1903. Nr. 3. Dr. Hönigschmied: Dermatotherapeutische Erfahrungen mit Thigenol „Roche“ — Wiener medicinische Presse 1903, Nr. 37. Dr. Alfred Egon Neumann: Über die Anwendung des Thigenols bei Frauenleiden — Deutsche Aerzte-Zeitung 1903, Heft 19. Dr. Edmund Falk: Zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe — Therapeutische Monatshefte 1903, October.

• • •

III. Z pracowni fizyologicznej Szpitala wojskowego w Moskwie.

Przyczynek do farmakologii pilokarpiny.

Podał

Dr. Leon Popielski

docent fizyologii.

(Ciąg dalszy).

II. Gruczoły żołądkowe.

Wszystkie wyżej przytoczone doświadczenia, z wyjątkiem ostatnich dwóch, wykonane zostały przezemnie w r. 1899. Wychodząc z faktu, że pilokarpina wywołuje wydzielinę soku trzustkowego tylko przy obecności bodźca, istniejącego nazewnątrz trzustki, w doniesieniu tymczasowem z roku 1901 („Przegląd lekarski“) wypowiedziałem zapatrywanie, że pilokarpina podnosi pobudliwość zakończeń obwodowych nerwów wydzielniczych. Obecnie jednak na zasadzie najnowszych swoich doświadczeń, wykonanych w r. 1903, prościej można wyjaśnić przyczynę wydzielania się soku trzustkowego pod wpływem pilokarpiny, wydzielania, spostrzeganego tylko w wyjątkowych doświadczeniach i przy ściśle określonych wskazanych wyżej warunkach.

Obecnie przechodzę do opisu tych doświadczeń, których głównym celem było wyjaśnić, w jaki sposób działa pilokarpina na gruczoły żołądkowe. Pomimo bardzo licznych badań, kwestya, czy pilokarpina wywołuje wydzielanie soku żołądkowego, dotąd pozostała nierozstrzygniętą. Jedni badacze utrzymują, że pilokarpina zupełnie nie działa na gruczoły żołądkowe, inni zaś są tego zdania, że pilokarpina działa na gruczoły żołądkowe w taki sam sposób, jak na gruczoły ślinne i potowe. Wobec tak sprzecznych zdań postanowiłem wykonać doświadczenie na psach z przewlekłą przetoką żołądkową. Ponieważ pilokarpina wywołuje bardzo energiczną wydzielinę śliny, którą zwierzę w znacznej ilości połyka, to dla uniknięcia domieszki śliny, wykonywałem jeszcze ezofagotomię na szyi; przez otwór w przełyku ślina wydzielała się na zewnątrz, nie dochodząc do żołądka.

Trudności doświadczeń nad gruczołami żołądkowymi powiększają się wobec tej okoliczności, że sok żołądkowy tak zwany „pierwotny“ wydziela się pod wpływem bodźców, pochodzących z ośrodków nerwowych, znajdujących się w mózgu. Bodźce zaś te mogą powstawać pod wpływem wrażeń zmysłowych, jak zapach, widok potrawy i t. d.; wreszcie pod wpływem wrażeń, powstających w korze mózgowej zwierzęcia wskutek przypomnienia o pokarmie.

Z tym więc pierwotnym sokiem należy się liczyć przy doświadczeniach z pilokarpiną; uniknąć go można, wybierając do doświadczeń zwierzęta, które słabo oddziaływają na widok i zapach pokarmu; wreszcie należy przystępować do doświadczeń wtenczas, kiedy z przetoki żołądkowej wydzielać się będzie jeden tylko płyn alkaliczny. Tego momentu nie zawsze można się doczekać. Oprócz tego na gruczoły żołądkowe mogą wywierać wpływ bodźce drogą odruchową, powstające w błonie śluzowej przewodu pokarmowego, nieraz w znacznej odległości od żołądka. Nadto należy mieć na względzie, że wydzielający się podczas przebiegu doświadczenia płyn z przetoki żołądkowej, nie może być uważany bez szczegółowego badania za sok żołądkowy. Oprócz wydzieliny z gruczołów samego żołądka może do niego dostawać się płyn z kiszek i być siłą ruchu robaczkowego kiszek wydalonym na zewnątrz przez przetokę żołądkową. Sam więc fakt wydzielania się płynu z przetoki żołądkowej nie może wskazywać, że pilokarpina pobudza do czynności gruczoły żołądkowe. Wniosek odpowiedni może być wyprowadzony dopiero po zbadaniu otrzymanego płynu.

Po tych wstępnych słowach przechodzę do szczegółowego opisu swoich doświadczeń. Wszystkie doświadczenia wykonałem na psach z przewlekłą przetoką żołądkową i ezofagotomią (oprócz dośw. nr. 3, w którem psa nie poddano ezofagotomii). Dla uniknięcia soku „pierwotnego“, brałem do doświadczeń psy słabo oddziaływujące na widok pokarmu, i umieszczałem zwierzęta w takim pokoju, w którym nigdy ich nie karmiono. Dla uniknięcia soku żołądkowego, mogącego się wydzielać odruchowo pod wpływem bodźców, powstających w rozmaitych częściach błony śluzowej przewodu pokarmowego, zwierzę karmiłem w przeddzień na 16—18 godzin przed doświadczeniem. Przy zastosowaniu wymienionych ostrożności, w większości przypadków zaczynałem doświadczenie przy idealnych rzec można warunkach; a mianowicie z przetoki żołądkowej nie wydzielał się zupełnie płyn, albo w nieznacznej ilości, oddziaływania alkalicznego. Wyznać należy, że nie zawsze można się było doczekać odczynu alkalicznego płynu, wydzielającego sie z przetoki. W kilku (2-ch) doświadczeniach oddziaływanie pozostawało kwaśne i z przetoki wydzielał się sok żołądkowy, choć, co prawda, w niewielkiej ilości. W podobnych doświadczeniach oczywiście nie można było przypisywać działaniu pilokarpiny pojawienia się płynu o oddziaływaniu kwaśnem, zwłaszcza, jeżeli płyn kwaśny wydzielał się tylko w pewnych okresach doświadczenia, w ilości bardzo nieznacznej i o nizkiej kwasocie. Nizka kwasota wskazywała na domieszkę do soku żołądkowego płynu, powstającego w żołądku, lub przedostającego się do niego z kiszek o odczynie alkalicznym, który zobojętniał prawidłową kwasotę soku żołądkowego = 0,45%—0,50% HCl. Natomiast wydzielanie się soku żołądkowego przed doświadczeniem było poniekąd warunkiem, sprzyjającym dla pobudzającego działania pilokarpiny na gruczoły żołądkowe. Jeżeli pilokarpina rzeczywiście pobudza do czynności te gruczoły, w takim razie w tego rodzaju doświadczeniach powinniśmy otrzymać na samym początku znaczne zwiększenie się wydzieliny soku

[1]) Nizka kwasota mogła zależeć i od obecności w wydzielinie mucyny. która' jak wiadomo, oddziaływa kwaśno.

żołądkowego, który powinien wydzielać się stale bez żadnych przerw. Dlatego, aby o ile możności dokładniej oryentować się co do charakteru wydzielającego się z przetoki płynu, zwracałem uwagę na jego własności: 1) chemiczne, 2) fizyologiczne i 3) fizyczne. — 1) Badanie chemiczne skierowałem do stwierdzenia odczynu, który podczas samego przebiegu doświadczenia oznaczałem za pomocą papierków lakmusowych, po ukończeniu zaś doświadczenia sposobem miareczkowym. Zasadowość określałem według metody Limbecka. Oznaczanie zasadowości według tej metody polega na następującem postępowaniu: do 200 ctm.³ wody gorącej dolewa się 5 ctm.³ $^1/_{10}$ normalnego rozczynu H_2SO_4, a następnie kroplami wpuszcza się badany płyn w ilości 5 ctm.³. Za pomocą miareczkowania $^1/_{10}$ normalnego rozczynu NaHO określamy, jaka ilość H_2SO_4 została zobojętnioną przez badany płyn, zasadowość którego już łatwo obliczyć w % NaHO. Metoda ta, może najściślejsza ze stosowanych przy określaniu zasadowości w płynach białkowatych, nie może być jednak uważaną za dokładną. Jedną z przyczyn tej niedokładności jest niemożność ścisłego oznaczenia końca odczynu. W charakterze wskaźnika używałem rozczynu lakmoidu z zieleni malachitowej w 95% spirytusie. 2) We wszystkich prawie doświadczeniach starałem się określić fizyologiczne własności otrzymanego płynu, a mianowicie określałem jego własności trawiące białko i skrobię. 3) Oprócz tego zwracałem uwagę na cechy fizyczne, a mianowicie na gęstość, przezroczystość, zabarwienie, zapach. Wszystkie te dane mają bardzo ważne znaczenie przy rozstrzyganiu pytania, jakiego rodzaju płyn wydziela się z przetoki żołądkowej pod wpływem pilokarpiny.

Doświadczenie 1. 25/II. 1903. Pies Nr. 1-szy, wagi 11400,0 z przewlekłą przetoką żołądkową i ezofagotomią. Ostatni raz był karmiony w przeddzień doświadczenia o g. 6-tej wieczorem: zjadł 100,0 mięsa, 100,0 chleba i 1000,0 bulionu.

O g. 10—10′ rano przystąpiłem do zbierania wydzieliny żołądkowej.
Do g. 11—10′ zebrano zaledwie kilka kropel płynu o odczynie alkalicznym.
Od g. 11—10′ do 11—45′ wstawiłem koniukę do prawej żyły podskórnej odgoleniowej, poczem znowu ułożyłem psa do zbierania soku.
Od g. 11—45′ do 12—00 zebrano 2 ctm.³ kwaśnego płynu
„ 12—00′ „ 12—15′ „ ½ „ „ „
„ 12—00′ „ 12—30′ „ ½ „ „ „
„ 12—30′ „ 12—45′ zebrano mniej niż ¼ ctm.³ kwaśnego płynu.
O g. 12—46′ wprowadziłem do żyły podskórnej odgoleniowej prawej 2,0 ctm.³ chlorku pilokarpiny 1%, t. j. 0,02.
Wydzielinę zbieram do słoja i zapisuję podziałkę, odwiadającą górnemu poziomowi płynu.
O g. 12—47′ ślina wydziela się obficie.
„ 12—49 „ „ 6 ctm.³ Pies dostaje uporczywych nudności. Z przetoki żołądkowej wydzielił się odrazu płyn śluzowy, ciągnący się, zupełnie bezbarwny i przezroczysty o odczynie alkalicznym, 6 ctm.³
Od g. 12—50′ do 12—51′ pies oddaje mocz i ciągle ulega mocnym nudnościom.
O g. 12—52′ nudności ustały. Z przetoki wydziela się gęsty śluz w postaci grubego sznurka, zapełniającego światło szklanej rurki, wstawionej do przetoki.
„ 12—54′ 17 ctm.³ Płyn z przetoki wodnisty i bezbarwny.
„ 12—55′ 19 ctm.³ Pokazała się żółć w niewielkiej ilości i wydziela się z przerwami.
„ 12—56′ 24 ctm.³ Żółci nie widać.
„ 12—57′ 26 ctm.³ Wydziela się gęsty śluz, przezroczysty i bezbarwny.
„ 12—59′ 28 „ „ „ „ „ „ „
„ 1—00′ 30 „ „ „ „ „ „ „
„ 1—01′ 31 „ Pies oddaje obficie kał twardy, pokryty śluzem ze strony zewnętrznej. Śliny wydziela się mniej. Nudności niewielkie; z przetoki wydziela się płyn kroplami bezbarwny, trochę mętny, alkaliczny. Pies — wesoły.
O g. 1—02′ 38 ctm.³
„ 1—03′ 39 „ Pies oddaje kał. Z przetoki wydziela się śluz.
„ 1—04′ 40 „ Pies oddaje mocz. Z nozdrzy wydziela się gęsty śluz. Pies oddycha ciężko.
„ 1—05′ 45 ctm.³
„ 1—06′ 47 „
„ 1—07′ 48 „
„ 1—08′ 54 „ Pies oddaje kał gęsty, pokryty śluzem.
„ 1—10′ 57 „ Wydziela się żółć odrazu i dość obficie.
„ 1—12′ 63 „ Kał płynny; z przetoki wydziela się płyn wodnisty, zabarwiony na żółto, oddziaływa alkalicznie. Pies znowu oddaje kał płynny.
„ 1—15′ 68 ctm.³ Pies obficie oddaje mocz.
„ 1—16′ Kał płynny.
„ 1—17′ 75 ctm.³ Z przetoki wydziela się płyn słabo zabarwiony na żółto, albo też zupełnie bezbarwny, przezroczysty, odczynu alkalicznego.
„ 1—21′ 82 ctm.³ Z przetoki wydziela się płyn wodnisty, bezbarwny, przezroczysty.
„ 1—23′ 2,5 ctm.³ który zaczęto zbierać do oddzielnego słoja.
„ 1—25 4,0 ctm.³ Z przetoki wydziela się płyn wodnisty, bezbarwny, alkaliczny. Ślina wydziela się bez przerwy.
„ 1—26′ 7,0 ctm.³
„ 1—28′ 10 ctm.³
„ 1—30′ 14 ctm.³ Wydziela się żółć, początkowo z domieszką niewielką śluzu, a następnie wodnista. Żółty płyn zbiera się do oddzielnego słoja.
„ 1—32′ 8,0 ctm.³
„ 1—34 Wydziela się znowu bezbarwny płyn.
„ 1—35′ 14 ctm.³ Płyn żółto zabarwiony.
„ 1—37′ 21 ctm.³ Wydziela się płyn żółty, wodnisty.
„ 1—40′ 23 ctm.³ Wydziela się płyn bezbarwny, wodnisty, przezroczysty, alkaliczny.
„ 1—45′ 31 ctm.³ Wydziela się płyn bezbarwny, wodnisty, przezroczysty, alkaliczny.
„ 1—47′ Wydziela się żółć.
„ 1—50′ 37 ctm.³ Wydziela się płyn przezroczysty, bezbarwny, alkaliczny.
„ 1—55′ 42 ctm.³ Wydziela się płyn przezroczysty, bezbarwny, alkaliczny.
„ 2—00′ 44 ctm.³ Znowu pokazała się żółć.
„ 2—05′ 54 ctm.³ Wydziela się płyn wodnisty, żółtawy.
„ 2—10′ 56 ctm.³ Wydziela się płyn wodnisty, na żółto zabarwiony.
„ 2—15′ 58 ctm.³ Wydziela się płyn wodnisty, na żółto zabarwiony.

Doświadczenie zakończone; wydzielanie znacznie się zmniejszyło.

Przez cały czas (1½ g.) doświadczeń zebrano 163.0 ctm.³ wydzieliny z przetoki żołądkowej.

Waga psa przed doświadczeniem 11400,0
„ „ po doświadczeniu 10300,0

Podczas całego przebiegu doświadczenia ani razu nie można było stwierdzić odczynu kwaśnego.

1) Zasadowość płynu zebranego w pierwszej części doświadczenia z zawartością śluzu = 0,6% NaHO.

2) Zasadowość płynu, zebranego w środku doświadczenia = 0,5%. Płyn był bezbarwny, przezroczysty, z niewielkimi strzępkami.

3) Zasadowość płynu, zebranego w końcu doświadczenia ze znaczną domieszką żółci = 0,6% NaHO.

Wydzielinę z 1), 2) i 3) części doświadczenia w ilości 5 ctm.³ wlałem do wyjałowionych probówek i włożyłem do każdej z nich po kawałku niegotowanej fibryny. Do drugiej połowy wyjałowionych probówek dodałem oprócz wydzieliny, jeszcze po 5 ctm.³ 0,4% HCl. Wszystkie probówki wstawiłem

do termostatu. Fibryna w probówkach bez HCl rozpuściła się po 2 godzinach; w probówkach z HCl po 10 godzinach fibryna nie rozpuściła się wcale, a mocno napęczniała. Oprócz tego z każdym rodzajem wydzieliny przerobiłem n stępujące doświadczenie: Przygotowałem 2 szeregi probówek z przegotowaną skrobią: do jednego szeregu dolewałem wydzieliny nieprzegotowanej, a do drugiego przegotowanej. Wszystkie probówki umieściłem w . ermostacie. Po 1 godzinie zawartość probówek z niegotowaną wydzieliną całkowicie przechodziła przez filtr w krótkim czasie i w filtracie z łatwością można było wykryć cukier gronowy. Treść probówek z gotowaną wydzieliną zupełnie nie przechodziła przez filtr.

Doświadczenia te wykazują, że wydzielina, otrzymana z przetoki żołądkowej pod wpływem pilokarpiny, zawiera 1) ferment białkowy, działający tylko w środowisku alkalicznem i 2) ferment skrobiowy.

Doświadczenie 2. 6/III. 1903. Pies ten sam, co i w doświadczeniu 1. Waga psa = 11200,0. Żołądek dokładnie przepłókano ciepłą wodą.

Od g. 10—00 do 11—45′ wydzieliło się 0,5 ctm.³ płynu śluzowatego alkalicznego.
„ 11—15′ „ 11—15′ wydzieliło się 1,0 ctm.³ tak tegoż płynu.
„ 11—15′ „ 11—30′ nie było żadnej wydzieliny.
„ 11—30′ „ 11—45′ „ „ „ „
„ 11—45′ „ 12—00′ Widać nieznaczną ilość ciągnącego się bezbarwnego płynu alkalicznego.
O g. 12—00′ Wprowadziłem do żyły podskórnej odgoleniowej prawej 2 ctm.³ chlorku pilokarpiny 1%, t. j. 0.02. Natychmiast prawie pokazał się obficie śluz i łzy.
„ 12—01′ Pies oddaje mocz. Wymioty i nudności.
„ 12—03′ Z przetoki żołądkowej nie pokazuje się wcale wydzielina.
„ 12—05′ Z przetoki żołądkowej pokazuje się gęsty, nitkowato ciągnący się śluz alkaliczny.
„ 12—07′ Pies oddaje kał twardy, z wierzchu pokryty śluzem Z przetoki powoli powoli wydziela się śluz.
„ 12—08′ Z przetoki wydziela się bardzo gęsty płyn, bezbarwny przezroczysty, alkaliczny.
„ 12—10′ Wydzielina taka sama. Od g. 12—00 do 12—10′ zebrano 24 ctm.
„ 12—11′ Wystąpił odrazu w znacznej ilości płyn wodnisty, przezroczysty, bezbarwny, alkaliczny.
„ 12—12′ Znowu wydzielina więcej gęsta, śluzowata. Nudności.
„ 12—14′ Wydzielina więcej wodnista, alkaliczna. Od g. 12—10′ do 12—15 zebrano 14 ctm.³
„ 12—16′ Wydziela się raz gęsty, to znowu nieco rozrzedzony płyn i zawsze odrazu w znaczniejszej ilości.
„ 12—17 Pies oddaje mocz i kał nieco rozrzedzony.
„ 12—20′ Wydzielina alkaliczna raz mniej gęsta, raz więcej. Od g. 12—15′ do 12—20′ zebrano 15 ctm.³
„ 12—21′ Kał początkowo dość gęsty, następnie zupełnie rzadki.
„ 12—22′ Z przetoki wydziela się płyn wodnisty, przezroczysty, bezbarwny, alkaliczny.
„ 12—23′ Taki sam płyn.
„ 12—25′ „ „ „ Od g. 12—20′ zebrano 14 ctm.³
„ 12—30′ Wydzielina bardzo nieznaczna. Od g. 12—25′ zebrano 5 ctm.³
„ 12—35′ Zebrano 16 ctm.³ wodnistego alkalicznego płynu.
„ 12—40′ „ 5 „ „ „ „
„ 12—41′ Pokazała się w niewielkiej ilości wydzielina na żółto zabarwiona.
„ 12—44′ Pies oddaje kał rzadki.
„ 12—56′ Od 12—41′ do 12—56′ zebrano płynu żółtawego 15 ctm.³
„ 12—57′ Płyn bezbarwny, przezroczysty.
„ 1—00′ Wydzieliny prawie żadnej niema.
„ 1—05′ Wydzieliny niema.
„ 1—10′ „ „
„ 1—15′ „ „ Od g. 12—56′ do 1—15′ zebrano 70 ctm.³

Waga psa przed doświadczeniem = 11200.0.
„ „ po doświadczeniu = 10200,0.
1) Zasadowość płynu, zebranego w 1-ej części doświadczenia = 0,55%
2) „ „ „ w 2-ej „ „ = 0,55%
3) „ „ „ w 3-ej „ „ = 0.50%
4) „ „ „ w 4-ej „ „ = 0,45%
5) „ „ „ w 5-ej ostatniej „ = 0,40%

Fibryna w każdym z tych płynów rozpuszcza się z łatwością; gotowana skrobia zamienia się w cukier gronowy. Po przegotowaniu każdy z płynów traci swoje własności trawiące.

Doświadczenie 3. 18/III. 1903. Pies Nr. 2 wagi 10000.0 tylko z przetoką żołądkową, bez ezofagotomii.

Doświadczenie rozpoczęto o g. 12 m. 10.

Do g. 12—40′ z przetoki wydzieliło się 4 ctm.³ płynu alkalicznego z pianą (ślina).
Od g. 12—40′ do g. 1—10′ = 4 ctm.³ takiegoż płynu.
„ 1—10′ „ 1—32′ około 2 ctm.³ takiegoż płynu.
O g. 1—32′ wprowadzono pod skórę $2^1/_2$ ctm.³ chlorku pilokarpiny 1%.
„ 1—35′ Pies zaczął się oblizywać.
„ 1—39′ Z przetoki pokazał się gęsty śluz alkaliczny.
„ 1—40′ Obficie wydziela się śluz.
„ 1—41′ Pokazała się z przetoki żółć.
„ 1—44′ Razem z żółcią pokazał się płyn z pianą.
„ 1—45′ Wymioty i nudności.
„ 1—46′ Wymioty.
„ 1—48′ Z przetoki wydziela się żółty płyn wodnisty, alkaliczny.
„ 1—50′ Wymioty i nudności.
„ 2—08′ Z przetoki wydziela się płyn wodnisty, bezbarwny.
„ 2—10′ Nudności.
„ 2—29′ Z przetoki żołądkowej pokazał się śluz.
„ 2—30′ Pies oddaje kał początkowo twardy, z wierzchu pokryty śluzem, a następnie rozrzedzony.
„ 2—32′ Pies oddaje kał rzadki.
„ 3—02′ Obficie wydziela się mocz.

Przez cały czas doświadczenia zebrano 140 ctm.³ do 5-ciu oddzielnych szklaneczek. Zasadowość okazała się:

w szklaneczce 1-ej = 0,45%
„ „ 2-ej = 0,57 „
„ „ 3-ej = 0,55 „
„ „ 4-ej = 0,59 „
„ „ 5-ej = 0,59 „

Płyn z każdej szklaneczki 1) rozpuszczał fibrynę, lecz białko kurze gotowane trawił tylko w bardzo słabym stopniu; 2) zamieniał skrobię na cukier gronowy. Po dodaniu kwasu solnego ani fibryna, ani białko kurze nie trawiły się zupełnie.

Doświadczenie 4. 8/V. 1903. Pies Nr. 2 wagi 9900.0 z przetoką żołądkową i ezofagotomią. Przewód Wirsungiusza podwiązany.

Ostatni raz karmiony dnia poprzedniego o g. 6-ej wieczorem. Żołądek, jak zwykle, dokładnie przepłókano czystą wodą. Z przetoki żołądkowej od g. $10^1/_2$ do $11^1/_2$ wydzieliło się około 2 ctm.³ alkalicznego płynu.

O g. 11—35′ wstrzyknięto pod skórę 2,2 ctm.³ 1% chlorku pilokarpiny.
„ 11—39′ Pokazała się ślina i łzy.
„ 11—40′ Z nosa kapie częstemi kroplami płyn przezroczysty, wodnisty, bezbarwny.
„ 11—45′ Z przetoki żołądkowej pokazał się gęsty, przezroczysty, szklisty, alkaliczny płyn, wydzielający się powoli.
„ 11—46′ Wymioty.
„ 11—47′ Pies oddaje mocz.
„ 11—51′ Z przetoki od razu wylało się dużo żółtego płynu alkalicznego.
„ 11—35′ Z przetoki wydziela się śluz.
„ 11—55′ Pies oddaje kał twardy, pokryty śluzem.
„ 12—00′ „ „ „ rozrzedzony.
„ 12—05′ Z przetoki wydziela się śluz alkaliczny.
„ 12—16′ Z przetoki wydziela się płyn wodnisty, przezroczysty, alkaliczny, nieco zabarwiony na żółto.
„ 12—20′ Wymioty.
„ 12—28′ Pies oddaje kał rzadki.

0 g. 12—40' Z przetoki wydziela się płyn alkaliczny, wodnisty.
„ 12—55' „ „ niewiele płynu śluzowatego.

Przez czas doświadczenia zebrano 36 ctm.³ płynu z przetoki żołądkowej do 8-iu szklaneczek.

Zasadowość płynu w szklaneczce	1-ej	= 0,50%
„ „ „	2-ej	= 0,25%
„ „ „	3-ej	= 0,44%
„ „ „	4-ej	= 0,45%
„ „ „	5-ej	= 0,50%
„ „ „	6-ej	= 0,47%
„ „ „	7-ej	= 0,47%
„ „ „	8-ej	= 0,47%

Doświadczenie 5. 30/IV. 1903. Pies Nr. 2 z przewlekłą przetoką żołądkową i ezofagotomią. Waga = 10 000,0. Przewód Wirsungiusza podwiązany.

Nie będę przytaczać szczegółów tego doświadczenia, by nie powtarzać tego, co już było powiedziane przy innych doświadczeniach. Wprowadzono pod skórę 1% chlorku pilokarpiny $2^1/_2$ ctm. Jak zwykle początkowo zaczęła się wydzielać ślina i łzy. Wymioty i nudności, oddawanie kału i moczu miały miejsce, jak i w innych doświadczeniach. Tu zauważyć należy, że przed doświadczeniem z przetoki żołądkowej wydzielał się sok żołądkowy w ilości 8 ctm.³ na $1^1/_2$ godziny.

Po wstrzyknięciu pilokarpiny zebrano 61,2 ctm.³ wydzieliny w ciągu 2-ch godzin do 8 szklaneczek:

kwasota płynu w szklaneczce	1-ej i 2-ej	= 0,25%
zasadowość „ „	3-ej	= 0,26%
„ „ „	4-ej	= 0,20%
kwasota „ „	5-ej	= 0,06%
zasadowość „ „	6-ej	= 0,26%
kwasota „ „	7-ej	= 0,26%
„ „ „	8-ej	= 0,26%

Z 61,2 ctm.³ zebranej wydzieliny okazało się płynu kwaśnego 23,2 ctm.³, z których

2,7 ctm.³	o kwasocie	= 0,25% H Cl.
10,0 „	„	= 0,16% H Cl.
10,5 „	„	= 0,26% H Cl

Sprawdzając kwasotę do 0,26% we wszystkich płynach, okazuje się, że wydzieliny o kwasocie 0,26% zebraliśmy = 2,7 + 10,5 + + 2,0 = 15,2 ctm.³, albo o kwasocie = 0,47% H Cl. soku żołądkowego, zebranego przed wstrzyknięciem pilokarpiny = 8,4 ctm³.

Ilość 8,4 ctm.³ nie może jednak być miarą w rzeczywistości wydzielonego soku żołądkowego, albowiem ten ostatni nie rozprowadzał się obojętnym płynem, a neutralizował się płynem niewiadomej nam ściśle alkaliczności. Jeżeli przypuścić, że alkaliczność 0,26% była średnią alkalicznością, zobojętniającą w naszem doświadczeniu sok żołądkowy, to za pomocą prostego obliczenia łatwo się przekonać, że ilość soku żołądkowego o kwasocie 0,47%, wydzielonego w naszem doświadczeniu = 15,2 ctm.³ w ciągu 2 godzin doświadczenia.

Doświadczenie 6. Pies Nr 1 z przetoką żołądkową i ezofagotomią. Waga 11000,0. Przed doświadczeniem wydzielał się sok żołądkowy o kwasocie 0,47% H Cl. Wprowadzono pod skórę = 3 ctm.³ 1% chlorku pilokarpiny.

Nie będę przytaczać wszystkich szczegółów w przebiegu doświadczenia, gdyż znane są one z poprzednich doświadczeń. Wspomnę tylko, że wydzielały się obficie: ślina, łzy, mocz i kał, jak i w poprzednich doświadczeniach, z przetoki żołądkowej wypływał czasami płyn kwaśny, który, o ile możności, zbierałem do oddzielnych szklaneczek. Za dwie godziny doświadczania zebrałem 176 ctm.³ płynu, z którego 45 ctm.³ o oddziaływaniu kwaśnem i 131 ctm.³ o oddziaływaniu alkalicznem. Płynu zebrano:

o kwasocie = 0,036%	. . . . .	28 ctm.³
„ = 0,06%	. . . . .	17 „

Sprowadzając kwasotę otrzymanego płynu do stopnia = 0,47% HCl, otrzymamy 4,34 ctm³. Zasadowość alkalicznego płynu wahała się między 0,16% a 0,25% NaHO. Przypuszczając, że sok żołądkowy, wydzielający się w naszem doświadczeniu, zobojętniał się alkalicznym płynem o zasadowości = 0,25% Na HO, otrzymamy ilość soku żołądkowego o kwasocie = 0,47%, wydzielonego w danem doświadczeniu = 8,13 ctm³.

Płyn kwaśny, zebrany o ile możności bez domieszki innych płynów, posiadał nadzwyczaj słabe własności trawiące kurze białko, które w alkalicznym płynie znacznie prędzej się trawiło.

Fibryna rozpuszczała się w płynie kwaśnym i alkalicznym, jednak daleko prędzej w alkalicznym. (D. c. n.).

IV. Wyciągi.

V. Bardeleben. **Istota i wartość szybkiego mechanicznego rozszerzania macicy zapomocą narzędzi.** (*Archiv für Gyn.* Tom 70, Zeszyt 1, 1903). Omówiwszy istotę i różnicę między fizyologicznem, a sztucznem rozwarciem ujścia macicy, dalej technikę postępowania z t. zw. rozszerzaczami, zachowanie się ujścia macicy podczas i po rozszerzeniu, podaje autor swoje wyniki: w żadnym przypadku, nawet wśród najkorzystniejszych warunków, ujście macicy po użyciu rozszerzadeł, nie było zupełnie rozwarte; bardzo rzadko tylko obeszło się bez skaleczeń szyjki, ujście macicy okazywało nawet po powtórnem rozszerzeniu wybitną dążność do ściągania się, szczególnie tam, gdzie nie było naddarć; zaciągania się tego ujścia nie zauważono tylko tam, gdzie przyszło do głębokich pęknięć, lub daleko idących zmiażdżeń tkanki. Podczas wyciągania płodu przy niedostatecznie rozszerzonem zbitem ujściem naddarcia świeże lub już istniejące znacznie się powiększają. Tam, gdzie naddarcia lub zmiażdżenia nie wystarczały do zniesienia kurczliwości ujścia, może przyjść do spastycznego zaciągnięcia się ujścia, które nie przepuści główki poprzedzającej, lub zatrzyma następującą. Dalej omawia autor wskazania i praktyczną wartość t. zw. rozszerzaczy (Bossiego, Frommera, Knappa- Kaisera itp). Bossi podaje następujące wskazania: wzniecenie sztucznego porodu przedwczesnego; drgawki porodowe; łożysko przodujące i wogóle niebezpieczeństwa bezpośrednie, grożące matce, lub płodowi. Ze względu na te wskazania, mimo natychmiastowego użycia rozszerzacza nie udało się autorowi w żadnym z trzech przypadków utrzymać zagrożonego życia płodu, a raz nawet płód padł ofiarą niedostatecznego rozwarcia się ujścia. Skaleczenia matki były w trzech przypadkach bardzo wielkie, a raz nawet stały się przyczyną śmierci. Przeciętnie otrzymano rozszerzenie ujścia do 10 ctm. w ciągu 28'; skurcze macicy, których wzniecenie Bossi przypisuje w tak znacznym stopniu rozszerzaczowi, w kilku przypadkach wogóle nie wystąpiły, a w kilku tylko słabe lub silne, ale nieliczne tak, że rozszerzenie ujścia było przeważnie tylko mechaniczne. Dlatego sądzi autor, że dotychczasowe używanie balonów nieelastycznych tam, gdzie ujście miękkie, jest znacznie korzystniejsze, szczególnie jeżeli idzie o mechaniczne zastosowanie siły. I balonem jesteśmy w stanie rozszerzyć ujście w ciągu 25', a naddarcia z pewnością rzadziej wystąpią. Jeżeli zaś ujście jest twarde, niepodatne, to tak przy rozszerzaniu przyrządami metalowymi, jak i balonem, musi przyjść do naddarć. Pocóż więc czekać na przypadkowe i nie dające się obliczyć naddarcia, skoro lepiej jest zrobić je nożem lub nożyczkami, a wtedy wiemy przynajmniej, ile, gdzie i w jakim kierunku one przebiegają, nie mówiąc już o tem, że dla sprawy gojenia nie jest zupełnie obojętną rzeczą, czy brzegi naddarć są poszarpane, zmiażdżone, czy gładkie, nożem uskutecznione. Jeszcze wybitniej występują te stosunki, jeżeli idzie o rozszerzenie jeszcze utrzymanej szyjki. Zachodzi więc pytanie, czy jesteśmy wogóle uprawnieni do używania w takich przypadkach przyrządów, o których wiemy prawie na pewno, że użycie ich może mieć następstwa, nie dające się w skutkach obliczyć. Autor woli w takich przypadkach raczej wykonać liczne nacięcia szyjki, a nawet gdzie konieczne, i pochwowe cięcie cesarskie, aniżeli forsować postępowanie, które wprawdzie nie musi, ale może być bardzo niebezpieczne. I przy łożysku przodującem radzi autor unikać rozszerzadeł, a raczej pozostać przy leczeniu dotychczasowem. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Gottschalk. **Przyczynek do pytania o dziedzicznej pierwotnej gruźlicy narządu rodnego u kobiety.** (*Archiv für Gyn.* Tom 70, Zeszyt 1, 1903). Od czasu stwierdzenia, że prątki gruźlicze przechodzą przez łożysko na płód, a Runge wykazał je nawet na błonie doczesnej, można na pewno przyjąć możliwość wrodzonej gruźlicy narządu rodnego. Prawdopodobieństwo jednak pierwotnego i wyłącznego umiejscowienia w tym narządzie jest małe, gdyż gruźlica, o ile została przeniesioną drogą krwi, osadza się także i w innych narządach. W ostatnich czasach jednak badania embryologiczne i bakteryologiczne wykazały, że jest możliwy fakt odziedziczenia pierwotnej gruźlicy wyłącznie tylko w narządzie rodnym, ale nie drogą krążenia. Zauważono mianowicie, że komórki nasienne ludzi gruźliczych, mimo że ich narząd rodny jest zdrowy, mogą zawierać prątki gruźlicze. Nasienie więc

może wprost przy zapłodnieniu odrazu zakazić jajko gruźlicą. Boveri zaś w epokowej swej pracy wykazał, że komórki płciowe nie wytwarzają się, jak dotychczas sądzono, z przybłonka zarodkowego, lecz że one powstają zaraz po zapłodnieniu z jednej z obu pierwszych komórek po podziale zapłodnionego jajka. Ta jedna komórka ma wytwarzać tylko komórki płciowe, podczas gdy druga komórka, powstała z podziału zapłodnionego jaja, wytwarza wszystkie inne narządy i tkanki mającego powstać ustroju. Z tego wynika, że nasieniu zapładniającemu należałoby przypisać wielką rolę w wytworzeniu komórek płciowych, a temsamem możliwem jest prawdopodobieństwo bezpośredniego przeniesienia prątków gruźliczych, zawartych w nasieniu, właśnie tylko na komórki płciowe, a więc na mające się wytworzyć jajniki. W ten sposób uzyskano też ważny kliniczny czynnik wywiadowczy, o ile odtąd w sprawie pierwotnej gruźlicy narządu rodnego kobiecego — obciążenie dziedziczne ze strony ojca zasługuje na uwzględnienie. Rozpoznanie kliniczne zawsze będzie tylko przypuszczalnem, gdyż nigdy na pewno nie można wykluczyć, czy jeszcze gdzieś w ustroju niema jakiegoś ogniska gruźliczego. Jako objawy, na podstawie których można rozpoznawać z wielkiem prawdopodobieństwem, wylicza autor: 1) wystąpienie objawów gruźlicy narządu rodnego dziewicy, obciążonej dziedzicznie ze strony ojca. 2) Niemożność wykazania innych ognisk gruźliczych, nawet przy najdokładniejszej, trwającej lata obserwacyi; w szczególności należy o ile możności na pewno wykluczyć gruźlicę płuc, gruczołów, jelit i kości. 3) Jeżeli przez operacyjne usunięcie całego narządu rodnego osiągnięto stałe wyleczenie. 4) Jeżeli na pewno istniała gruźlica jajników.

W końcu podaje autor historyę choroby jednego przypadku, gdzie na podstawie przytoczonych czterech punktów rozpoznał pierwotną dziedziczną gruźlicę narządu rodnego. Wyjęty narząd rodny okazywał daleko idące zmiany gruźlicze macicy, trąbek i jajników, z typem zstępującym; t. zw. pierwotne ognisko gruźlicze znajdowało się w jajniku, a ztąd choroba przeszła na cały narząd rodny. Za tem przemawia także to, że chora 32-letnia, dziewica, dziedzicznie obciążona ze strony ojca, nigdy nie miesiączkowała, a jajniki wyjęto okazywały zmiany najstarsze, przedstawiały bowiem torbiele, wypełnione masą serowatą, bez śladu tkanki jajnikowej; operowana przed trzema laty, jest zupełnie zdrowa.

Dr. E. Ehrenpreis.

Asch. **Przyczynek do operacyi doszczętnej przy zakażeniu połogowem.** (*Monatschrift für Gyn. und Gyn.* tom 18, zeszyt 3, 1903). Zdaniem autora operacya tylko wtedy może być skuteczną przy zakażeniu połogowem, jeżeli będzie bezwzględnie doszczętną i jeżeli będziemy mieli jasne pojęcie co do wskazania ze względu na rodzaj i drogi zakażenia w każdym przypadku, a także jeżeli i czas dla zabiegu będzie odpowiedni. Zawsze więc, kiedy lekarz postanawia wykonać tę operacyę, powinien wyjąć nietylko macicę, ale podobnie, jak radzi Wertheim przy operacyi raka, także i tkankę przymaciczną, naczynia chłonne, a nawet przydatki. Ze względu na rodzaj zakażenia możemy mieć do czynienia albo z zatruciem ustroju wytworami przemiany materyi drobnoustrojów, albo z zakażeniem samymi drobnoustrojami. W pierwszym przypadku ognisko, z którego jad dostaje się do całego ustroju, leży prawie zawsze w jamie macicy i jest następstwem rozkładu resztek jaja płodowego. Tu można działać ze skutkiem miejscowo i jest czas na wypróbowanie wszystkich możliwych środków i sposobów, zanim się przystąpi do wyjęcia macicy, które więc w tych przypadkach powinno być ostatnią ucieczką lekarza. Naturalnie, że zabieg ten zawsze tu będzie skutecznym, gdyż przez wyjęcie macicy usuwa się źródło wytwarzania się jadu. Inna rzecz w zakażeniu samymi drobnoustrojami: one bowiem nie ograniczają się tylko do macicy, ale stąd różnemi drogami dostają się do całego ustroju, a gdzie osiadają, tam się rozmnażają, zmieniają tkankę i stanowią świeże źródło zatrucia. Jak długo tych drobnoustrojów nie będzie za dużo, tak długo krew ze swą własnością bakteryobójczą może sobie z nimi dać radę; wykonując więc na czas operacyę doszczętną, przychodzimy ustrojowi z pomocą w ciężkiej walce z bakteryami, uniemożliwiamy bowiem dalsze ich wtargnięcie z ogniska pierwotnego (narząd rodny). Krew nie odrazu jest przeładowaną drobnoustrojami: z początku ma nad nimi przewagę; niebezpieczeństwo dla ustroju powstaje dopiero, jeżeli coraz to nowe zastępy bakteryi z narządu rodnego całemi masami dostają się do krwiobiegu. Temu więc zapobiedz jesteśmy w stanie tylko przez wczesne usunięcie całego narządu rodnego. Analogię tego postępowania widzi autor w zakażeniu dwoinkami Neisserowskiemi. Wielokrotnie już zauważono, że rzeżączkowe zajęcie stawów opiera się niekiedy wszelkiemu leczeniu miejscowemu, jak długo nie nastąpi polepszenie stanu w ognisku pierwotnem, t. j. głównie w cewce moczowej, lub wogóle w narządzie rodnym. Wyleczenie, a więc zupełne usunięcie dwoinek z samego ogniska pierwotnego, sprowadza ustanie bólu w stawach, zmniejszenie się obrzęku, a nawet zupełny powrót do stanu prawidłowego — i to bez leczenia miejscowego stawu. Autor zbija zdanie tych, którzy uważają zabieg doszczętny za spóźniony w chwili, gdy drobnoustroje już przeszły granice macicy i rozprószyły się po całym ustroju. Trzema drogami mogą się drobnoustroje rozchodzić z jamy macicy: 1) przez ciągłość (continuitas): *endometritis septica*, *metritis*, *perimetritis*, *pelveoperitonitis;* 2) drogą naczyń chłonnych: (*lymphangoitis)*, tworząc ropnie w tkance przymacicznej i 3) najniebezpieczniejszy rodzaj zakażenia, drogą naczyń krwionośnych (*trombophlebitis*). Przy leczeniu zakażenia, powstałego na podstawie ciągłości utkania, nie trzeba się spieszyć z operacyą; wykonując ją bowiem, niszczymy tem samem wytworzony już może wał ziarninowy, mający dla ustroju tak ważne znaczenie ochronne. Zabieg będzie dopiero wtedy usprawiedliwiony, jeżeli przy bardzo dokładnej obserwacyi choroby nabierzemy przekonania, że drobnoustroje, przebijając się niejako przez te wały, posuwają się ciągle naprzód i że przez to życiu chorej zagraża niebezpieczeństwo, którego ustrój nie będzie więcej w stanie opanować. Ze względu na częste w tych przypadkach zrosty, lepiej jest operować drogą jamy brzusznej — i to o ile możności nie nożem, lecz żegadłem Paquelina; również należy po operacyi założyć sączki. Przy leczeniu zakażenia drogą naczyń chłonnych udaje się nierzadko opanować proces chorobowy przez otworzenie ropni przymacicznych. Jeżeli jednak przez coraz to świeże wzniesienia ciepłoty stanie się wyraźnem, że leczenie zachowawcze nie prowadzi do celu, wówczas znowu zabieg doszczętny wchodzi w swe prawa — i to najlepiej drogą pochwy z następowem sączkowaniem gazą. Najtrudniej jest oznaczyć czas odpowiedni do operowania, wybrać technikę postępowania i wogóle zdecydować się do zabiegu doszczętnego przy leczeniu zakażenia drogą naczyń krwionośnych. W każdym razie nie należy się tu ograniczyć do metody Trendelenburga, polegającej na podwiązaniu i wycięciu zajętych żył, ale i tu koniecznym jest zabieg doszczętny, usuwający źródło zakażenia. Najlepiej operować w tych przypadkach drogą jamy brzusznej. (Na posiedzeniu ginekologów w Wrocławiu, gdzie praca powyższa była przedmiotem bardzo ożywionej dyskusyi, prawie wszyscy obecni zapatrywali się bardzo sceptycznie na wywody Ascha, gdyż nigdy nie jesteśmy w stanie oznaczyć chwili odpowiedniej dla wykonania tak doszczętnego zabiegu. Wogóle zaś możemy coś osiągnąć tylko przez bardzo wczesne wykonanie tego zabiegu, a wtedy z pewnością często wykonamy go niepotrzebnie i narazimy kobietę na utratę całego narządu rodnego; operując zaś później, nieraz nietylko, że nie pomożemy, ale możemy wprost zaszkodzić chorej i przyspieszyć tylko zejście śmiertelne).

Dr. E. Ehrenpreis.

Lassar. **O próbach zaszczepienia kiły małpom, pokrewnym człowiekowi.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1903, Nr. 52). Już przed kilkunastu laty próbował Lassar przeszczepić kiłę z ludzi na zwierzęta, jednakże bez skutku. Pozostawało mu jeszcze podjąć próby na małpach, najbliższych człowiekowi: szympansie, orangutangu i gorylu, jednak o odpowiednie zwierzęta dłuższy czas napróżno się starał. Zwierzęta te bowiem w naszym klimacie bardzo szybko giną. Dostawszy wreszcie szympansa, zachęcony wynikami Miecznikowa i Roux, zaszczepił Lassar to zwierzę z zachowaniem wszelkich koniecznych ostrożności w kilkunastu miejscach naraz cząstkami tkanki kiłowej z osobnika młodego, nie leczonego. Ranki po szczepieniu szybko się zgoiły. W 14 dni później pojawiły się w dwóch miejscach na czole, gdzie poprzednio szczepiono, pierwsze zmiany, które zwolna stały się zupełnie podobne do pierwotnej zmiany kiłowej, spotykanej u ludzi. W 6 tygodni po szczepieniu wystąpiły na skórze zmiany, niczem się nie różniące od osutki kiłowej u ludzi. Także i podjęte nieco później badanie histologiczne wywołanej przez zaszczepienie zmiany pierwotnej wykryło wielkie podobieństwo obrazu histologicznego do obrazu zmiany pierwotnej naturalnej u człowieka. Lassar szczepił jeszcze cząstki tkanki kiłowej z człowieka na prącie orangutana, u którego również po niejakim czasie zaczęła rozwijać się zmiana, podobna do zmiany pierwotnej u człowieka. O wynikach swych doświadczeń wyraża się jednak Lassar bardzo ostrożnie, ponieważ liczba ich jest zbyt mała, aby wolno z nich już wysnuwać szersze wnioski. Jeżeli wywołane u małp zmiany są rzeczywiście kiłą, to w każdym razie znacznie łagodniejszą, niż kiła ludzka. Konieczne są dalsze, liczniejsze doświadczenia, przedewszystkiem zaś trzeba starać się przeszczepić domniemaną kiłę małp znowu na małpy. Do pracy swej dołączył Lassar fotografie zmian, powstałych u zaszczepionych kiłą małp. *C.*

Sorgo. **W sprawie wykrycia prątków gruźliczych w plwocinie.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1903, Nr. 52) Rozmaitym, dotąd podanym sposobom chwytania prątków gruźliczych z plwociny w osadzie przez dodawanie różnych środków, two-

rzących w plwocinie strąt, zarzuca Sorgo, że wywołują one strąt zbyt obfity, w którym trudno potem odszukać prątki, jeżeli były nieliczne, i że niektóre z tych sposobów, podnosząc ciężar właściwy badanego płynu, utrudniają stosunkowo lżejszym prątkom gromadzenie się w osadzie. Sorgo obmyślił więc nowy sposób wyławiania nielicznych prątków z plwociny, a to zapomocą wody utlenionej. Po jej dodaniu plwocina silnie się pieni: zależnie od jakości plwociny piana jest albo gęsta i zbita, a wtedy prątki gromadzą się przeważnie w pianie, albo też piana jest rzadsza, a wtedy prątki prawie wszystkie pozostają w niespienionej, płynnej części badanej plwociny. Na tej podstawie zaleca Sorgo postępowanie następujące: Do kilku grudek plwociny, zawierających razem około 5—7 ctm. sześc., dolewa się około 15 c. sz. wody destylowanej i mieszaninę tę kłóci się silnie przez pół do 1 min. w kolbce Erlenmeyera. Potem dolewa się 5 c. sz. wody utlenionej. Jeżeli wytworzy się piana niezbyt obfita i rzadka, dolewa się zwolna po ścianie naczynia około 5 c. sz. wyskoku, przyczem piana się rozpuszcza: jeżeli zaś piana była gęsta, to płyn odlewa się, a pozostałą pianę rozpuszcza się naprzód przez silne wstrząsanie zakorkowanego naczynia, a do reszty przez dolanie 10—15 c. sz. wyskoku. Potem ciecz z kolbki centryfuguje się dwukrotnie, badając dopiero drugi, t. j. po drugiem, z dodatkiem przeźroczystej wody wapiennej podjętem centryfugowaniu, powstały osad. *C.*

Königstein. **O aglutynującej własności żółci i surowicy w żółtaczce.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 1903, Nr. 35). Autor robił próby z żółcią, wziętą z 21 osobników, zmarłych na rozmaite choroby, co do jej siły aglutynacyjnej wobec prątków durowych. W żadnej z tych prób nie znalazł odczynu dodatniego. W dwóch przypadkach, gdzie żółć była szczególniej gęstą, pokazał się po dwóch, względnie po 24 godzinach odczyn, który można było uważać za częściową aglutynacyę. Także doświadczenia robione z żółcią królików i wołów prawidłowych nie dały odczynu aglutynacyi. Ostra żółtaczka nie zwiększa siły aglutynacyjnej surowicy krwi, jak to wykazal autor doświadczeniem na dwóch psach, zatrutych trucizną rozpuszczającą krew. W przeciwieństwie do wyników Kohlera doświadczenia autora wykazują, że surowica krwi ludzi, dotkniętych żółtaczką, zachowuje się podobnie, jak krew ludzi zdrowych lub chorych, lecz chorych nie na dur brzuszny. Wartość aglutynacyjną 1: 10 znaleźć można nierzadko, jednakże nie przekracza ona granicy 1: 50. Niektórzy autorowie wykazali w t. zw. żółtaczce gorączkowej odczyn dodatni; niema jednak na to występowanie aglutynin durowych pewnego wyjaśnienia; możliwem jest, że jest tu t. z. aglutynacya grupowa (*Gruppenagglutination*), jak przy „paratyphus“. Również z ujemnym wynikiem były robione próby z kwasem taurocholowym, który według Kohlera ma w 10—20% rozczynie mieć, jedyny między częściami składowemi żółci, własności aglutynujące. *B. Żmigród.*

Reinach. **Częste moczenie i mimowolne moczenie w wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 1903, Tom 58). O ile zbyt częste, a dobrowolne opróżnianie pęcherza z nieznacznych nawet ilości, oraz mimowolne oddawanie moczu o różnych porach dnia i nocy jest zjawiskiem fizyologicznem u osesków, przestaje niem być u dzieci z chwilą budzenia się w nich świadomości, woli, t. j. z początkiem drugiego roku życia. Rozumie się, niema tu mowy o cierpieniach, wywołanych istotnemi schorzeniami narządu moczowo-płciowego, albo zboczeniami w ośrodkowym układzie nerwowym, ani o następstwach przebytych chorób zakaźnych, a choćby tylko przestrachu, lub innych podobnych stanów psychicznych. Chorobliwymi poczynają być te objawy, gdy trwają tygodnie, miesiące lub lata. U dorosłych wystąpi najczęściej wyodrębnienie jednej lub drugiej sprawy chorobowej, podczas gdy u dzieci uderza częstość kombinacyi, co autor odnosi do wspólności ich tła, a ma niem być według szkoły wrocławskiej histerya. Autorowie szukali przyczyn w celu wytłómaczenia tych cierpień, a zdarzali się między nimi i tacy, którzy, opierając się na jednym i to nieściśle spostrzeganym przypadku, dopatrywali się związku mimowolnego moczenia z ząbkowaniem. Niestałość obrazów chorobowych, pewne ograniczenia się przypadłości do niesprawności jednego tylko mięśnia (zwieracza), który przedtem działał zupełnie dobrze, nagłe wystąpienie wśród niezwykłych często okoliczności, np. dziwaczny sen, częstokroć nerwowe obciążenie rodziców lub opiekunów, a więc histerya matek, neurastenia lub opilstwo ojców, naśladownictwo (w zakładach wychowawczych); wejrzenie tych dzieci zwykle bardzo żywych, o ruchliwej grze mięśni twarzowych, z wyrazem chytrości i sprytu, a głównie zbawienny wpływ leczenia przez poddawanie, wszystko to przemawiać ma w wysokim stopniu za pochodzeniem tego mimowolnego, jak i zbyt częstego moczenia, jako częściowego objawu nerwicy. Byłaby to ta jednoobjawowość histeryi, która tak często w dziecięcym wieku wysuwa się na pierwszy plan. Z takiego pojmowania rzeczy wypływa i leczenie; a więc krótka i nieco bolesna faradyzacya. zmiana pobytu i usunięcie z pod wpływu domu rodzicielskiego. Zdarzają się jednak i takie przypadki, w których zabiegi te, zamiast polepszyć, pogarszają sprawę, a zdarza się to u dzieci trwożliwych i przedwcześnie zwiędłych, z umysłem tępym, obarczonych nieraz wnętrostwem (kryptorchizmem). Chodzi tu mianowicie o dzieci, dotknięte neurastenią. W tych razach słaby prąd elektryczny, leki wzmacniające, kąpiele i odpowiednie zajęcie na świeżem powietrzu, sprowadzają rychło poprawę. *Progulski.*

Dr. Salge. **Pokarm kobiecy w leczeniu ostrego nieżytu jelit cienkich.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde,* 58, 8 B., 4 H., 1903). Wyższość żywienia osesków mlekiem kobiecem nad karmieniem sztucznem, ogólnie znana i udowodniona, nie daje zupełnie zadowalniających wyników w niektórych przypadkach chorób jelit, przyczem i poprawa zaburzeń przemiany materyi często postępuje bardzo wolno. W każdej chorobie przewodu pokarmowego osesków uwzględnić należy ściśle odgraniczenie i oznaczenie rodzaju choroby. Autor zajmuje się w swej pracy tylko nieżytem jelit cienkich i kwestyą, czy doświadczenie kliniczne daje pewne wskazówki, aby w leczeniu tych chorób i odżywianiu takich chorych podawać pewne mieszaniny odżywcze? W klinikach berlińskich przestrzeganą jest stała zasada, że po upływie okresu ochrony przewodu pokarmowego przez głodzenie, szkodliwem jest podawanie pożywek, zawierających tłuszcz, które mogą wywołać ostre pogorszenie się stanu chorobowego, a nawet sprowadzić śmierć. Przedstawiwszy klinicznie kilka przypadków nieżytu jelit cienkich u osesków w pierwszym kwartale życia, okazujących objawy toksyczne, stosował u nich autor jako pożywienie pokarm kobiecy, odpowiednio dostosowany i bezsprzecznie wykazał niekorzystny wpływ tego pokarmu na przebieg choroby, podczas gdy u osesków z dyspepsyą jelitową bez objawów toksycznych ten rodzaj pożywienia okazał się nader korzystny. Wytłómaczenie tego faktu może nastąpić tylko przez przypuszczenie, że w nieżycie jelit cienkich tłuszcz jest źle znoszony i prowadzi do ostrych pogorszeń i objawów toksycznych, czy to na podstawie teoryi szkoły wrocławskiej zatrucia kwasowego, czy też skutkiem odjęcia alkaliów. Doświadczenia te są wskazówką, że w nieżycie jelit cienkich nie wolno podawać mleka kobiecego wcześniej, aż zupełnie ustąpią objawy ze strony jelit, jakoteż wszystkie objawy toksyczne.

Dr. Bolesław Komorowski.

Grünbaum. **O twardym urazowym obrzęku grzbietu rąk.** (*Deutsche medic. Wochenschrift,* 1903, Nr. 51 i 52). Secrétan pierwszy ogłosił szereg przypadków, które oznaczył jako *oedeme dur et hyperplasie traumatique du métacarpe dorsal.* Po urazie grzbietu ręki lub stopy występuje w tem miejscu bolesny obrzęk, uniemożliwiający ruchy palców, który od drugiego tygodnia staje się coraz twardszym i utrzymuje się przez kilka tygodni lub miesięcy. Ruchy stawu nadgarstkowego pozostają wolne; ucisk na dolne końce kości sprychowej i łokciowej, a szczególnie na kości nad- i śródręcza, jest bardzo bolesny. Badanie promieniami Röntgena nie wykazuje żadnego złamania, pęknięcia kości lub zmian w okostnej; natomiast już po kilku tygodniach ukazuje się zanik kości nadręcza tak, że na fotografiach cień kości w tem miejscu jest o wiele jaśniejszy. Mimo leczenia bóle, a szczególnie obrzęk, długo się utrzymują; mięsienie nie wywiera żadnego skutku, lub wprost szkodliwy. Autor zauważył trzy tego rodzaju przypadki; ponieważ kąpiele, mięsienie i ruchy bierne nic nie pomogły, zastosował on w ostatnim w przypadku trzy razy w ciągu tygodnia podskórne wstrzykiwania 15% wyskokowego rozczynu tyosynaminy w przedramię w pobliżu obrzęku i pod wpływem tego leczenia sprawa ustąpiła po trzech miesiącach.

Rzadka ta choroba odgrywa też ważną rolę w praktyce ubezpieczeń od wypadków, gdyż każde wczesne rozpoczęcie pracy lub lekkie urazy wywołują pogorszenia sprawy i mogą pociągać za sobą znaczne i stałe zaburzenia czynnościowe. Udawanie w tych przypadkach można wykluczyć; stwierdzono tego rodzaju cierpienie u ludzi nie zabezpieczonych. Z natury rzeczy wynika, że te przypadki są częstsze na rękach, niż na stopach, a u mężczyzn częstsze, niż u kobiet. Bezpośrednio po urazie występuje zwyczajny miękki obrzęk i dopiero potem tworzy się twarda tkanka łączna, którą Secrétan w jednym uporczywym przypadku po upływie roku wyciął, lecz bez szczególnego skutku. Leczenie zapomocą opatrunków ustalających również było bez skutku. G. poleca leczenie kombinowane z codziennych gorących kąpieli na 70—80° C. i biernych ruchów, oraz co drugi dzień wstrzykiwanie 15% wyskokowego rozczynu tyosynaminy w pobliżu obrzęku, a obrzęk sam okrywać plastrem tyosynaminowym. *Dr. Fels.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne w dniu 13 stycznia 1904 roku.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 16.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Sekretarz stały kol. Borzęcki odczytał swe sprawozdanie roczne, które w streszczeniu przedstawia się, jak następuje:

»Z końcem roku 1902 liczyło Towarzystwo lekarskie krakowskie członków honorowych 15, czynnych 136, korespondentów 55. Liczba członków zwyczajnych zwiększyła się w roku 1903 o 10. Natomiast przez śmierć ś. p. kol. Prof. Włodzimierza Brodowskiego w Warszawie i Dra Władysława Ściborowskiego w Krakowie ubyło dwóch członków honorowych; zaś przez śmierć ś. p. Kolegów Dra Antoniego Filimowskiego, Dra Stanisława Koya, Prof. Dra Rudolfa Trzebickyego i Prof. Dra Piotra Seifmana ubyło czterech członków czynnych. W dniu przeto 31 grudnia 1903 liczyło nasze Towarzystwo: 13 członków honorowych, 143 czynnych i 49 korespondentów. Posiedzeń Towarzystwo odbyło 26, z tych 3 administracyjne, jedno z nich poświęcone budowie własnego domu Towarzystwa, 15 zwyczajnych, 8 nadzwyczajnych.

Ze spraw administracyjnych Towarzystwa naszego na pierwszy plan wysuwa się budowa domu Towarzystwa. Myśl budowy domu własnego, podjęta przed laty 10 przez Prof. Marsa, zamieniła się szybciej, niż można było przewidzieć, w czyn. Brak własnego lokalu dawał się dotkliwie odczuwać. W sprawozdaniu rocznem z r. 1899 sekretarz Towarzystwa naszego, ś. p. kol. Sroczyński, pisał. . »nie posiadając własnego lokalu zmuszonem było Towarzystwo korzystać z gościnności różnych zakładów uniwersyteckich, zwłaszcza od czasu, gdy skutkiem zeszłorocznego rozporządzenia senatu utraciliśmy prawo odbywania posiedzeń w sali Śniadeckiego. Dzięki jednak uprzedzającej uprzejmości prof. Szajnochy za zgodą Senatu znaleźliśmy znowu na czas nieokreślony dach gościnny w sali Instytutu geologicznego. Może ta niepocieszająca historya naszego tułactwa zdoła rozbudzić pośród ogółu członków żywsze zainteresowanie się sprawą budowy własnego domu, która tak mało zyskała dotąd moralnego i materyalnego poparcia. Chcąc w tej sprawie zrobić pierwszy krok, zbliżający nas do zrealizowania naszego celu, przesłał Komitet jeszcze za przewodnictwa prof. Jakubowskiego prośbę do Rady miejskiej o odstąpienie bezpłatne gruntu na rogu ul. Kopernika i Radziwiłowskiej. Niestety — po półrocznem milczeniu — nadeszła odpowiedź odmowna». Niezrażony tą odmową, prezes naszego Towarzystwa kol. Julian Nowak wnosi powtórnie podanie o grunt i dzięki Jego niestrudzonym zachodom Rada miejska załatwia podanie przychylnie, dając w ten sposób możność do rozpoczęcia budowy. Na posiedzeniu d. 8 lipca 1903, *ad hoc* zwołanem, zapadła jednogłośna uchwała przystąpienia do budowy, którą też rozpoczęto z początkiem sierpnia według planów, sporządzonych przez W-go Pana architekta Karczmarskiego. Do Komitetu ściślejszego budowy domu zaproszono W-go Pana radcę budownictwa Saarego, który nie szczędzi swoich cennych rad i uwag. Świetnej Radzie miejskiej podziękowało Towarzystwo lekarskie osobnem pismem. Dziś dom stoi pod dachem, a Towarzystwo nasze w uznaniu zasług prezesa kol. Juliana Nowaka wybrało Go na rok 1904 jednogłośnie powtórnie swoim prezesem, by nas wprowadził pod koniec bieżącego roku do własnego domu, o którym bez przesady powiedzieć może, »cujus magna pars fui».

Kronika żałobna w minionym roku zapisała śmierć dwóch członków honorowych i czterech zwyczajnych Wszyscy oni zapisali się trwałymi zgłoskami w historyi naszego Towarzystwa, służąc mu w miarę sił i możności. Ś. p. Władysław Ściborowski był jednym z założycieli Towarz. lekar. krakowskiego, a ś. p. Rudolf Trzebicky jednym z najczynniejszych jego członków. Cześć ich pamięci!

III. Kol. Gwiazdomorski odczytał sprawozdanie kasowe.

IV. Kol. Przewodniczący wniósł podziękowanie dla kol. Gwiazdomorskiego za jego dotychczasową znakomitą działalność dla Towarzystwa. Wniosek przyjęto przez aklamacyę.

V. Na wniosek kol. Prof. Ciechanowskiego uchwalono fundusz dyżurów nocnych, zebrany w gronie członków Towarzystwa, przenieść do funduszu budowy domu.

VI. Kol. Prof. Raczyński odczytał sprawozdanie administracyi »Przeglądu lekarskiego».

VII. Kol. Sekretarz odczytał sprawozdanie kol. Bibliotekarza. Uchwalono, żeby Komitet Towarzystwa wystarał się o roczniki Virchowa-Hirscha, wydane przed rokiem 1892, które gdzieś zaginęły.

VIII. Kol. Prof. Ciechanowski odczytał sprawozdanie Komisyi słownikowej.

IX. Kol. Sekretarz odczytał sprawozdanie Komisyi sprawozdawczej do roczników Virchowa-Hirscha. Podnoszono sprawę podzielenia pracy tej Komisyi między Towarzystwo lekarskie lwowskie i krakowskie, względnie uzyskanie subwencyi ze strony Towarzystwa lekar. lwowskiego; konkretnych uchwał jednak nie przeprowadzono.

X. Kol. Sekretarz odczytał sprawozdanie Komisyi przemysłowo-lekarskiej.

Kol. Ciechanowski interpelował w sprawie odpowiedzi dla Towarzystwa lek. lubelskiego.

XI. Kol. Przewodniczący przedstawił sprawozdanie Komisyi budowy własnego domu, przemienionej obecnie w Komisyę wykonawczą budowy domu.

Uchwalono zupełne upoważnienie Prezydyum do zaciągnięcia pożyczki na budowę domu w Towarzystwie lekarzy galicyjskich i do rozporządzenia lokalnościami budującego się gmachu Towarzystwa.

XII. Wnioski Komitetu w sprawie zmiany obecnego statutu Towarzystwa uchwalono w całem ich brzmieniu.

Dr. Dobrowolski, sekretarz doroczny.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Czwarte posiedzenie dnia 30—IX (13—X) 1903 roku.

Obecnych członków 35, gości 5.

1. Prezes dr. Strawiński wita zgromadzenie po przerwie wakacyjnej i wzywa do dalszej wspólnej pracy; następnie w imieniu Koła wita gości dra Dłuskiego z Zakopanego i dra Faijta z Warszawy.

II. Po odczytaniu i zatwierdzeniu protokołu z poprzedniego ogólnego zgromadzenia dr. Dłuski wygłasza rzecz pod tyt.: »Kilka słów o sanatoryum i metodzie leczniczej w Zakopanem». Zaznajomiwszy zgromadzenie w krótkich rysach z położeniem Zakopanego i jego warunkami klimatycznymi, zastanawia się prelegent nieco szczegółowiej nad zasadami leczenia suchot metodą Brehmera i nad zastosowaniem tych zasad w sanatoryum zakopańskiem, na czele którego sam stoi. Na założenie tego sanatoryum prelegent zapatruje się, jako na pierwsze ogniwo w długim łańcuchu podobnych zakładów, które będą z pewnością urządzone w przyszłości przez społeczeństwo polskie. Rękojmię tej nadziei prelegent widzi w przeszłości naszej, która dała liczne przykłady naszej ofiarności dla dobra ogółu. Gdy społeczeństwo zrozumie doniosłe znaczenie sanatoryów, nie omieszka zaprowadzić u siebie nie tylko takie zakłady, jak zakopański, w którym mogą znaleźć niezbędne warunki lecznicze tylko ludzie zamożni, lecz i sanatorya na szerszą skalę dla bardziej licznej względnie uboższej ludności.

W dyskusyi zabiera głos prof. dr. St. Zaleski. Zaznaczywszy, że w obecnej chwili i w Rosyi powstało zainteresowanie się stacyami klimatycznemi, że lekarze polscy biorą w tem żywiej udział, podnosi prof. Zaleski brak w Rosyi doświadczenia, niezbędnego dla oceny niektórych warunków klimatycznych; jako przykład przytacza nierozwiązaną jeszcze kwestyę wpływu ciepłoty miejscowości na chorych, dotkniętych tak ciężką sprawą, jak gruźlica; najlepszy dowód tego widzi w obradach nad odczytem jednego z członków Koła, dra Czeczotta, na drugim Zjeździe działaczy w dziedzinie hidrologii, klimatologii i balneologii, który odbył się przed 3 tygodniami w Pjatigorsku; mowa była o urządzaniu sanatorów w pobliżu lodowców. Prosząc prelegenta o podanie swego zdania w tej sprawie, opartego na doświadczeniu własnem, prof. Zaleski zapytuje wreszcie o warunki materyalne w sanatoryum zakopańskiem.

W odpowiedzi dr. Dłuski odsyła życzących zapoznać się z cenami w sanatoryum zakopańskiem do szczegółowego prospektu. W kwesyi zaś wpływu ciepłoty doszedł do przekonania, że niska ciepłota nie może być uważaną za przeszkodę do przyznania miejscowości znaczenia stacyi klimatyczno-zdrowotnej dla suchotników. Ten pogląd podzielają również: Dettweiler, który wygłosił zdanie, że jakkolwiek gruźlica płuc może być leczoną w różnorodnych warunkach klimatycznych, najodpowiedniejszym jest jednak klimat górski; następnie Williams, który, poddawszy szczegółowemu rozbiorowi statystycznemu wyniki leczenia suchot w różnych klimatach, przychodzi do przekonania, że największą % wyleczenia wykazują stacye — na wielkich wyżynach. Własna praktyka, jak również doświadczenia dyrektorów innych sanatoryów, doprowadziła prelegenta do przekonania, że przy wyborze stacyi klimatycznej dla suchotników należy zawsze mieć na uwadze ścisłe indywidualizowanie; sam nieraz spostrzegał chorych, którzy gorączkowali w innych stacyach klimatycznych, a wkrótce po przybyciu do Zakopanego gorączkę tracili, a z nią i objawy ze strony płuc wykazywały poprawę. Chory, dotknięty gruźlicą, przedstawia nieraz tak szybkie zmiany, że taż stacya, która spowodowała znaczne polepszenie jego stanu, może w dalszym ciągu być mu już szkodliwą; ze zmianą zaś zakładu znowu zaczyna się poprawa. Jednem słowem, chory na gruźlicę powinien być wciąż pod ścisłą obserwacyą i opieką lekarza i w każdej chwili musi być indywidualizowany. Uogólniając jednak swoje spostrzeżenia, prelegent podziela w zupełności zdanie, wygłoszone przez takiego znawcę chorób dróg oddechowych, jakim jest dr. Alfred Sokołowski, mianowicie, że dla leczenia w miejscowościach o ciepłocie niżkiej nie nadają się chorzy z daleko posuniętą sprawą suchotniczą, z silną gorączką trawiącą, z jednoczesnem powikłaniem gruźlicy schorzeniami serca, nerek, rozedmą płuc lub przewlekłym uporczywym nieżytem oskrzeli. Takich chorych nie należy posyłać do Zakopanego.

Prezes, dr. Strawiński, podkreśla ważne znaczenie Zakopanego, jako polskiej stacyi klimatycznej dla suchotników i imieniem Koła dziękuje prelegentowi.

III. Prof. dr. Ziemacki wygłasza rzecz pod tyt.: »Przypadek wycięcia 120 ctm. jelita cienkiego w dwóch miejscach z powodu raka gruczolakowatego (*adenocarcinoma*) jelita czczego i biodrowego». Do prelegenta zgłosiła się chora, uskarżająca się na dotkliwe bole w brzuchu; przy badaniu stwierdzono na prawo od linii środkowej brzucha bolesne na ucisk stwardnienie; przypuszczając przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, prelegent wykonał coeliotomię; po otwarciu jamy brzusznej przekonał się jednak, że ma do czynienia z znacznem zwężeniem jelita w kształcie obrączki; oglądając jelito, znalazł takich zwężeń 12, z których część była usadowioną w jelicie czczem tuż pod dwunastnicą, reszta zaś w jelicie biodrowem. Po rozważeniu tej sprawy prelegent wykonał resekcyę zajętych części jelita w dwóch miejscach na przestrzeni ogółem 120 ctm. Chora po operacyi szybko się poprawiła, przybyła znacznie na wadze, dotkliwe bole, które ją trapiły, o tyle ustąpiły, że odzywają się tylko w bardzo słabym stopniu; badanie drobnowidowe, wykonane przez prof. Pietrowa, wykazało raka gruczolakowatego. Prelegent przedstawił chorą i okazał preparaty makroskopowe i drobnowidowe z tego przypadku.

W dyskusyi dr. Strawiński zapytuje prelegenta, czy nie zostało w jelitach chorej zwężeń nowotworowych, pomimo już wyciętych.

W odpowiedzi prof. dr. Ziemacki zaznacza, że opatrzył podczas operacyi całe jelito aż do jelita ślepego, zatem na przestrzeni prawie 3—4 metrów; jelito było nadzwyczaj cienkie; w razie jeśliby było choć małe zwężenie, jelito przedstawiałoby miejscowe rozdęcia. Na podstawie tego przypuszcza Ziemacki, że wyciął wszystkie zwężenia, jakie istniały.

Dr. Piotrowicz zapytuje, czy istniejące obecnie bole nie są wskazówką, że nie cały nowotwór został wydalony?

W odpowiedzi prof. dr. Ziemacki tłómaczy bole wielką ilością szwów jedwabnych, które chora ma jeszcze w sobie.

Zdaniem dra Faijta w przypadku prelegenta nie należało robić resekcyi jelit dlatego, że 1) operacya ta wymaga dłuższego czasu, co nie jest obojętnem dla chorej z odżywieniem upośledzonem; 2) wobec obawy nawrotu raka, wreszcie 3) wobec tego, że stan innych gruczołów chłonnych, oprócz gruczołu wyciętego przez prelegenta, nie był podczas operacyi znany, jakkolwiek niektóre z tych gruczołów mogły być zajęte już wtenczas, co uwydatni się dopiero po upływie pewnego czasu obrzmieniem gruczołu. Piętnastoletnie doświadczenie własne, jak również doświadczenie warszawskiej szkoły chirurgów, przemawiają w tych razach za gastroenterostomią, jako operacyą, mniej narażającą życie chorego.

W odpowiedzi prof. dr. Ziemacki oświadcza, że przystępując do operacyi, miał na myśli enteroanastomozę w razie, jeśli nowotwór nie da się usunąć. W toku operacyi należało wybierać między duodenoileostomią i rozległą resekcyą jelit w dwóch miejscach. Pierwszy zabieg byłby tylko paliatywny, ponieważ chora zostałaby się z licznemi zwężeniami rakowatemi; objawy chorobowe, co prawda, zmniejszyłyby się, lecz nie byłyby ustąpiły zupełnie. Co więcej, badanie jednego ze zwężeń wykryło zżarcie błony śluzowej, a więc chorej groziło już dziurawiące zapalenie otrzewnej. Zdaniem prelegenta resekcyę należy wykonać zawsze, gdzie tylko można usunąć nowotwór złośliwy; gastroenterostomię zaś jedynie w przypadkach, gdzie dokonać tego już nie można. Istotnie, po operacyi zaszło w stronie chorej wyraźne polepszenie; odżywienie poprawiło się, złagodniałe bole chora określa jako rodzaj swędzenia. Prelegent operował pomyślnie podobny przypadek raka gruczolakowatego przed 12 laty z tą różnicą, że zwężenie było pojedyncze.

Dr. Faijt podkreśla, że według doświadczenia chirurgów warszawskich, nawet przy miejscowych zwężeniach jelit pochodzenia gruźliczego lub promienicznego należy stosować nie resekcyę, lecz gastroenterostomię; tembardziej ostatni rękoczyn jest wskazany w przypadkach raka, który zwykle daje nawroty.

Prof. Ziemacki podkreśla, że i w tych przypadkach, gdzie można, należy stosować resekcyę jelita; jako przykład, przytacza spostrzegany przez się przypadek zwężenia bliznowatego w okolicy jelita ślepego; zwężenie było zapewne pochodzenia zapalnego; trzeba przypuszczać, że w następstwie zapalenia wyrostka robaczkowego powstało przedziurawienie jelita cienkiego niedaleko od zastawki Bauhina z nadżarciem jej ścian; po zabliźnieniu wystąpiły objawy zwężenia jelita. Okolica wyrostka robaczkowego była zropiałą i zgrubiałą do tego stopnia, że prelegent podczas operacyi mniemał, że ma do czynienia z nowotworem. Rozpoznanie było na tyle trudnem, że i anatom prof. Pietrow, który prowadził badanie drobnowidowe, przypuszczał z początku również raka. Prelegent miał do wyboru między ileokolostomią a resekcyą; rozważywszy sprawę, zatrzymał się na resekcyi, wyciął jelito ślepe z wyrostkiem robaczkowym i zbliznowaciałą część jelita cienkiego. Chora cieszy się dotychczas dobrem zdrowiem.

Docent W. Orłowski przyłącza się do zdania prelegenta, że we wszystkich przypadkach, gdzie można, należy przekładać resekcyę jelita, jako zabieg operacyjny doszczętny, nie zaś paliatywny, jakim jest gastroenterostomia; następnie przytacza przypadek rozległego zajęcia żołądka sprawą rakową, w którym chora, po dokonanej przez prof. Ratimowa operacyi — resekcyi żołądka, żyła bez żadnych dolegliwości żołądkowych przynajmniej 12 lat; prelegent przedstawił również świetny wynik podobnego postępowania w ciężkim przypadku rozległego nowotworu złośliwego jelit. Wreszcie przypadek prelegenta jest zdaniem dra W. Orłowskiego bardzo zajmującym z punktu widzenia fizyologicznego: poucza on, że wycięcie jelita cienkiego nawet w części pocz tkowej, która ma główniejsze znaczenie w trawieniu, do tego wycięcie znacznego kawałka, bo obejmujące 120 ctm. jelita, może nie mieć w następstwie widocznych zaburzeń w trawieniu.

Dr. Zakrzewski nadmienia, że Bergman opisał kilka przypadków resekcyi żołądka z powodu raka, gdzie chorzy żyli po operacyi po 10 lat.

Prof. dr. St. Zaleski przemawia również za usunięciem nowotworów złośliwych, tembardziej, że zajęta część jelita jest już niezdolną do funkcyi; powoływanie się na szkołę warszawskich chirurgów uważa za dość ryzykowne; przypadkom, podobnym do tego, który przedstawił prelegent, przydaje wiele wagi; wreszcie dla zbicia zapatrywań prelegenta wymaga przytoczenia kazuistyki wręcz przeciwnej.

Doc. W. Orłowski zaznacza, wobec powoływania się dra Faijta na doświadczenia chirurgów warszawskich, że pierwszą resekcyę odźwiernika żołądka wykonał nasz rodak prof. Rydygier; dopiero po nim operacyę tę robił Billroth, któremu niesłusznie przypisują pierwszeństwo.

Dr. Karłowicz utrzymuje, że w pracach prof. Rydygiera niema wcale opisu przypadków resekcyi żołądka.

W odpowiedzi doc. W. Orłowski zaznacza, że ma na uwadze odczyt prof. Rydygiera, wygłoszony przed 3 laty w Krakowie na Zjeździe i zamieszczony następnie w »Przeglądzie lekarskim;» o resekcyach zaś odźwiernika z powodu raka żołądka prof. Rydygier roz-

prawia w jednem z chirurgicznych czasopism niemieckich, przytaczając wyniki wszystkich operacyi, dokonanych przez niego na żołądku w ciągu ostatnich lat 20.

Prof. dr. Ziemacki potwierdza, że pierwszą resekcyę na żołądku wykonał istotnie prof. Rydygier na 3 miesiące przed Billrothem; następnie powołuje się na statystykę, która wykazuje, że resekcya nie cieszy się dobrymi wynikami następowymi, chorzy bowiem giną po pewnym czasie od nawrotu choroby; są jednak przypadki szczęśliwe. Jako przykład przytacza przypadek nowotworu wielkości pięści, obejmującego więcej niż połowę żołądka, u chorego, liczącego lat 60; badanie drobnowidowe stwierdziło raka. Po resekcyi, wykonanej przez prof. Sklifasowskiego przy asystencyi prelegenta, chory żyje dotychczas Na podstawie podobnych przypadków prelegent uważa resekcyę za leczenie właściwe, gastroenterostomię tylko za zabieg paliatywny.

Prezes dr. Strawiński zaznacza, że odczyt prelegenta wywołał żywe obrady, z których widać, że ogromna większość oddaje słuszność postępowaniu prelegenta; następnie w imieniu Koła wyraża mu szczere podziękowanie za zajmujący odczyt.

Po krótkiej przerwie nastąpiło posiedzenie administracyjne.

Witold Orłowski.

VI. Z historyi wziernika ocznego.

Podał

Dr. Wiktor Reis.

(Dokończenie).

Zasada wziernika ocznego, podana przez Helmholtza powszechnie jest znaną; w krótkości więc ją tylko powtórzę.

Oko w warunkach prawidłowych przedstawia układ powierzchni łamiących, utworzonych w ten sposób, że promienie, wychodzące z jakiegoś źródła światła, po przejściu przez środki łamiące i wywołaniu obrazu na siatkówce, wracają tą samą drogą do punktu, z którego wyszły. Źródło światła i oświetlone dno oka są więc ogniskami sprzężonemi. Chcąc widzieć dno oka badanego w oświetleniu musimy siatkówkę oka naszego zidentyfikować ze źródłem światła, gdyż tylko w tym przypadku, na podstawie praw, przysługujących ogniskom zespolonym, promienie odbite z oka badanego dadzą dokładny obraz na naszej siatkówce.

By ten cel osiągnąć, zrobił Helmholtz wziernik oczny, złożony w pierwotnej swej konstrukcyi z trzech płyt szklanych, ustawionych pod kątem do źródła światła. Promienie, pochodzące od światła ustawionego z boku, odbite od płyt szklanych, dostawały się do oka badanego, idąc stamtąd tą samą drogą, wracały w części do pierwotnego źródła światła, w części zaś przez płyty szklane do oka badającego, tworząc na siatkówce tegoż oka obraz oświetlonego dna oka badanego.

Ta sama zasada objaśnia nam, dlaczego źrenicę widzimy czarną i warunki, wśród których powstaje świecenie się oczu. Z chwilą bowiem, gdy źródło światła nie jest utożsamionem z okiem badającego, lecz znajduje się na zewnątrz oka naszego, tworzy ono z dnem oka badanego ogniska sprzężone tak, że w każdym przypadku już za samem zbliżeniem się do oka badanego, zastępujemy drogę promieniom świetlnym i wnętrze oka pozostaje nieoświetlonem. Tylko w tych przypadkach, w których promienie z oka badanego wychodzą w kierunku silnie rozbieżnym, spostrzegać można odblask oczu z tego powodu, że obok promieni, wracających do źródła światła, część ich, idących rozbieżnie, przechodzi obok do oka badającego. Ma to miejsce głównie u zwierząt, obarczonych stale wadą nadwzroczności, a także u ludzi, u których wskutek zmian patologicznych powstał nadmierny stopień tej wady refrakcyjnej, np. amaurotyczne oko kocie.

Dziś, gdy wziernik oczny stał się rzeczą, przeznaczoną do codziennego użytku, gdy badanie oka, dokonane bez wziernika, zupełnie jest niedostatecznem, wprost niezrozumiałem się wydaje, jak mogli znaleźć się ludzie, którzy w sprawie używania wziernika ocznego wrogie zajęli stanowisko.

A jednak, jak się dowiadujemy ze szczegółowej biografii Helmholtza, opracowanej przez matematyka Koenigsbergera z Heidelbergu, byli i tacy. Współczesny Helmholtzowi, nawet jakiś sławny chirurg, którego nazwiska Koenigsberger nie wymienia, miał oświadczyć, że „przyrządem tym posługiwać się nie będzie, gdyż jest zanadto niebezpieczną rzeczą wpuszczać do wnętrza oka rażące światło“; inny znów był tego zdania, że „wziernik może oddać korzyści lekarzom ze złemi oczyma, on sam ma bardzo dobre oczy i dlatego go nie potrzebuje“.

Inaczej jednak na ten wynalazek zapatrywali się ci, którym on bezpośrednie oddał usługi. Dnia 9-go sierpnia 1886 r. wręczono Helmholtzowi na uroczystem posiedzeniu Stowarzyszenia oftalmologicznego w Heidelbergu medal Graefego, jako dowód największego uznania. Odpowiedź swą na mowę przewodniczącego Dondersa zakończył Helmholtz następującemi słowami[6]):

„Pozwólcie mi teraz, że koniec mej mowy przybiorę w formę alegoryczną. W alegoryi nie wymaga się ścisłości historycznej: przypuśćmy więc, że do czasów Fidyasza nie posiadano dostatecznie twardego dłuta, którymby można opracować marmur z zupełnem opanowaniem formy; najwyżej umiano ugniatać glinę, lub rzeźbić drzewo. Gdy naraz zdolny jakiś kowal znajduje sposób hartowania dłuta: Fidyasz cieszy się ulepszonemi narzędziami, tworzy przy ich pomocy posągi bogów i opanowuje marmur, jak nikt przed nim. Powszechnie go szanują i wynagradzają.... Lecz Fidyasz w wspaniałomyślnej skromności zwraca się do mistrza kowalskiego i rzecze: „Bez twej pomocy nie mógłbym tego wszystkiego dokonać: chwała i cześć tobie więc się należy“. Kowal zaś w te słowa może mu tylko odpowiedzieć: „lecz ja, mając te dłutka, nie mógłbym dokonać czegoś podobnego; ty zaś bez pomocy mego dłuta mógłbyś przynajmniej w glinie ugniatać arcydzieła. Jeśli uczciwym mam więc zostać człowiekiem, cześć i chwała nie mnie przypadają w udziele“. Tymczasem Fidyasz umiera; pozostają przyjaciele i uczniowie: Praksiteles, Paionios i inni. Postanawiają uczcić pamięć zgasłego mistrza przez wręczenie wieńca temu, który najwięcej zdziałał dla sztuki, a w szczególności dla rzeźby. Ukochany mistrz wychwalał często kowala, jako sprawcę ich wielkiego powodzenia, postanawiają więc wreszcie jemu wieniec ofiarować. Dobrze, odpowiada kowal, poddaję się waszej woli. Was jest wielu i między wami są mądrzy ludzie, a ja jestem jeden; wy zapewniacie mnie, że ja wielu z was wiele pomogłem i że teraz w wielu miejscach rzeźbiarze osiedli, którzy ozdabiają świątynie naśladownictwami waszych posągów bogów, a którzy nie wieleby zdziałali bez narzędzi, które ja wam dałem Muszę wam wierzyć, gdyż nigdy nie rzeźbiłem marmuru i z wdzięcznością przyjąć to, co mi przyznajecie. Ja zaś oddałbym mój głos Praksitelesowi lub Paioniniosowi“.

Stanowisko, jakie Helmholtz ze względu na wynalazek wziernika sobie wyznaczył, było zbyt skromne i dlatego zupełnie słusznie odpowiedziała mu w liście własna żona: „trudno mi zaiste pomyśleć, by panowie okuliści w porównaniu z tobą byli wszyscy Praksitelesami“.

Minęło zaledwie lat dziesięć od epokowego wynalazku wziernika ocznego, gdy umysł ludzki przestał zadowalniać się samem tylko spostrzeganiem nowo odkrytej krainy wiedzy, lecz zapragnął metodą przedmiotową utrwalić dla swej pamięci nieznane mu dotychczas widoki. Atlasy, przedstawiające dno oka prawidłowego i zmienionego chorobowo, posiadają nieocenioną wartość; są one jednak dziełami mistrzów, którzy obok sztuki wziernikowania obdarzeni byli zdolnościami rysunkowemi. Pozbawieni tego talentu ograniczać się mogli tylko do chwilowego spostrzegania poszczególnych przypadków. Sporządzenie zaś rysunku dna oka również

nie jest rzeczą łatwą; oprócz trudności technicznych wchodzi tu także w grę długość czasu, konieczna do wykonania dokładnego rysunku, a napotykająca ciągle na przeszkody w ruchach gałek ocznych, wrażliwości i niecierpliwości chorego. By temu zaradzić, już wcześnie wzięto do pomocy sztukę fotograficzną, która w innych gałęziach nauk przyrodniczych ze skutkiem coraz bardziej wypiera uciążliwą pracę ręczną. Tak więc pierwsze próby fotografowania dna oka przypadają na rok 1862. Noyes w New-Yorku i Sinclair w Toronto (Canada)[7], pierwsi wpadli na ten pomysł; doświadczeń swych musieli jednak zaprzestać, z powodu małej wówczas jeszcze czułości płyt fotograficznych. W roku 1864 Rosebrugh posługiwał się w swoim przyrządzie światłem słonecznem; w r. 1887 Claude du Bois-Reymond[8]) przy sposobności swych studyów nad oddziaływaniem źrenicy pod wpływem światła poleca przy fotografowaniu dna oka zastosowanie światła magnezyowego. W r. 1888 na międzynarodowym Zjeździe w Heidelbergu fotografie dna oka już demonstrują: Howe[9]) i Herman Cohn z Wrocławia[10]). W r. 1891 również na Kongresie w Heidelbergu ogłasza Eug. Fick[11]) swoje doświadczenia, a Gerloff i Meissner z Getyngi przedstawiają w Stowarzyszeniu fizyologów w Berlinie swoje zdjęcia fotograficzne. W r. 1893 Guilloz z Nancy podejmuje dalsze próby; w r. 1900 Nikołajew[12]) wykonuje zdjęcia czasowe z dna oka kota, zatrutego kurarą, a w najnowszych czasach Dimmer w Insbrucku[13]) i Thorner w Berlinie[14]) coraz bardziej metodę tę wydoskonalają.

Główną przyczyną, która była ciągle powodem niepowodzenia w zabiegach fotograficznych, był odblask świetlny, odbicie, pochodzące z rogówki i soczewki oka badanego. Usiłowania badaczów były ciągle skierowane do usunięcia tej przeszkody. Zastosowywano metodę imersyjną z ortoskopem Czermaka, polegającą na otoczeniu rogówki fizyologicznym rozczynem soli kuchennej, by znieść załamywanie promieni świetlnych na przedniej powierzchni rogówki; próbowano metodę polaryzacyjną zapomocą pryzmatów Nicola, lecz mimo skutecznych wyników zaniechano ją z tego powodu, że pryzmaty pochłaniały zbyt wielką ilość światła, odbitego od dna oka badanego tak, że pozostała reszta okazała się za słabą, by mogła działać na płytę fotograficzną W końcu stosuje Thorner[14]) dla usunięcia odblasków metodę geometryczną, polegającą na tem, że inny wyznacza się kierunek promieniom odbitym od rogówki, inny promieniom świetlnym, wychodzącym z dna oka. Uskutecznia się to zapomocą systemu pryzmatów, odpowiednich zasuw i podziału źrenicy oka na dwie połowy: przez jedną wchodzą promienie, służące do oświetlania i odbijające się od rogówki, przez drugą zaś połowę wydostają się promienie, pochodzące z dna oka i idące w kierunku oka badającego.

Na takiej zasadzie zrobiony stały wziernik oczny daje obrazy, pozbawione odblasków świetlnych i stanowi główną część składową przyrządu, służącego do fotografowania dna oka. Właściwy zaś przyrząd fotograficzny ma za zadanie pochwycić na płytę odwrotny obraz dna oka, oglądany przy pomocy wspomnianego wziernika metodą pośrednią. W miejsce bowiem oka badającego wstępuje przyrząd fotograficzny, a zastosowana metoda jest taką samą, jak przy zwykłem badaniu w obrazie odwrotnym.

Z rozmaitych sposobów oświetlenia okazało się najpraktyczniejszem światło magnezyowe, dawkowane odpowiednio do czasu trwania zdjęcia migawkowego.

Zastosowanie fotografii dna oka w sprawach patologicznych ma z góry już ograniczony zakres. Wykluczyć należy bowiem wszystkie te sprawy chorobowe, w których pojawiają się choćby najmniejsze zaćmienia środków łamiących. Także brak barwy dotkliwie daje się odczuwać; w zamian jednak za to podaje fotografia wiernie wzajemne położenie topograficzne poszczególnych części na dnie oka, stwierdzać może graficznie postępy niektórych spraw zapalnych, a w dziedzinie doświadczalnej dozwala na najściślejsze pomiary objętości naczyń, zwłaszcza gdy idzie o zmiany, którym naczynia ulegają pod wpływem zmienionych warunków krążenia.

Według Thornera nie można się spodziewać, przynajmniej w najbliższym czasie, znaczniejszych ulepszeń; a fotografia tak wydoskonalona, jak jest nią obecnie, nadaje się już zupełnie do praktycznego użytku.

[7]) Thorner: Ueber die Photographie des Augenhintergrundes. Inaug. Diss. 1896.

[8]) Du Bois Reymond: Ueber d. Photog. d. Augenh. Centralbl. f. pr. Augenh. Nag. Ber.

[9]) Howe: Photographs of the fundus of the living human eye. Opht. Rev. Nag. Ber.

[10]) Cohn: Ueber d. Photogr. d. Augenh. Centralb. f. pr. Aug. Nagel's Berichte.

[11]) Fick: Einige Bemerkungen über d. Augenh.-Klin. Monatsbl. f. Aug. XXIX.

[12]) Nikolajew: Photog. Aufnahme d. Augenh. Arch. f. Phys. Bd. 80.

[13]) Dimmer: Ueber die Photog. d. Augenh. 29 Vers. d. opht. Ges. Heidelberg. 1901.

[14]) Thorner: Die Theorie des Augenspiegels u. d. Photog. d. Augenh. 1903.

• • •

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 28 stycznia.

* *Otrzymujemy następujące pismo*:

»W tych dniach postawiony został ze składek pomnik ś. p. prof. Borysikiewicza, dzieło rzeźbiarza p. Macieja Strykowskiego. Pomnik stanął w Białobożnicy, miejscu urodzenia zmarłego, gdzie również w miejscowej cerkwi wmurowaną została tablica pamiątkowa. Na cel pomnika i tablicy wpłynęło 1506 k. 16 h; odsetki wyniosły 101 k. 16 h., razem 1607 k. 32 h. — Pomnik z medalionem kosztował 1439 k. 36 h.; tablica marmurowa 120 k. 33 h.; druki, portorya 65 k. 45 h, razem 1625 k. 14 h".

»Spis ofiarodawców ogłoszony został w »Przegl. lek.« w NN. 16, 17 i 48 z r. 1901 i w N. 18 z 1902 roku«.

Dr. Edw. Krzyżanowski, Radca ces.

* Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło dnia 22 stycznia posiedzenie, na którem odbyły się wybory członków zarządu Towarzystwa na r. 1904: prezesem wybrany został prof. dr. Rydygier, wiceprezesem Dr. Wechsler, sekretarzem dorocznym Dr. Herman, gospodarzem Dr. Festenburg, sekretarzem stałym Doc. Dr. Kučera, skarbnikiem Dr. Trzciniecki, bibliotekarzem Dr. Sieradzki.

* Dowiadujemy się, że Komitet gospodarczy XV-go międzynarodowego Kongresu lekarskiego, który odbędzie się r. 1906 w Lizbonie, zaprosił Prof. Dr. Wicherkiewicza do zorganizowania narodowego Komitetu polskiego. Fakt ten nasuwa nam następujące myśli: wszyscy pamiętamy dobrze to przykre zajście, jakie nam zgotował roku zeszłego w Madrycie ambasador austryacki, p. Dubsky, sprzeciwiając się autonomicznemu zaznaczeniu naszego udziału w Zjeździe na posiedzeniach powitalnem i pożegnalnem: bo ktoby nie był tu inicyatorem, jemu, jako przedstawicielowi Austryi, przypada odpowiedzialność Sprawę tę koniecznie należy obecnie wyjaśnić. Od Kongresu dzieli nas dwa lata, jest więc dosyć czasu, ażeby na przyszłość zapobiedz tego rodzaju zawodom i uregulować podstawę prawną naszego udziału w tych Kongresach. Nie wątpimy, że prezes Komitetu polskiego Prof. Dr. Wicherkiewicz, wiedziony duchem obywatelskim, uda się do Wiednia i działając w porozumieniu z Kołem polskiem, uzyska audyencyę u p. ministra spraw zagranicznych hr. Gołuchowskiego, któremu przedstawi incydent w Madrycie, poinformuje o prawach, jakich używaliśmy na Kongresach w Rzymie i Moskwie, a jednocześnie domagać się będzie rozstrzygnięcia, czy nam te prawa przysługują na przyszłość lub nie. Otwarcie powiedźmy, że jeśli rząd austryacki nam tych praw zaprzeczy, to niema o co kruszyć kopii, ani łez ronić. Nauce w każdym razie oddamy to, co jej się od nas należy i secesyi z kongresów urządzać nie będziemy; więcej warte przypomnienie się narodom pracami w sekcyach naukowych, niż z trybun powitalnych; sprawa zaś jasno postawiona oszczędzi nam przykrego a nawet upokarzającego zawodu, jakiego doznaliśmy, dzięki formalizmowi zacietrzewionego dyplomaty w Ma-

drycie. Czy kroki te należy robić wspólnie lub tylko równolegle z narodowym Komitetem czeskim, sprawę tę najlepiej rozstrzygnie sam prof. Wicherkiewicz.

* Wypadek, jaki miał miejsce przed kilku laty w Wiedniu z Dr. Müllerem, który zakaził się morem podczas badań bakteryologicznych i padł ofiarą tej choroby, powtórzył się w Kronsztadzie, gdzie na odosobnionej wyspie znajduje się zakład dla badania i wytwarzania surowic. Tym razem śmierć poniósł Polak Władysław Turczynowicz-Wyżniekiewicz, kierownik pracowni, spółpracownik ś. p. Marcelego Nenckiego. »Kuryer warszawski« otrzymał depeszę, że dwóch felczerów, którzy pomagali w pracy Turczynowiczowi-Wyżniekiewiczowi, zapadło również na mór.

* Posiedzenie ściślejszego Komitetu międzynarodowego biura dla walki z gruźlicą odbędzie się w Kopenhadze 27 i 28 maja 1904 r.

* Zjazd niemieckich chirurgów odbędzie się w Berlinie 6—9 kwietnia 1904 r.

* Dr. Janiszewski mianowany został docentem chorób nerwowych w Odessie.

* Jeden gram radium kosztuje przeszło 10.000 fr.; pomimo tej wysokiej ceny zapotrzebowanie jest wielkie i znacznie przekracza wytwórczość dotychczasową.

Mianowania i odznaczenia. Docent dentystyki dr. Körner mianowany został profesorem w Halli. Prof. nadzw. Dr. Tanzi, mian. profesorem zwycz. psychiatryi w Florencyi. Prof. nadzwycz. medycyny wewnętrznej, Dr. Devoto, mian. profesorem zwycz. w Pawii. Prof. nadzwyczajny syfilidologii w Bernie, Dr. Jadassohn, mianowany profesorem zwyczajnym.

Nekrologia. W Ząbkowicach zmarł Dr. Janiszewski, lekarz kolei wiedeńsko-warszawskiej.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 3. Brudziński: Słów kilka o nerce wędrującej u dzieci z powodu przypadku wrzekomej nerki wędrującej u chłopca. Krokiewicz: Dwa przypadki choroby Hodgkina (dok.). Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych skóry w *herpes progenitalis* (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 3. Simon: O miejscowem stosowaniu gorącego powietrza w przewlekłych cierpieniach stawów. Neugebauer: Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o hermafrodytyzmie? (c. d.).

— *Postęp okulistyczny* (grudzień, 1903). Rumszewicz: O gruźlicy spojówki. Reis: O rozpoznawaniu rożniczkowem i wzajemnym stosunku mięsaka oka do zaniku gałki ocznej. Noiszewski: Znaczenie zmętnienia ciała szklistego przy oderwaniu siatkówki.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 1. Serbeński: O naglącej potrzebie zorganizowania służby zdrowia w szkołach publicznych (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 3. Schnurpfeil: Léčeni ileu atropinem. Janský: Theorie o podstatě hysterie. Mladějovský: Diabetes.

— *La Presse médicale* N. 4. Guérin-Valmale: Porady lekarskie dla osesków. Mahé: Wybór narzędzi niezbędnych dla wyjmowania zębów.

N. 5. Gilbert i Lereboullet: Przyczynek do nauki o skazie samozakaźnej. Pochodzenie trawienne ostrego gośćca stawowego. Dupaigne: Przyrząd dla wstrzykiwań podskórnych, wyzyskujący siłę elastyczności kauczuku.

— *Berliner klin. Wochenschrift* N. 3. Borchardt: Rana postrzałowa trzustki i ostre krwotoczne jej zapalenie. Figari: Doświadczalne poszukiwania nad wewnętrznem podawaniem gruźliczej antytoksyny. Falkenstein: Istota dny i jej leczenie. Brasch: Rozrost nieprawidłowy i postępowy mięśni u matki i dziecka. Erb: Kiła a wiąd (c. d.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 3. Landsteiner i Jagić: O analogii działania koloidalnego kw. krzemowego z reakcyą ciał uodporniających i substancyi pokrewnych. Weinberger: O zakrzepie żyły głównej dolnej w przebiegu ciężkiej blednicy, zakończony wyleczeniem i o wyniku badania krwi w blednicy. Statzer: Tętniak urazowy tętnicy podkolanowej w następstwie kostniaka kości udowej. Spieler: O ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego i o zapaleniu okątniczem u dzieci (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 3. Hofmeier: O złych następstwach głębokich nacięć szyjki macicy w porodzie. Müller: Spostrzeżenia nad plamkami Koplika, diazoreakcya i gorączka w odrze. Hildebrandt: O komórkach eozynofilnych w plwocinie. Baldassari i Gardini: Nowotworzenie się kości po wycięciu kawałka żeber. Sterling: Znaczenie prognostyczne stale przyśpieszonego tętna w przebiegu gruźlicy płuc. Richartz: Przypadek obfitego wydzielania kiszek przyrody nerwowej. Oberndörfer: Przypadek guza gruźliczego w rdzeniu. Heil: Przyczynek do owaryotomii podczas ciąży, jako ciąg dalszy statystyki Orgler-Gräfego. Bayerthal: Operacyjne leczenie kiły mózgu. Vogel: Wytrzewienie i spondylotomia z następowym obrotem i perforacyą w przypadku niezupełnego pęknięcia macicy.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 4. Loevy: Wpływ na ludzi klimatu górskiego i morskiego. Gaupp: Rokowanie w porażeniu postępującem. Schultze: Uwagi nad paranoją (dok.). Niedner: Przypadek posocznicy gronkowcowej. Busse: O wrodzonych torbielach nerek. Axenfeld: Zapalenia oczów u noworodków, a gonokok.

Redakcya otrzymała. T. Zakrzewski: Badania nad wytrzymałością błony bębenkowej.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 3 (od 17/1 do 23/1) **urodziło** się dzieci: żywo: chł. 29, dz. 37; nieżywo: chł. 3, dz. . — **Zmarło:** miejscowych: męż. 29, kob. 27; zamiejscowych: męż. 8, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 5, obcych —. 2) gruźlica: miej. 13, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 9, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. 3. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —. ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —. ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 7, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 3. ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 12, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob —. **Razem** miej. 56, obcych 16.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 3 lutego, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szujnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Raczyński przedstawi rzecz: „O etyologii czerwonki epidemicznej z uwzględnieniem dwóch epidemii, panujących w Galicyi w r. 1903".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIII. Kraków 6 Lutego 1904. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego R. Dw. Prof. Dr. H. Jordana.

Dziewięć różnych przypadków krwisteku przewodu rodnego, ze szczególnem uwzględnieniem rozpoznania i leczenia.

Skreślił

Dr. Bruno Wojciechowski,
asystent kliniki.

Nagromadzenie się krwi miesiączkowej w rozmaitych odcinkach dróg narządów rodnych należy do cierpień rzadkich, których rozpoznanie mimo to nie przedstawia najczęściej większych trudności, gdyż wynika już prawie z samych wywiadów. Dodać jednak należy, że obok tych przeciętnych przypadków istnieją jeszcze inne, co prawda nadzwyczaj rzadkie, gdzie wywiady nie przybywają lekarzowi w pomoc i gdzie wpadnięcie na właściwe rozpoznanie wymaga badania bardzo dokładnego, obok teoretycznej znajomości całej sprawy. Nadto kierunek postępowania leczniczego w jednych przypadkach jest zupełnie jasny, w innych wymaga, zwłaszcza gdy niekiedy życie pacyentki wisi na włosku, gruntownej rozwagi i namysłu, by obrać drogę jak najwłaściwszą w trudnym i ciężkim przypadku.

Przydarzające się trudności rozpoznawcze, oraz nieustalone w niektórych punktach pojęcia co do postępowania leczniczego, dodają mi zachęty, by podzielić się z czytelnikami wiadomością o 9 przypadkach krwisteku macicznego, spostrzeganych w naszej klinice w ostatnich pięciu latach, zapoznać ich z zasadami, jakiemiśmy się w tych przypadkach kierowali i poruszyć przytem kilka szczegółów, odnoszących się do rozpoznania i leczenia tych zboczeń.

Przypadki nasze podzielić należy na 4 odrębne grupy. Historye chorób podaję zatem nie w porządku chronologicznym, lecz według owych grup, a nie chcąc nadużywać cierpliwości czytelnika, ograniczam się do najważniejszych i niezbędnych szczegółów.

Grupa A.

Trzy przypadki krwisteku z powodu atresia hymenalis.

I. *W. G.* l. 17, przyjęta 31/III 1898 r. Nie miesiączkuje jeszcze. Przed 7 miesiącami w ciągu 2 dni doznawała silnych, ciągłych bolów dołem brzucha, w pachwinach i krzyżach, poczem czuła się zupełnie zdrową. Dopiero przed 4 dniami powtórzyły się te same bole z wielkiem nasileniem i trwają dotąd. Od 4 dni doznaje utrudnienia w oddawaniu moczu, który wczoraj musiano sztucznie odprowadzić.

Badanie wykazuje w jamie brzusznej guz, umieszczony w linii środkowej, wychodzący z miednicy małej, jajowaty, gładki, elastyczny, bolesny, sięgający dnem do pępka, mogący odpowiadać jednostajnie powiększonej macicy; po bokach zaś w okolicy rogów domniemanej macicy 2 guzy, symetrycznie umieszczone, wielkości jaja kurzego, bolesne, pozostające w związku z guzem głównym. Wargi sromne rozchylone przez silnie wypuklającą się, nieprzedziurawioną błonę dziewiczą, przez którą miejscami prześwieca sina krew. Badanie przez odbytnicę stwierdza, że ściana przednia wypuklona przez nizko schodzący guz elastyczny, dający się oddzielić na boki od ściany miednicy; górnej granicy guza dosięgnąć nie można.

Rozpoznanie: *atresia hymenalis, haematocolpos et haematometra et probabiliter haematosalpinx ambilateralis.*

31/III wykonano podłużne nacięcie błony dziewiczej na 4 ctm. Wylała się duża ilość treści gęstej, czekoladowatej. Założono gazę jodoformową i watę w krok. Bole po $^{1}/_{2}$ godzinie ustały. Następnego dnia 38·0 C.; z tego powodu powiększono zwężony otwór rozszerzadłami Hegara do grubości palca, przyczem się wylały 3 łyżki jakby ropiastej treści. Część pochwowa na $^{1}/_{3}$ falangi, rozpulchniona, leży ku tyłowi i stronie lewej; szyja przepuszcza $^{1}/_{2}$ falangi; sklepienie prawe szerokie, płaskie, po tejże stronie guz, wielkości orzecha włoskiego, niebolesny, przylegający do macicy. Po przestrzykaniu pochwy ciepłym krezolem włożono do niej seton z gazy jodoformowej. Od 6 do 14/IV odchody ropiaste, miernie obfite; bole w pachwinach i stan gorączkowy (najwyższy 39·4). Stosowano lód, leki odurzające, sercowe i przeciwgorączkowe. 15/IV stwierdzono duży wysięk po stronie prawej, sięgający 3 palce ponad grzebień kości biodrowej. Od 15 do 24/IV stan podgorączkowy. Zalecono spokój i środki chłonące. D. 24/IV przecięto błonę dziewiczą na krzyż z powodu ponownego zmniejszenia się otworu i obszyto brzegi nacięcia katgutem. Od tej pory ciepłota prawidłowa, wysięk szybko się zmniejsza; 8/V badanie wykazało część pochwową na $^{1}/_{2}$ falangi przesuniętą ku stronie lewej, ujście zewnętrzne ku tyłowi, niedrożne dla palca, trzon niewielki, o granicach cokolwiek od strony prawej zatartych, zwrócony ku przodowi, przesunięty w całości ku stronie lewej; w sklepieniu tylnem i tylnym odcinku prawego resztki niebolesnego wysięku. Chora opuszcza klinikę. Polecono środki wsysające.

II. *M. Z.* l. 16, przyjęta 23/X, 1898. Jeszcze nie miesiączkuje. Przed trzema miesiącami wystąpiły silne bole w krzyżach i dołem brzucha, trwające przez 3 dni, wzmagające się coraz bardziej, a równocześnie zauważyła chora jakiś guz nad spojeniem łonowem. Drugi raz powtórzyły się bole o tym samym charakterze po upływie 3 tygodni, trzeci raz jeszcze silniejsze w miesiąc po drugim napadzie, a na 2 tygodnie przed przybyciem do kliniki. Wśród tego guz nad spojeniem łonowem stopniowo się zwiększał.

Badanie wykazało guz w jamie brzusznej, wychodzący z miednicy małej, jajowaty, sięgający szczytem do pępka, gładki, elastyczny i przy łagodnem dotykaniu niebolesny. Głębszego obmacania z umysłu zaniechano. Obwód brzucha przez pępek 73 ctm., odległość od spojenia łonowego do pępka 17 ctm. Błona dziewicza wypuklona, nieprzedziurawiona, napięta przez płyn. Przez odbytnicę stwierdza się ogromne rozszerzenie pochwy płynem, a powyżej dolny odcinek powiększonej, miękkiej macicy. Przydatków przy ostrożnem badaniu nie wyśledzono.

Rozp. *Hymen imperforatus, haematocolpos et haematometra.*

25/X nacięto pionowo błonę dziewiczą na mniej więcej 2 ctm. Odpłynęła obficie gęsta ciecz czekoladowata ze smugami śluzu białawego. W krok dano gazę i watę. Odchody z dnia na dzień skąpsze, ciepłota prawidłowa. D. 28/X zewnętrznie już macicy wybadać nie można; 31/X odchody ustały; 3/XI brzuch płaski, niebolesny, przez

otworek w błonie dziewiczej przechodzi łatwo najgrubszy cewnik. Chora opuszcza klinikę.

III. *B. N.* l. 16, przyjęta 28/XII 1901 r. Do tej pory nie miesiączkuje i nie doznawała do niedawna żadnych dolegliwości. Przed 2 tygodniami zatrzymał się mocz, który potem oddawała tylko kroplami wśród parcia i bolu; przed tygodniem odprowadził mocz lekarz; odtąd zaś codziennie czyni to położna. Od tygodnia ma chora zaczerwienione oczy. Lekarz namawiał odrazu na operacyę

Badanie wykazuje: Rozległe wynaczynionki na spojówkach gałkowych. W podbrzuszu guz jajowaty, miękki, elastyczny, wychodzący z miednicy małej, sięgający do połowy odległości pomiędzy spojeniem a pępkiem, przechylony cokolwiek ku stronie lewej. Nie można stwierdzić zmiany w zbitości guza ani też wyszukać więzadeł okrągłych. Błona dziewicza na pierwszy rzut oka zupełnie zamknięta, silnie wypuklona. Przy dalszem badaniu wykrywa się w błonie dziewiczej od tyłu i strony prawej otworek włosowaty, przez który odpływa powoli kropelkami czekoladowaty płyn. (Otwór ten powstał w dniu przybycia do kliniki, w czasie podróży lub też wchodzenia na stołek ginekologiczny, — gdyż przedtem chora krwi nie zauważyła). Przy badaniu przez odbytnicę stwierdza się ponad silnie rozszerzoną i napiętą pochwą twardszy wał poprzeczny, odpowiadający szyi macicznej rozszerzonej, a powyżej w bezpośrednim związku guz miękki, opisany przy badaniu zewnętrznem. Przydatków wybadać nie można. Mocz mętny, zawiera sporo białka.

Rozp. *Atresia hymenalis, haematocolpos et haematometra, perforatio hymenis spontanea.*

Leczenie polegało na wycięciu w błonie dziewiczej otworu wielkości fasoli i obrąbieniu brzegów. Guz maciczny szybko się zmniejszył, a po upływie 4 dni już nie był od zewnątrz wybadalnym. Stan podgorączkowy w przebiegu pooperacyjnym odnieść musiano do nieżytu pęcherza. Otwór w błonie dziewiczej pozostał dość obszerny. D. 13/I 1902 chora opuściła klinikę. Polecono urotropinę i odpowiednią dyetę.

Grupa B.

Dwa przypadki krwisteku z powodu atresia vaginalis.

IV. *W. P.* l. 17, mężatka, przyjęta 17/XI 1902. Według niejasnego opowiadania matki przebyła w dzieciństwie jakąś ciężką i dłuższą chorobę gorączkową. Miesiączki dotąd nie miała. Przed 5 tygodniami wyszła zamąż. Od 6 tygodni dopiero miewa chora ciągłe boleści w podbrzuszu, wzmagające się od czasu do czasu. Bolów okresowych poprzednio nie doznawała wcale. Oddawanie stolca w ostatnich czasach bolesne.

Badanie wykazuje kobietę średniego wzrostu, jak na jej wiek dobrze zbudowaną; sutki dość dobrze rozwinięte. Brzuch wypuklony najwięcej poniżej pępka po stronie prawej. Owłosienie wzgórka łonowego skąpe. Wypuklenie brzucha pochodzi od guza w podbrzuszu, umieszczonego po stronie prawej, przekraczającego na lewo tylko na 2 palce linię środkową, sięgającego ku górze do wysokości pępka, ku stronie prawej prawie do kolca talerza biodrowego, ku dołowi do 2 palców nad górny brzeg spojenia łonowego. Guz ten, wielkości dużej pięści ma kształt jajowaty, długa oś jego poprzecznie ułożona, — powierzchnia gładka, zbitość elastyczna, daje się na przestrzeni kilku ctm. przesunąć na boki, w mniejszym stopniu ku górze i dołowi i jest tkliwy i daje przy wypuku odgłos stłumiony. Wargi sromowe większe słabo rozwinięte, mniejsze prawidłowe. Błona dziewicza zachowana. Pęcherz moczowy wyciągnięty tak silnie ku górze, że dna jego dosięgnąć nie można zwykłym cewnikiem kobiecym. Z powodu zamknięcia światła pochwy na tej wysokości palec wchodzi do niej tylko na długość paznokcia i wyczuwa w kierunku domniemanego dalszego przebiegu pochwy opór bolesny, elastyczny. Przez odbytnicę stwierdza się zaraz po wejściu do ampuły kiełbasowaty, elastyczny opór, szerokości dwóch palców, wypuklający przednią ścianę odbytnicy i rozszerzający się lejkowato ku górze, przyczem przechyla się cokolwiek ku stronie prawej. Badanie zestawione od strony odbytnicy i przez powłoki brzuszne poucza o niewątpliwym bezpośrednim związku pomiędzy wyczutym przez odbytnicę guzem, a opisanym przy badaniu zewnętrznem, a to przedewszystkiem na podstawie bardzo wyraźnego, wzajemnie się udzielającego uczucia chełbotania. Oba guzy, razem wzięte, zdają się mieć kształt zbliżony do retorty, zwróconej szyją ku dołowi, a brzuchem ku przodowi, gdyż guz pochwowy podchodzi pod dolną i tylną powierzchnię guza, leżącego w jamie brzusznej. Poprzecznie owalny kształt guza w jamie brzusznej kazał myśleć raczej o pochodzeniu jego trąbkowem; skoro atoli przy powtórnem badaniu stwierdzono niewątpliwie zmianę w zbitości guza i zdołano wyszukać postronki, mogące odpowiadać więzadłom okrągłym, pochodzenie guza stało się jasnem. Dodać należy, że ponadto stwierdzono przy lewym brzegu guza głównego, w głębi jamy brzusznej i więcej ku tyłowi opór, nie dający się dość ściśle ograniczyć i określić. (*Fig. 1*). Rozpoznanie

Fig. 1.



c = haematocolpos, *m* = haematometra, *s* = haematosalpinx (?)

brzmiało: *haematocolpos et haematmaetra ex atresia vaginali et probabiliter haematosalpinx sin.* Czy zamknięcie pochwy nastąpiło wskutek owrzodzeń przebytych w czasie wspomnianej choroby gorączkowej, czy też było czystą wadą rozwojową, trudno rozstrzygnąć.

Dnia 19/XI 1902 przecięto przegrodę pochwową z zachowaniem przepisów aseptyki i wśród kontroli palcem od strony odbytnicy i cewnikiem od strony pęcherza moczowego. Ściana ta okazywała znaczną grubość Płyn charakterystycznie czekoladowaty zaczął obficie odpływać wśród wyraźnie bolesnego kurczenia się macicy.

W przebiegu pooperacyjnym chora leżała spokojnie; miejscowo opłókiwano kilka razy dziennie srom solweolem i kładzono w krok suchą gazę jodoformową, a na nią watę. D. 23/XI 1902 guz zmniejszył się o tyle, że stał się od zewnątrz niebadalnym. Kiedy d. 29/XI odchody znikły zupełnie, zbadano chorą i stwierdzono silne zwężenie otworu operacyjnego, który zaraz rozszerzono należycie pręcikami Hegara, a częściowo przez nowe nacięcie. Chora zachowuje się niespokojnie i napina zbyt silnie powłoki, to też dokładniejszego badania dokonano dopiero d. 2/XII 1902 w uśpieniu chloroformowem. Po jeszcze dokładniejszem rozszerzeniu blizny przez nacięcia drobne przekonano się o mylnem do pewnego stopnia zapatrywaniu się na przypadek. Obraz przedstawił się tak, jak to uwidocznia szematyczna rycina (*Fig. 2*). Wprowadzając palec do pochwy, spotyka się poza błoną

Fig. 2.



co = corpus uteri, *ce* = cervix, *v* = vagina.

dziewiczą krótki zaułek i zaraz dalej nieznaczne zwężenie bliznowate obrączkowate pochwy (świeżo rozszerzone), a ponad niem górną część długiej i szerokiej pochwy. Część pochwowa jeszcze nieukształtowana; warga przednia zaznaczona jako grubszy wałek, tylna zaś jako cieniutka bardzo listewka. Ujście szerokie, poprzecznie owalne, przepuszcza z zupełną łatwością palec, który trafia do jamy obszernej, wielkości mandarynki, umieszczonej przeważnie na prawo od linii środkowej, posiadającej ściany nierówne, złożone z tkanki zbitej, mało podatnej. Badanie zestawione poucza, że jamę tę tworzy silnie bardzo rozszerzona szyja maciczna, posiadająca ściany stosunkowo grube i mało podatne i przemieszczona wskutek zrostów przymacicznych od strony prawej ku tejże stronie. Szyją zaś samą jest owa przestrzeń

dlatego, że prowadzi z niej ku górze i stronie lewej otwór z trudnością tylko drożny dla palca do jamy drugiej, odpowiadającej niechybnie wszystkiemi swemi własnościami jamie trzonu macicy, przechylonego dnem ku stronie lewej. Jestto owe ciało, pierwotnie niedokładnie tylko poza guzem wybadać się dające, uważane niesłusznie za rozszerzoną przez krew trąbkę. Tak więc rozpoznanie ostateczne w tym przypadku brzmi: *atresia vaginalis, haematocolpos, haematometra praecipue cervicalis, parametritis chronica dextra.*

D. 9/XII 1902 chora opuściła klinikę w stanie zupełnie zadowalniającym. Jama szyi bardzo powoli się zmniejsza.

V. *E. S.*, l. 36, mężatka, przyjęta do kliniki 29/VI 1903 r. Do chwili zastąpienia miesiączka była prawidłowa. Rodziła raz na czasie przed 7 miesiącami siłami przyrody. Poród trwał 4 doby, płód urodził się naprzód główką, nieżywy. Pomagała tylko położna, która miała naderwać międzykrocze (?). Chora leżała w połogu 7 tygodni; z początku przez kilka dni gorączkowała. Od porodu nie ma miesiączki. Przed 3 i 2 miesiącami miewała bole dołem i w krzyżach, kilka dni trwające, od miesiąca zaś prawie ciągle przypominają się takież bole. Z tego powodu chora poddała się przed 2 tygodniami poza kliniką jakiemuś zabiegowi operacyjnemu, który atoli pozostał bez efektu.

Wzrost mały, nieznaczne znamiona krzywicy na klatce piersiowej i kończynach dolnych. Na zasiniałym przedsionku od strony prawej promienista blizna. Blizna na międzykroczu. Wejście do pochwy wązkie. Wprowadziwszy palec na falangę, napotyka się całkowite bliznowate zamknięcie światła pochwy. Na prawej ścianie pozostałego zaułka pochwowego znajduje się bliznowate zgrubienie. Badanie zestawione od pochwy nie daje żadnego wyniku. Od odbytnicy wyczuwa się wyraźnie grubą i szeroką bliznę w połowie długości pochwy, ponad nią, cokolwiek więcej na lewo, jakby pozostały nieznacznie rozszerzony górny odcinek pochwy, tuż przed częścią pochwową; trzon macicy przechylony ku stronie prawej, bardzo nieznacznie powiększony, dość dobrze ruchomy; w *parametrium* prawem stara blizna. Badanie cewnikiem również wykazuje ponad grubą blizną w pochwie zaułek pęcherza moczowego i jakby pozostałość rozszerzonej pochwy. Najcieńszym zgłębnikiem chirurgicznym nie można odszukać przewodu pochwy.

Rozp. *Haematometra et-colpos minoris gradus ex atresia cicatricosa vaginali post partum acquisita.*

D 2/VII 1903 nacięto w uśpieniu chloroformowem bliznę w pochwie w kierunku poprzecznym i pod kontrolą palca ręki lewej w odbytnicy i cewnika w pęcherzu posuwano się powoli ku części pochwowej, częściowo na tępo, przeważnie jednak przy pomocy krótkich cięć nożyczkami. Z obawy otworzenia zaułka pęcherza, wybadanego ponad blizną, niemniej i dlatego, że kontrola palcem od odbytnicy była ścisłą i łatwą, trzymano się ciągle bliżej odbytnicy, niż pęcherza, co sprawiło, że zabłąkano się cokolwiek tak, że dotarto do fałdu otrzewnowego w zatoce Douglasa, poza część pochwową. Cofnąwszy się cokolwiek, otworzono sklepienie tylne i ściągnięto część pochwową kulociągiem, przyczem wylała się nieznaczna ilość płynu czekoladowatego, charakterystycznego dla krwisteku macicy. Badanie wykazało teraz, że pozostały ponad szeroką blizną zaułek pochwy nie mierzy więcej jak $1^1/_2$ ctm, że składa się nań sklepienie przodkowe, tylne i lewe, podczas gdy prawe zarośnięte. Brzegi błon śluzowych zeszyto ponad blizną dokoła szeregiem cienkich szwów węzełkowych jedwabnych.

Po operacyi stan bezgorączkowy, odchody krwawe skąpe do 5 dnia, 7-go dnia wyjęto szwy. Powstała pochwa, długości $1^1/_2$—2 falang, silnie w górze zwężona. Ujście wewnętrzne drożne.

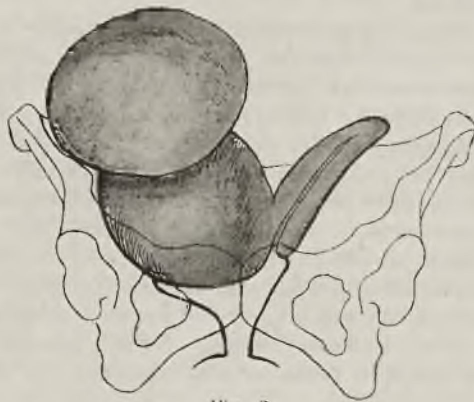
Grupa C.

Trzy przypadki krwisteku przy zdwojeniu przewodu rodnego.

VI. [1]) *A. W.* l. 18, przyjęta 7/XI 1900 r. Pierwsza regularność wystąpiła w czerwcu 1900, była skąpa, trwała jeden dzień z bolami w krzyżach Druga, a zarazem ostatnia, miała miejsce przed 6 tygodniami, przez 2 dni, i była bolesna. Od czerwca b. r. w okresach miesięcznych występują bole w krzyżach, trwające dzień jeden. Od ostatniej miesiączki bole występują prawie codziennie z krótkiemi przerwami.

[1]) Omówiony na posiedzeniu Tow. lek. krak. w czerwcu 1901 r.

Dziewczyna silnie rozwinięta. Podbrzusze wypuklone więcej po stronie prawej. (*Fig. 3*). W jamie brzusznej guz ponad pachwiną prawą


Fig. 3.

wielkości dużej pięści, sięgający ku górze na 2 palce poniżej pępka, na wewnątrz do linii środkowej, na zewnątrz do kolca przedniego górnego talerza biodrowego po stronie prawej, gładki, elastyczny tkliwy, ku górze i dołowi cokolwiek ruchomy. W podbrzuszu lewem wybadać można ciało na boki ruchome, kształtu rożkowatego, grubości palucha, odchodzące od wyżej opisanego guza na wysokości 2 palców ponad spojeniem łonowem, dążące stąd skośnie ku górze i stronie lewej, kończące się stożkowato 3 palce na wewnątrz od kolca przedniego górnego talerza biodrowego lewego, znacznie większej zbitości, niż guz w podbrzuszu prawem. Granica zetknięcia się obu guzów zaznacza się płytkim rowkiem, gubiącym się ku dołowi, jakoteż różnicą zbitości.

Części rodne zewnętrzne prawidłowe. Pochwa krótka, wązka. Sklepienie przednie i tylne szczelinowate, wyższe po stronie lewej, niż po prawej. Sklepienie lewe wysoko ustawione, szczelinowate, wąziutkie. Sklepienie prawe półkulisto ku dołowi wypuklone, nizkie, oporne, elastyczne, niebolesne. Część pochwowa zupełnie zanikła. Ujście zewnętrzne przemieszczone daleko ku górze, stronie lewej i przodowi, ma kształt małego półksiężyca, zwróconego wypukłością ku stronie lewej, rogami ku przodowi i tyłowi (*Fig. 4*). Brzegi ujścia gładkie. Badanie zestawione wykazuje guz wielkości 2 pięści, złożony jakby z dwóch kul dużych, umieszczonych ponad sobą i połączonych ze sobą na szerokiej przestrzeni. Dolna połowa guza wypycha sklepienie prawe, górna okolicę nadpachwinową prawą. Połączenie pomiędzy guzem, a opisanym rogiem od strony lewej zaznacza się rowkiem na wysokości 2 palców nad spojeniem łonowem, ku dołowi staje się zupełnie ścisłe tak, że dążąc do ujścia zewnętrznego ku stronie prawej nie można znaleźć odgraniczenia.


Fig. 4.

Obie części guza po stronie prawej są jednakowo gładkie i elastyczne, a przy ucisku od zewnątrz i od sklepienia prawego wywołać można wyraźne uczucie chełbotania. Dolny odcinek guza posiada mniejszą znacznie ruchomość, niż górny. Więzadeł okrągłych ani zmiany zbitości wykryć nie można. Badanie przez odbytnicę wykazuje silne wypuklenie górnej przedniej części ściany odbytnicy przez duży guz elastyczny, zresztą nie daje nowych szczegółów.

Rozpoznanie: ***uterus bicornis, atresia congenita ostii externi cornus dextri, haematometra et haematosalpinx dextra.***

W czasie pobytu w klinice przed operacyą ulegała chora bardzo silnym bolom w krzyżach, trwającym po kilka godzin dziennie, zresztą był stan dobry.

24/XI 1900. W uśpieniu chloroformowem wykonano nakłucie przez sklepienie prawe i wydobyto płyn czekoladowaty, gęsty, potem nacięto pod kontrolą palca (wziernikiem ujścia odsłonić nie można), zapomocą wprowadzonego do ujścia nożyka sierpowatego, służącego do odświeżania brzegów przetok moczowych, dolną część przegrody pomiędzy lewym, a prawym rogiem i przedłużono cięcie ku sklepieniu prawemu na blizko $2^1/_2$ ctm. Wypłynęła obfi-cie treść jednostajnie czekoladowata. Palec wchodzi łatwo do rogu prawego, wyczuwa przegrodę pomiędzy rogami i światło rogu lewego.

Do rogu prawego wprowadzono sączek (dren) grubości palca i umocowano go przylepcami. W krok dano suchą gazę i watę.

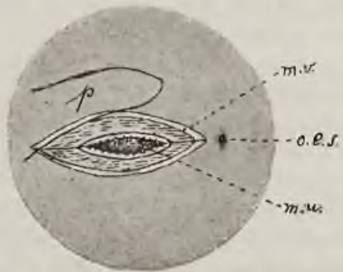
Badanie bakteryologiczne treści uzyskanej przez nakłucie wykazało, że jest jałową.

W przebiegu pooperacyjnym polecono zupełny spokój. 2-go dnia usunięto sączek, ponieważ gęsty płyn więcej odpływał obok niego. Ciepłota zawsze była prawidłową, podrażnienia otrzewnej niebyło śladu najmniejszego. Odchody z początku obfite, czekoladowate, później coraz skąpsze, od 4-go dnia czerwone; dnia 5-go podano lek przeczyszczający. 10-go dnia guz trąbkowy ledwo badalny. Badanie 14 dnia wykazało zaledwie plamki różowe. Część pochwowa lekko zaznaczona, mniej przesunięta, niż dawniej, ku stronie lewej. Ujście zewnętrzne przedstawia drobną szczelinę, przepuszczającą zaledwie zgłębnik maciczny, w miejscu nacięcia w kierunku ku sklepieniu prawem — blizna. Róg lewy przesunął się więcej ku stronie prawej i cofnął się zarazem w głąb. Róg prawy wielkości i kształtu cytryny; guz trąbkowy przylega od strony prawej w postaci orzecha włoskiego (*Fig. 5*). Postanowiono rozszerzenie ujścia w sposób, jaki się okaże najwłaściwszym w czasie zabiegu. 11/XII 1900 r. wykonano w uśpieniu chloroformowem operacyę plastyczną z wargi przedniej (Fig. 6). Ściągnąwszy we wzierniku część pochwową, przecięto od ujścia aż do sklepienia prawego świeżo zrośniętą bliznę, a wprowadziwszy palec do szyi znaleziono stan taki, jak przy poronieniu szyjkowem · szyja rozszerzona, zupełnie swobodnie przepuszcza palec, trzon zaś więcej skurczony, tak, że przez ujście wewnętrzne, silnie zaznaczone, palec się nie przedostaje. Odpłynęło przytem cokolwiek treści śluzowo-krwawej, niecuchnącej.



Fig. 5.

Fig. 6.



o. e. s. = ostium ext. sin., *m. v.* = mucosa vaginae, *m. u.* = mucosa uteri, *p.* = płatek z wargi przedniej.

Ściany szyi skurczyły się do tej chwili o tyle, że grubość warstwy mięsnej, dzielącej obie błony śluzowe (szyi i pochwy), wynosiła 1 ctm. Grubość i jędrność ściany utrudniały w wysokim stopniu zespojenie błon śluzowych. Wycięto więc z miąższu macicznego na dolnym brzegu rany pasmo klinowate, przez dwa cięcia poprowadzone skośnie wgłąb i wzdłuż brzegu błon śluzowych. Teraz można było błony śluzowe zapomocą 4 szwów cienkich jedwabnych ze sobą zespoić. Obawiając się jednak, że szwy z powodu napięcia tkanek przetną je i pamiętając nadto, że zarośnięcie otworu takiego rozpoczyna się zawsze od kącika rany, gdzie właśnie bezpośrednie zespojenie błon śluzowych nie byłoby się udało, postanowiono na wzór płatka Rosera przy stulejce, lub operacyi m. Rosner-Mars przy zwężeniu ujścia zewnętrznego, wykonać plastykę, polegającą na wszczepieniu grubego i dość długiego płatka, utworzonego z wargi przedniej, w zewnętrzny kącik rany. Jeden szew, wkłuty od błony śluzowej szyi, zachwytujący warstwę mięsną wzdłuż całego płatka i wykłuty w błonie śluzowej, pokrywającej płatek blizko jego końca, wystarczył do wgłębienia i ustalenia go, — przez co obie błony śluzowe zetknęły się bezpośrednio. (Zdaje mi się, że ten sposób zasługuje jako pewny i prosty na zastosowanie w innym podobnym przypadku).

Od d. 18/XII odchodów brak. D. 22/XII wyjęto szwy po plastyce, lecz nie badano dokładniej, aby nie psuć efektu operacyjnego. Dnia 23/XII chora opuszcza klinikę w stanie dobrym.

3/I 1900 chora zgłosiła się stosownie do polecenia. W domu czuła się zdrową. Część pochwowa przesunięta więcej ku środkowi. Palcem i okiem stwierdza się 2 ujścia, prawe szersze, swobodnie drożne. Zgłębnikiem trafia się osobno do jednego, osobno do drugiego rogu i wyczuwa się przegrodę. Róg prawy stał się smuklejszy, a guz trąbkowy nie większy od orzecha laskowego. Od 12 do 17/I 1901 chora odbyła w klinice dość obfitą i niebolesną miesiączkę, wśród czego stwierdzono wypływ krwi z obu ujść zewnętrznych.

D. 18/I opuściła klinikę.

VII. *L. G.* l. 26, izraelitka, rozwódka, przyjęta do kliniki 25/VI 1901. Pierwsza miesiączka wystąpiła w 13 roku życia; do lat 16 miewała ją co 2—3 miesięcy, miernie obfitą, niebolesną, krew była płynną. Od 16 roku życia miesiączka występowała w okresach miesięcznych, stała się obfitszą, trwającą 8—10 dni z bolami W tymże roku zdarzyło się (niewiadomo, czy w czasie miesiączkowania), że pewnego dnia bez wyraźnej przyczyny odpłynęło dołem dużo (około 2 litrów?) krwi odmiennie wyglądającej, barwy ciemno-czekoladowej, gęstej. Od tego czasu pokazywały się u chorej w przerwach między miesiączkami plamy czekoladowate, obfitsze lub skąpsze, a od 2 lat chora ma nieustający wypływ wyżej opisanej treści gęstej. Przed 8 laty wyszła za mąż, lecz po 2 miesiącach mąż rozwiódł się, nie mogąc w myśl przepisów rytualnych zbliżać się w czasie krwawienia, które prawie że nie ustawało. Chora nie rodziła i nie roniła. Leczyła się środkami wewnętrznymi.

Badanie wykazuje silny rozwój ogólny. Przy głębokiem obmacywaniu brzucha wyczuwa się niewyraźny, tkliwy opór nad pachwiną lewą. Części rodne zewnętrzne bez zmian. Błona dziewicza utrzymana, bardzo podatna. Pochwa wązka, długa i przechylona w całości silnie ku stronie prawej przez opór miękko elastyczny, obszerny, uciskający całą ścianę lewą pochwy i schodzący bardzo nizko, na blisko 1 ctm. ponad błoną dziewiczą (*Fig. 7*). Sklepienia przednie, tylne i prawe wązkie, płytkie i nieoporne. Sklepienia lewego brak z powodu ucisku ze strony wspomnianego opornego obrzęku. Część pochwowa przesunięta ku stronie prawej na $^1/_3$ falangi; ujście w postaci szczelinki biegnącej skośnie od przodu i strony lewej ku tyłowi i stronie prawej. Opór miękki od lewej strony pochwy jest niebolesny, nie daje wyraźnego uczucia chełbotania i biegnie gdzieś wyżej obok lewego brzegu części nadpochwowej. Badając sposobem zestawionym, stwierdza się macicę kształtu prawidłowego i zwykłej wielkości, w całości przemieszczoną i przechyloną ku stronie prawej i skręconą lekko rogiem lewym ku przodowi. Cały brzeg prawy i kopułowate dno, jakoteż $^1/_3$ część brzegu lewego od góry posiadają wyraźne granice, podczas gdy granica lewa poniżej gubi się z powodu guza miękkiego, stanowiącego dalszy ciąg oporu, wypychającego pochwę od strony lewej i przylegającego zupełnie ściśle w tem miejscu do macicy. Z powodu miękkiej zbitości granice guza niezbyt wyraźna, szczególnie od góry. Pomiędzy granicą górną, a macicą stwierdza się wrąb, poniżej zaś nie można wybadać żadnego rowka odgraniczającego. Całość guza przedstawia się w postaci wysokiego wałka, którego przekrój poziomy zbliżony byłby wielkością do rozmiarów zwykłego zegarka kieszonkowego. Więzadeł okrągłych, zmiany zbitości, ani przydatków nie wybadano. Stwierdzono we wzierniku brak przetoki ku pochwie, natomiast ujście powalane brudno-czekoladową wydzieliną, pokrywającą palec w czasie badania. Zgłębnika nie zdołano wprowadzić poza ujście wewnętrzne. Badanie przez odbytnicę wykazuje lekkie wypuklenie przedniej ściany odbytnicy.

Fig. 7.



Rozpoznanie: ***haemelytrometra lateralis sinistra, fistula in cornu dextrum penetrans.***

D. 1/VII 1901. Badanie w uśpieniu chloroformowem nie przysporzyło nowych szczegółów. Nakłucie próbne wykazało treść czekola

dowatą, gęstą, a, jak badanie bakteryologiczne wykazało, jałową. Nacięto od pochwy ścianę guza pionowo od najniższego punktu aż do części pochwowej, wycięto nadto w dole płatek z przegrody do zbadania mikroskopowego i obrąbiono dokoła krwawiące brzegi nacięcia katgutem. Wylewa się obficie treść czekoladowata. Palcem, wprowadzonym do wnętrza guza, można wybadać kopułowato kończące się dno guza, zagłębienie drobne ku górze i stronie lewej (jakby ujście trąbki?), szczelinkę pionową w okolicy szyi macicy prawej (w miejscu przetoki?) i na 2 ctm. poniżej ujścia zewnętrznego macicy prawej poprzecznie w postaci ³/₄ pierścienia przebiegającą nizką listewkę na ścianie wewnętrznej guza (ujście zewnętrzne?). Pragnąc, by jak najmniej się stykać z treścią krwisteku, nie starano się o wykrycie miejsca przetoki, istniejącej niewątpliwie w tym przypadku.

Założono gazę i watę w krok i polecono spokój.

Badanie mikroskopowe wyciętego kawałka przegrody wykazało prawidłowy wielowarstwowy przybłonek od strony pochwy, a błonę śluzową pochwy w ogóle prawidłową; od strony guza miejscami wielowarstwowy przybłonek płaski, miejscami tylko jednowarstwowy, — pomiędzy błonami śluzowemi warstwę mięśni gładkich, — a w tkance łącznej podśluzowej od strony guza parę przekrojów gruczołów, wyścielonych jednowarstwowym przybłonkiem waleczkowatym. (Nie mogąc przypuścić, aby obecność gruczołów świadczyć miała o tem, że mieliśmy do czynienia ze ścianą tak bardzo rozciągniętej i nizko sięgającej szyi, tem bardziej, że miejscami spostrzegano przybłonek wielowarstwowy, przyjąć raczej musimy, że były to rzadko zresztą spostrzegane gruczoły pochwy, jakie Veit i v. Preuschen widzieli).

W przebiegu pooperacyjnym ciepłota zawsze była prawidłowa, odchody z początku obfite, czekoladowate, potem coraz skąpsze, a od 5 dnia lekko ropiaste, niecuchnące, po 2 tygodniach zaś śluzowe. D. 17/VII stwierdzono, że z pochwy prowadzi obszerny otwór do jamy, złożonej z 2 odcinków, przedzielonych wyraźniejszą już teraz listwą, ustawioną prawie na wysokości ujścia zewnętrznego macicy prawej (*Fig. 8*). Na błonie śluzowej dolnego odcinka liczne brodawkowate

Fig. 8.



wyniosłości wielkości siemienia (torbielki retencyjne). Ponad wspomnianą listwą, przedstawiającą jakby ujście zewnętrzne, dość głębokie zagłębienie od strony zewnętrznej. Przetoki i teraz nie wykazano, a stwierdzono tylko przy pomocy zgłębnika w szyi prawej, oraz palca w jamie lewej, że ściana w okolicy tej jest cieniutka. Zgłębnik wszedł do trzonu prawego na 8 ctm.

D. 18/VII wycięto jeszcze kawałeczek przegrody do badania histologicznego.

D. 19/VII chora opuściła klinikę z poleceniem, aby się wkrótce zgłosiła.

Badanie mikroskopowe drugiego kawałeczka przegrody gruczołów nie wykazało.

D. 27/VII chora zgłosiła się do kliniki w czasie miesiączki. Nie doznaje żadnych dolegliwości, miesiączka niezbyt obfita. Stwierdzono nieznaczne pomniejszenie się rozmiarów jamy po stronie lewej i wypływ krwi miesiączkowej zarówno z ujścia zewnętrznego po stronie prawej, jakoteż z jamy po stronie lewej. Wyraźniej ukształtowanej części pochwowej lub dobrze zaznaczonego ujścia wewnętrznego nie znaleziono.

VIII. *H. S.*, lat 27, mężatka, przyjęta 22/IV 1902. Pierwszej miesiączki nie pamięta, następne były prawidłowe. W 20 r. życia nastąpiła dwumiesięczna przerwa w miesiączkowaniu (nie była w ciąży), poczem po silnym bolu dołem, trwającym jeden dzień, wylała się z części rodnych bardzo obfita (około 3 kwart?) ilość krwi jasnej, płynnej. Następnie była zupełnie zdrową, a w 22 r. życia wyszła zamąż. W rok po zamążpojściu znowu nastąpiła dwumiesięczna przerwa w miesiączkowaniu, taki sam napad bolu, jak wyżej opisałem i krwotok nieco mniejszy. Odtąd czuła się pacyentka przez 4 lata dobrze. Ostatnia miesiączka prawidłowa była na początku grudnia 1901 roku. Z końcem grudnia bole dołem, osłabienie i nudności zniewoliły chorą położyć się do łóżka; 6 stycznia 1902 r. bardzo skąpe krwawienie z części rodnych. Wkrótce potem zauważyła sama po raz pierwszy guz w podbrzuszu. Bole utrzymywały się przez 2 tygodnie i ustały dopiero, gdy po upływie tego czasu wylała się nagle duża ilość brudno-żółtawej cieczy. Od owej chwili powtarzają się jeszcze przeciętnie co kilka dni bole dołem, ustępujące wówczas, gdy odpłynie większa ilość wydzieliny. Ostatni raz zdarzyło się to 19/IV.

Badanie wykazało: budowa i odżywienie liche. Nad spojeniem łonowem ku stronie lewej guz wychodzący z miednicy małej, sięgający na wewnątrz do linii środkowej, ku górze na 3 palce nad spojeniem łonowem, opadający ku zatoce krzyżowo-biodrowej lewej, oddalony na 2 palce od ściany miednicy; guz ten ma zbitość miękko-elastyczną, powierzchnię niezupełnie równą i jest niebolesny. W pęcherzu skąpa ilość moczu mętnego (z powodu moczanów). Pochwa miernej długości zwężona i zaciśnięta w górnej swej połowie przez opór jednostajny, elastyczny, spychający silnie przednią ścianę pochwy, sklepienie przednie i lewe, jakoteż przedni odcinek sklepienia prawego. Sklepienie tylne szczelinowate, wysoko ustawione, wolne. Na powierzchni guza od strony sklepienia prawego półksiężycowaty otworek, zwrócony wypukłością swą ku stronie prawej; brzeg otworka od strony prawej wyniośléjszy, — od lewej wygładzony, przechodzi w opisany opór, wypuklający pochwę. Badaniem zestawionem stwierdza się, że opór, wypuklający się ku pochwie, stanowi z guzem, nad spojeniem wybadanym, jedną całość. Jestto guz rozmiarów główki dziecięcej, mniej więcej jajowaty, zwrócony tępszym odcinkiem ku dołowi, niebolesny, nieruchomy. Na powierzchni górnej wybadać można guzek nierówny, twardszy (jakby pokręconą trąbkę), grubości kciuka. Od strony prawej zaznacza się nad więzem Pouparta utwór, odpowiadający niepowiększonemu, zgiętemu ku przodowi trzonowi macicy. To, co odpowiadałoby szyi macicznej, przechodzi od strony prawej bezpośrednio w prawy brzeg opisanego już ujścia zewnętrznego, od lewej zaś gubi się w guzie właściwym. Pomiędzy domniemanym trzonem a prawym brzegiem guza wyczuwa się schodzące dość nizko zagłębienie.

Rozpoznanie: *Uterus bicornis, haematometra cornus sin.*

W czasie pobytu w klinice ciepłota przed operacyą było prawidłowa. Zauważono stanowcze zwiększanie się guza wśród bolów.

Operacya, wykonana dnia 28/IV 1902, polegała na tem, że po odsłonięciu ujścia zewnętrznego wziernikami, co nie było bez trudności, wprowadzono nożyk na długim trzonku i przecięto ścianę guza ku stronie lewej na kilka ctm. Treść nie krwawą, lecz ropiastą i cuchnącą (więc *pyometra*), zaszczepiono na zwykłe pożywki. Guz, odpowiadający lewemu rogowi, znacznie się zmniejszył; guz trąbkowy zaś nie uległ zmianie. Ropa okazała się jałową.

Już 3/V 1902 guz zmniejszył się do rozmiarów pomarańczy, a trąbki wyszukać nie zdołano.

Z powodu zmniejszenia się otworu operacyjnego i wraz z niem ilości wydzieliny przystąpiono d. 10/V 1902 r. do rozszerzenia rany. Badanie w uśpieniu wykazało, że róg prawy wraz z ujściem swem przemieścił się nieomal do linii środkowej. Od ujścia biegnie ku sklepieniu lewemu głęboki wrąb, w znacznej części zrośnięty, z którego wylewa się ropa. Zgłębnik wchodzi w rogu prawym na 11 ctm., w lewym zaś do obszernej jamy, objętości pomarańczy. Po znacznem rozszerzeniu otworu nożem wypłókano obfitą jeszcze treść ropiastą przy pomocy cewnika Piskačka. Badanie wnętrza rogu lewego palcem wykazało grube, niepodatne, pozrastane z otoczeniem ściany, wyścielone wszędzie od wewnątrz gładką błoną śluzową. Ujście maciczne trąbki z łatwością znaleziono. Dla zapobieżenia ponownemu zmniejszeniu się lub zarośnięciu otworu obrąbiono szwem katgutowym ciągłym błonę śluzową jamy macicznej z błoną śluzową pochwy. Do rogu lewego włożono seton. Do d. 19/V, w którym chora klinikę opuściła, zmieniano setony i przestrzykiwano jamę rogu lewego. Wśród tego zmniejszył się guz do wielkości cytryny, a ujście świeżo wytworzone pozostało drożne dla palca.

Grupa D.

1 przypadek krwisteku macicznego przy wrodzonym braku pochwy.

IX. *A. J.*, lat 26, przyjęta do kliniki d. 13/I 1903, zamężna od 3 lat. Miesiączki dotąd nie miała. Spółkowanie niemożliwe. Zwiastuny

miesiączki odczuwa od roku w odstępach miesięcznych, trwają 6 dni. Od 2 miesięcy stwierdza jakiś guz w brzuchu.

Badanie wykazuje: wzrost średni, budowa wątła; sutki słabo rozwinięte, jak mniej więcej u piętnastoletniej dziewczyny. Brzuch łagodnie wysklepiony. Owłosienie wzgórka łonowego słabe. Przy dotyku stwierdza się w podbrzuszu guz, odpowiadający wszystkiemi własnościami powiększonej i silnie napiętej macicy, sięgający 3 palce nad spojenie łonowe. Po stronie prawej na powierzchni guza znajduje się postronek, mogący odpowiadać więzadłu okrągłemu, po lewej tylko mniej wyraźny sznureczek. Wargi większe i mniejsze słabo rozwinięte wejście do cewki nadmiernie szerokie (coitus tentatus?); błona dziewicza zamknięta, lekko wklęsła, nie napięta, posiada liczne prostopadłe kieszonki. Najcieńszym zgłębnikiem nie natrafia się nigdzie na otworek w błonie dziewiczej. Wśród badania zestawionego przez odbytnicę i od powłok brzusznych nie można wyśledzić nic, coby świadczyć mogło o istnieniu pochwy (pełnej lub pustej); cokolwiek wyżej znajduje się uciśnięcie ampuły odbytnicy przez guz kulisty, wielkości największej pomarańczy, o ścianach gładkich, silnie napiętych, od przodu twardszych, niż od strony kości krzyżowej, dający niedość pewne uczucie chełbotania; $^2/_3$ guza leżą w miednicy małej; $^1/_3$ unosi się ponad wchód miednicy. Nigdzie nie daje się wyśledzić granica pomiędzy szyją a trzonem macicy, nigdzie nic, coby się zaznaczało na powierzchni guza jako część pochwowa albo ujście zewnętrzne. Przydatków nie wybadano. Guz jest tkliwy i łatwo na boki ruchomy. Badanie palcem przez pęcherz, łatwe z powodu szerokości cewki, nie udziela godnych uwagi szczegółów. Szczyt opróżnionego pęcherza leży na 2 palce poniżej szczytu guza.

Rozpoznanie: *Defectus vaginae, haematometra.*

D. 15/I 1903 operacya. Plan operacyjny: dążyć pomiędzy pęcherzem a kiszką stolcową w górę do guza, aby odszukać resztkę pochwy, lub jeżeli ta nie istnieje, stworzyć przewód, któryby można było później utrzymać drożnym przez odpowiednią plastykę, — doszedłszy zaś do guza, odszukać część pochwową, aby w najodpowiedniejszem miejscu otworzyć jamę macicy. Poprowadzono cięcie poziome na 4 ctm. pomiędzy ujściem cewki moczowej a kiszki stolcowej, poczem przeważnie na tępo oddzielono na 6—7 ctm. pęcherz od odbytnicy i dostano się do dolnego bieguna guza. Wśród mozolnego i bezskutecznego poszukiwania za częścią pochwową, przyczem różne drobne wyniosłości w kilku miejscach dawały złudne bardzo uczucia, otwarto niespodzianie zatokę Douglasa. Nakłucie cienkim trójgrańcem, dokonane w najprzystępniejszem miejscu po ustaleniu guza, wykazało bardzo grubą ścianę guza i wypełnienie go treścią zupełnie dla krwisteku macicznego charakterystyczną. Tą samą drogą wbito w guz ostro zakończone nożyczki i starano się je wyprowadzić rozwarte, lecz mimo to nie zdołano z powodu grubości i jędrności ścian stworzyć otworu takiego, przez któryby zbadanie wnętrza guza zapomocą palca stało się wykonalnem. Założywszy setony wyjałowione do rany, przerwano w tem miejscu operacyę, odkładając na później wycięcie całkowite macicy przez laparotomię, jako operacyę w tym przypadku jedynie wykonalną, a to w pierwszej linii ze względu na obawę przedostania się większej ilości treści guza do jamy otrzewnowej.

Badanie bakteryologiczne treści krwisteku, uzyskanej przez nakłucie, wykazało jej jałowość.

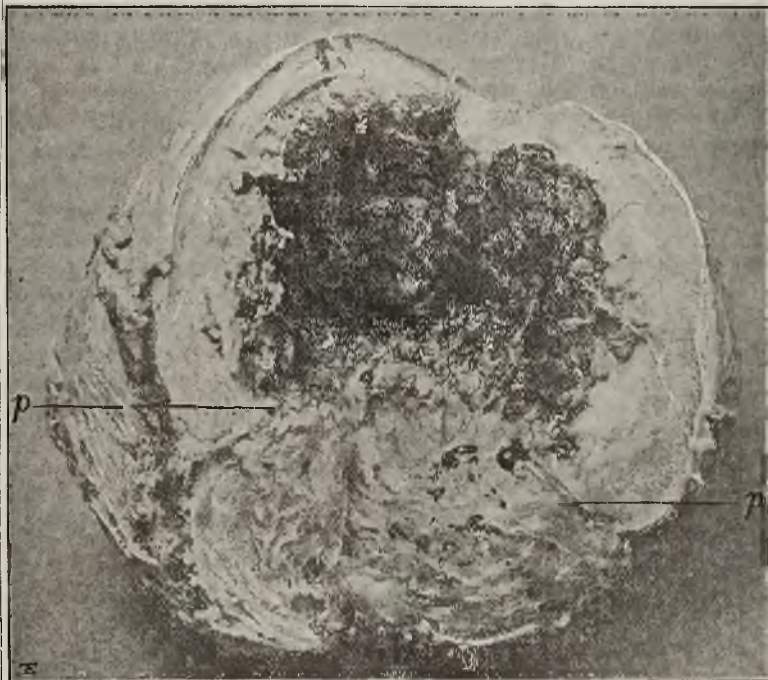
W przebiegu pooperacyjnym stan był bezgorączkowy; zmiana setonu codzienna do 4/II 1903, przyczem wydzielina z początku obfita zmniejszała się szybko — później zaś ograniczono się do lekko przeciwgnilnych przestrzykiwań rany słabym prądem.

10/2 1903. Badanie wykazało guz kształtu pomarańczy średniej wielkości, spłaszczonej z przodu ku tyłowi, przechylony ku zagłębieniu kości krzyżowej, mało ruchomy, od tyłu tkliwy.

D. 20/II 1903: Przetoka po operacyi zaciągnęła się znacznie, wydzielina bardzo skąpa, zawiera drobne okruchy starych skrzepów. Przystąpiono do drugiej operacyi, t. j. do wycięcia macicy przez laparotomię. Po otwarciu jamy brzusznej widać zlepy pomiędzy szczytem pęcherza moczowego i siecią, a po oddzieleniu sieci uwidoczniają się pozlepiane pętle jelit cienkich, pokrywające guz i tylną ścianę pęcherza. Najbliżej badającego palca znajduje się część tylnej ściany guza, pokryta szeroką krezką jelita cienkiego. Zaczęto w ułożeniu Trendelenburga ostrożnie oddzielać jelita na tępo, poczynając najpierw od szczytu pęcherza. Świeże jeszcze zlepy oddzielały się nadspodziewanie łatwo zarówno od pęcherza, jak i od szczytu guza. Uwidoczniło się przytem, że w czasie pierwszej operacyi otwarto zagłębienie pęcherzowo-maciczne, gdyż palec bez oporu schodzi po przedniej ścianie guza do jego podstawy. Rozlepienie blaszek zarośniętej zatoki Douglasa również nie napotkało na żadne trudności tak, że i z tej strony palec dosięgał dolnego bieguna guza. Po podciągnięciu guza zapomocą pętli jedwabnej uwidoczniły się obie cokolwiek zgrubiałe trąbki i jajniki, z których prawy, mniejszy, był cokolwiek torbielowato zwyrodniały. Pozostawiając przydatki, podwiązano oba więzadła szerokie tuż przy macicy szeregiem podwiązek jedwabnych. Po toalecie jamy brzusznej podciągnięto zapomocą szwów katgutowych kikuty więzadeł szerokich do dolnego kąta rany tak, że podwiązki jedwabne, tędy przeprowadzone, znalazły się pozaotrzewnowo. Powyżej zamknięto powłoki brzuszne.

Uzyskany preparat (*Fig. 9.*) ma kształt kuli wielkości średniej pomarańczy. Przy bocznych brzegach widać przekroje trąbek i naczyń

Fig. 9.



p = przetoka powstała po punkcyi.

więzadeł szerokich, zresztą powierzchnia pokryta strzępami zrostów. Na ścianie przedniej ku dołowi znajduje się otworek, pozostały po nakłuciu, z którego za uciskiem wypływa treść brudno-krwawa. Na przekroju poprowadzonym przez przetokę *(p)* widać ściany macicy grube na 1—3 ctm., najgrubsze przy dolnym biegunie guza, najcieńsze przy górnym. Jama macicy, prawie kulista, zawiera liczne kieszonkowate zagłębienia i wyścielona jest błoną śluzową, pokrytą przeważnie warstwą starych, silnie do podstawy przylegających skrzepów. Nie znajduje się nigdzie wyraźniej zaznaczonego ujścia wewnętrznego, ani przewodu szyi macicznej.

Przebieg pooperacyjny po tej operacyi był również bezgorączkowy: 10-go dnia wyjęto szwy brzuszne. Podwiązki odchodziły przez dolny kąt rany zwolna tak, że chora, opuszczając klinikę d 9/IV 1903, miała jeszcze 2 podwiązki, trzymające się dosyć silnie. Tak późne opuszczenie kliniki tłómaczy się obok powolnego oddzielania się podwiązek, także i tem, że stosowano powolne i systematyczne rozszerzanie przetoki, pozostałej po pierwszej operacyi, — co się bardzo łatwo dało do tego stopnia doprowadzić, że bez żadnego oporu i bez uczucia bolu ze strony chorej można było wprowadzić paluch cały pomiędzy pęcherz, a odbytnicę. Ściany tej przetoki po długiem tamponowaniu, przestrzykiwaniu i rozszerzaniu wygładziły się zupełnie, są bardzo podatne, a od dołu nasunął się na pewnej przestrzeni przybłonek. Zdaje się nie ulegać wątpliwości że spółkowanie w tych warunkach będzie możliwem bez wykonania operacyi plastycznej, do której, przynajmniej ze strony słabo rozwiniętych warg, mało nastręcza się materyału.

(C. d. n.)

II. Z pracowni fizyologicznej Szpitala wojskowego w Moskwie.

Przyczynek do farmakologii pilokarpiny.

Podał
Dr. Leon Popielski
docent fizyologii.

(Ciąg dalszy).

III.

Z przytoczonych doświadczeń widzimy z całą dokładnością, że pod wpływem pilokarpiny wydziela się obficie płyn z przetoki żołądkowej. Zachodzi teraz pytanie, z jakim płynem mamy do czynienia? Przedewszystkiem należy zauważyć, że płyn ten nie przedstawia jednolitych własności w ciągu całego doświadczenia, ale zmienia się bardzo znacznie nawet w dwóch sąsiednich okresach tak co do oddziaływania, przezroczystości, ciągłości, zabarwienia, jak i własności trawiennych. Wogóle możemy powiedzieć, że z przetoki żołądkowej wydzielają się w rozmaitych okresach doświadczenia płyny następujących własności: 1) płyn gęsty, ciągnący się długiemi grubemi pasmami, przezroczysty jak szkło, oddziaływania słabo alkalicznego. Wydziela się z przetoki powoli, lecz po przerwie naraz w znaczniejszej ilości; stykając się z więcej płynną częścią wydzieliny, nie miesza się z nią, ale opada na dno naczynia w postaci oddzielnej warstwy. Przez szklaną watę nie przechodzi i własności trawiennej nie posiada żadnej. Niewątpliwie mamy do czynienia ze śluzem, przedstawiającym wytwór czynności powierzchownych gruczołów śluzowych żołądka i kiszek. Oprócz dużej ilości podobnego płynu wydziela się w rozmaitych okresach doświadczenia płyn również gęsty, przezroczysty, ale w postaci oddzielnych mniej lub więcej częstych kropli. Niewątpliwie jest to śluz, — wytwór czynności gruczołów powierzchownych błony śluzowej żołądka, a zapewne także i kiszek. Za tem ostatniem przypuszczeniem przemawia sposób wydzielania się tego płynu w niektórych wypadkach, a mianowicie niekiedy śluz ten pojawia się raptownie, czasami jednocześnie z płynem, zabarwionym na żółto, w postaci jednego mniej lub więcej znacznego kłaczka; 2) wodnisty i przezroczysty, albo 3) zabarwiony na żółto, bardzo często z drobnymi nieprawidłowej formy strzępkami. Te dwa ostatnie rodzaje płynu stanowią główną, przeważającą część wydzieliny, otrzymywanej z przetoki żołądkowej. Oddziaływanie tego wodnistego płynu bywa przeważnie alkaliczne; tylko w niektórych doświadczeniach i to w bardzo krótkim czasie można stwierdzić oddziaływanie kwaśne. Oprócz tego zwraca na siebie uwagę charakterystyczny zapach płynu wodnistego, a mianowicie zapach ten przypomina płyn puchliny brzusznej, podobny do zapachu wilgoci w mieszkaniach. Płyn z przetoki żołądkowej nie wydziela się bez przerwy, równomiernie, lecz z znacznemi przerwami, zwykle odrazu w znacznej ilości, strumieniem. Ten sposób wydzielania się jest bardzo ważny, gdyż z tego jednego faktu można wnioskować o pochodzeniu tego płynu. Gdyby płyn ten pochodził z żołądka, to wydzielina trwałaby bez przerwy z większą lub mniejszą szybkością, jak to naprzykład widzimy przy wydzielaniu się soku pierwotnego podczas urojonego karmienia psa. Zwiększenie wydzieliny następowałoby wśród znaczniejszych skurczów żołądka, ale nigdy nie byłoby długiej przerwy, jaką spotykamy w naszych doświadczeniach. Fakt ten wskazuje, że znaczna część wydzieliny, wypływającej z przetoki żołądkowej, pochodzi z kiszek, w których nagromadzony płyn za pomocą ruchu robaczkowego przerzucony bywa do żołądka i odrazu w postaci strumienia wydziela się z przetoki. Niżej spotkamy się z innymi faktami, przemawiającymi za słusznością wypowiedzianego zdania. Jak to naprzód już można było przypuszczać, oddziaływanie płynu zwracało na siebie szczególną uwagę ze względu na to, że sok żołądkowy ma odczyn kwaśny. Ze szczegółowego opisu przytoczonych wyżej doświadczeń widać, że oddziaływanie płynu (stopień kwasoty albo zasadowości) jest rozmaite nietylko w rozmaitych doświadczeniach, ale zmienia się w przeciągu jednego i tego samego doświadczenia. W 4-ech wypadkach podczas całego przebiegu doświadczenia oddziaływanie pozostawało alkaliczne, chociaż stopień tej alkaliczności ulegał wahaniom od 0,25% NaHO do 0,6% NaHO.

W dwóch doświadczeniach oddziaływanie stawało się czasami kwaśnem; stopień kwasoty wahał się od 0,06% HCl do 0,26% HCl. Pozwolę sobie przedewszystkiem zwrócić uwagę na doświadczenia, w których płyn podczas całego doświadczenia pozostawał alkaliczny. Zasadowość ulegała wahaniom, które najzupełniej są zrozumiałe, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że płyn nie zawsze był jednostajnym, że często zawierał znaczne ilości śluzu i żółci. W każdym razie doświadczenia te przemawiają najzupełniej wyraźnie za tem, że o wydzielaniu się soku żołądkowego nie może być mowy. Gdyby sok żołądkowy wydzielał się choć w niewielkiej ilości, niewątpliwie wystąpiłoby kwaśne oddziaływanie, albowiem płyn alkaliczny, który zobojętnia sok żołądkowy, występuje z kiszek po znacznej nieraz przerwie.

Zwłaszcza doświadczenia 1—3 są interesujące z tego powodu, że od samego początku do końca zasadowość przedstawia się prawie bez żadnych wahań i to względnie bardzo wysoką. Wreszcie, jeżeliby w tych doświadczeniach zasadowość ulegała zmianom ze względu na domieszkę soku żołądkowego, to ten ostatni możnaby było wykryć przy poszukiwaniu pepsyny, innemi słowy, określając własności trawienne zebranego płynu w kwaśnej reakcyi. Pomimo to, że zebraną w tych doświadczeniach wydzielinę rozprowadzałem kwasem solnym do 0,2% i do 0,3% HCl i przez to stwarzałem warunki sprzyjające dla działania pepsyny, białko gotowane kurze nie trawiło się zupełnie, a fibryna choć rozpuszczała się, jednak znacznie gorzej, aniżeli w płynie alkalicznym.

Wynika więc stąd, że pod wpływem pilokarpiny w doświadczeniach 1—4, sok żołądkowy nie wydziela się zupełnie.

Przejdę teraz do tych 2-ch doświadczeń, w których czasami pokazywał się z przetoki płyn o odczynie kwaśnym. Przedewszystkiem zwraca uwagę fakt, że kwasota podlega zmianom, wahając się w granicach od 0,06% HCl do 0,26% HCl; również i zasadowość wydzieliny alkalicznej w tychże doświadczeniach ulega wahaniom. Wyniki przytoczone niewątpliwie przemawiają za tem, że jednocześnie z wydzieliną o oddziaływaniu alkalicznem mieliśmy wydzielinę soku żołądkowego. Należałoby określić ilość soku żołądkowego, wydzielonego w tych doświadczeniach. Określenie to łatwo byłoby wykonać, gdybyśmy wiedzieli, jaką była zasadowość wydzieliny alkalicznej; niestety stopnia tego ściśle nie znamy. Jeżeli przypuścić, że mieliśmy do czynienia w doświadczeniu Nr. 5 z płynem o zasadowości = 0,26% NaHO, a w doświadczeniu Nr. 6 o zasa-

dowości = 0,25% NaHO, w takim razie okaże się, że soku żołądkowego o kwasocie = 0,47% (według określeń kwasoty soku w moich doświadczeniach) wydzieliło się:

w doświadczeniu Nr. 5 . . 15,2 ctm.^{3},
a w doświadczeniu Nr. 6 . 8,13 ctm.^{3}.

Jak widzimy, wielkości te są bardzo nieznaczne. Czy mogą one przemawiać za tem, że pilokarpina pobudza do czynności gruczoły żołądkowe? Pozwolę sobie zwrócić uwagę na to, że w powyższych doświadczeniach przed wprowadzeniem pilokarpiny sok żołądkowy wydzielał się w pewnej choć nieznacznej ilości. Wobec tego z doświadczeń tych możemy wyprowadzić tylko wniosek, że pilokarpina nie zmniejsza istniejącej wydzieliny soku żołądkowego.

Tak więc możemy co do gruczołów żoładkowych wypowiedzieć następujące zdanie: 1) pilokarpina nie pobudza ich do czynności; 2) jeżeli gruczoły żołądkowe funkcyonowały, to czynność ich pod wpływem pilokarpiny się nie zmniejszał.

IV.

Z powyższych doświadczeń wynika, że pod wpływem pilokarpiny wydziela się z przetoki żołądkowej płyn przeważnie alkaliczny. Co do źródła tego płynu, to już wyżej wzmiankowałem, że pochodzi on w przeważnej części z kiszek na co wskazywał fakt nagłego i w znacznej ilości ukazywania się wydzieliny. Pierwsze przypuszczenie, jakie nasuwa się co do charakteru tego płynu, jest to, że mamy do czynienia z sokiem trzustkowym. Za tem przypuszczeniem przemawiają następujące argumenta: 1) zasadowość zbliżona do zasadowości soku trzustkowego i zupełnie nie odpowiednia dla soku kiszkowego, 2) trawienie fibryny i 3) zamiana skrobi na cukier gonowy. Jednak wysoka zasadowość nie może mieć rozstrzygającego znaczenia dlatego, że stopień jej był oznaczony w płynie nieprzesączonym, albowiem przez watę szklaną i zwyczajne sączki płyny śluzowate nie przechodzą wcale. Co się zaś tyczy trawienia fibryny, to fakt ten nie może być dowodem, że mieliśmy do czynienia z fermentem białkowym trzustki dlatego, że fibryna niegotowana rozpuszcza się łatwo w wielu płynach alkalicznych, białkowatych. Rozstrzygające znaczenie mogło mieć działanie wydzieliny na gotowane białko kurze, które trawiło się w niej nadzwyczaj powoli, czego być nie powinno, gdyż ferment białkowy trzustki wobec żółci i soku trzustkowego okazuje nadzwyczaj energiczne własności trawiące, a obecność żółci i soku trzustkowego w wydzielinie była niewątpliwą. Niektóre własności chemiczne wydzieliny przemawiały wprost przeciwko przypuszczeniu soku trzustkowego. Wiadomo, że sok trzustkowy zawiera dużo sody; otóż, jeżeli do soku trzustkowego dolewać HCl, to wydziela się w dużej ilości CO_2 i płyn się burzy. Nic podobnego nie zachodziło przy dolewaniu HCl do otrzymywanego w naszych doświadczeniach płynu.

Aby jednak przekonać się ostatecznie, jaki udział przyjmuje trzustka w powstawaniu wydzieliny, podwiązałem u jednego psa (Nr. 2) pod chloroformem przewód Wirsunga, a kiedy rana zupełnie się zagoiła, przystąpiłem do doświadczeń. Jak to widać z doświadczeń NNr. 4 i 5, okazało się, że płyn wydzielający się jest takich samych własności, jak przedtem. Co do ilości, to trudno jest przeprowadzić odpowiednie porównanie dlatego, że u psa Nr. 2 w doświadczeniu Nr. 3, w którem przewód Wirsunga nie był podwiązany, ezofagotomia nie była wykonana; z tego powodu w wydzielinie z przetoki żołądkowej niewątpliwie była znaczna domieszka śliny. Wreszcie doświadczenia NNr. 4 i 5, w których u psa była wykonana ezofagotomia wykazują, że ilość wydzieliny podlega znacznym wahaniom, co zupełnie jest zrozumiałem wobec pochodzenia jej z kiszek: pod wpływem ruchu robaczkowego treść kiszek może być w niektórych przypadkach przerzucona w większej swojej części do żołądka, w innych zaś na zewnątrz przez odbytnicę. Że w przytoczonych doświadczeniach nie mogliśmy mieć do czynienia z sokiem trzustkowym, można było wnioskować *à priori* na zasadzie doświadczeń, podanych w pierwszej części tej pracy nad działaniem pilokarpiny na gruczoł trzustkowy: z doświadczeń tych widać, że sok trzustkowy pod wpływem pilokarpiny nie wydziela się wcale. Zatem płyn badany nie jest sokiem trzustkowym. Jakże jednak wytłómaczyć fakt, że płyn zebrany przy naszych doświadczeniach zamienia skrobię na cukier? Tę zamianę skrobi na cukier należy przypisać fermentowi skrobiowemu, zawierającemu się w soku kiszkowym, według badań Szepowalnikowa, Paszutina i innych.

Że w skład tego płynu wchodził sok kiszkowy, można było wnioskować jeszcze i z tego faktu, że domieszka nieznacznej jego ilości do soku trzustkowego podnosiła w wybitny sposób własności trawienne tego ostatniego. Z wyżej przytoczonych wyników badania możemy wyprowadzić wniosek, że w skład badanej przez nas wydzieliny niewątpliwie wchodzi sok kiszkowy, lecz że ona nie składa się wyłącznie tylko z niego. Doświadczenia Szepowalnikowa, Masłowa i innych wskazują, że pilokarpina wywołuje rzeczywiście bardzo obfitą wydzielinę soku kiszkowego; tak n. p. z części kiszek długości 40 ctm. Szepowalnikow otrzymał 24,4 ctm.^{3} soku kiszkowego. Możemy więc z dużem prawdopodobieństwem powiedzieć, że wydzielina w przeważnej części składa się z soku kiszkowego, ale nie wyłącznie z niego jednego. W naszych doświadczeniach zasadowość wydzieliny = 0,25%—0,6% NaHO, gdy tymczasem zasadowość soku kiszkowego według doświadczeń Szepowalnikowa = 0,03%—0,1%. Oczywiście więc w skład badanego płynu wchodzą takie części, które podnoszą jego zasadowość. Najprawdopodobniej temi składowemi częściami jest żółć, obecność której w wydzielinie można wykryć z łatwością. Teraz możemy wypowiedzieć o charakterze otrzymywanej wydzieliny następujące zdanie: Wydzielina ta: 1) nie zawiera w sobie soku trzustkowego, a sok żołądkowy znajduje się w postaci nieznacznej domieszki i tylko w niektórych doświadczeniach; 2) składa się zaś w przeważnej części z soku kiszkowego, w mniejszej z żółci i niewielkiej ilości śluzu. Czy nie zawiera w sobie jeszcze jakich innych części, o tem możemy wypowiedzieć tylko przypuszczenie, mniejwięcej prawdopodobne, lecz bez ściśle ugruntowanych faktów. Zapach wodnistej części wydzieliny przypomina sobą, jak wyżej nadmieniliśmy, zapach płynu z puchliny brzusznej; z pewnem prawdopodobieństwem można przypuszczać, że i w naszych doświadczeniach mamy do czynienia z niewielką domieszką przesięku, pochodzącego z rozszerzonych pod wpływem pilokarpiny naczyń krwionośnych błony śluzowej kiszek. Okolicznością sprzyjającą [1])

[1]) Szepowalnikow spostrzegał wydzielanie się pod wpływem pilokarpiny całych płatów nabłonka błony śluzowej kiszek. Fakt ten przemawia na korzyść uczynionego przypuszczenia.

przechodzeniu płynnej części krwi do kiszek, jest zwiększone ciśnienie krwi przy rozszerzonych naczyniach obwodowych.

V.

Obecnie, kiedy dokładnie poznaliśmy działanie pilokarpiny na jelita, możemy przejść do wyjaśnienia, dlaczego w pewnych ściśle określonych warunkach sok trzustkowy wydziela się pod wpływem pilokarpiny. Warunki te sprowadzają się do obecności w jelitach kwaśnego płynu, jak to np. bywa u psa niedawno nakarmionego przed doświadczeniem. Jeżeli więc przed doświadczeniem wydzielać się będzie sok trzustkowy, to po wprowadzeniu pilokarpiny wydzielina wyraźnie się wzmoże, jak to widać z doświadczenia Nr. 10, wykonanego na psie z przewlekłą przetoką trzustkową. Widzieliśmy wyżej, że pilokarpina wywołuje bardzo energiczny ruch robaczkowy w kiszkach; otóż kwaśny płyn (np. sok żołądkowy), przesuwając się wzdłuż jelit, styka się z coraz to nowemi częściami błony śluzowej i wywołuje cały szereg bodźców, które sumując się, wywołują spotęgowanie czynności trzustki. Jednocześnie jednak pod wpływem pilokarpiny zachodzą zjawiska, które nie sprzyjają działaniu kwaśnych płynów na trzustkę. A mianowicie, obficie wydzielający się alkaliczny sok kiszkowy zobojętnia kwaśne płyny i zmniejsza ich pobudzające działanie. Mogą więc być takie przypadki, że kwas solny nie wywoła wydzieliny, albo bardzo nieznaczną. Również zupełnie zrozumiałem jest, że ilość kwasu solnego, wprowadzanego do dwunastnicy, odgrywa rolę Jeżeli wprowadzimy niewielką ilość, to nastąpi zupełne zobojętnienie i działania kwasu solnego możemy nie dopatrzeć. Stąd wynika wniosek, że dla otrzymania wydzieliny należy wprowadzać kwas solny w ilości większej od pewnego *minimum*. Doświadczenia 4, 5, 6 (części pierwszej) wykazują, że ilość ta dla kotów nie powinna być mniejszą od 30 ctm.^{3}, albowiem wprowadzenie 10 ctm.^{3} w doświadczeniu Nr. 3 spowodowało bardzo słabą wydzielinę. Naturalnie, że tylko co przytoczone wyjaśnienie badanej wydzieliny soku trzustkowego pod wpływem pilokarpiny, bynajmniej nie wyklucza pobudzającego jej działania na zakończenie obwodowych n. n. wydzielniczych w innych gruczołach; dla trzustki zdaje mi się jednak jest ono więcej prawdopodobnem. (Dok. n.).

III. Wyciągi.

Kosiński. **O granicach okresów macicznego zakażenia kiłowego.** (*Monatschr. f. Geb. und Gyn.* Tom 18, Zesz. 3, 1903). W pracy tej autor omawia ważne pytanie, od jakiego czasu kiła rodziców nie przenosi się przez czynność rozrodczą na potomstwo. W pierwszym okresie zwiastunowym, przed wystąpieniem wrzodu pierwotnego, kiła zdaje się nie przenosić przez akt zapłodnienia; natomiast na podstawie 7 przypadków, ogłoszonych w piśmiennictwie musimy przyjąć możliwość takiego przenoszenia w drugim okresie zwiastunowym, to zn. aż do wystąpienia ogólnej osutki. Od tej chwili przenoszenie się choroby drogą płciową trwa stale dłuższy czas, bez względu na to, czy zewnętrzne objawy kiły wystąpią lub nie, czyli, że choroba ta może się przenieść drogą maciczną na potomstwo także w czasie między pojedynczymi wybuchami osutki, nadto dłuższy czas po ostatnim nawrocie, nawet wtedy, gdy kiła zdaje się już wygasła w ustroju w t. zw. *stadium latentiae*, kiedy przez dotyk nie jest więcej zaraźliwą. W tem właśnie trwaniu zdolności przenoszenia choroby po za okresem bezpośredniego zakażenia tkwi różnica między kiłą udzieloną przez zapłodnienie, a nabytą przez dotyk, t. zn., że kobieta zakażona kiłą może urodzić dziecko, chore, mimo że ona sama nigdy nie okazywała zewnętrznych objawów kiły. Dla lekarza praktycznego najważniejszem jest pytanie, jak długo trwa ta możliwość przenoszenia? Lesser przypuszcza, że czas ten różny jest u kobiet i mężczyzn, a tłómaczy to w następujący sposób: jajka tworzą się w jajnikach już od wczesnej młodości; jeżeli więc zarodki kiłowe w jakimś czasie dostaną się do pęcherzyka jajnikowego, to mogą one tam pozostać nawet szereg lat, aż jajko to, opuściwszy jajnik, zostanie zapłodnione; wówczas dopiero kiła rozwija się dalej już w rosnącem jaju. Według tej teoryi kobieta może przenieść kiłę na potomstwo podczas całego okresu rozrodczego. U mężczyzny nasienie odnawia się bardzo szybko i w wielkich ilościach zostaje wydalane, a z niemi naturalnie i zarodki kiłowe. Kiła więc u mężczyzny mogłaby być przeniesioną na potomstwo tylko w okresie zarażenia, kiedy mikroby kiłowe, krążąc po całym ustroju, ciągle znowu dostają się do jąder, a z nich z nasieniem na zewnątrz. Teoretycznie wywody te, zresztą bardzo ponętne, są możliwe: na razie jednak trudno im przypisać jakieś większe znaczenie, o ile opierają się na faktach, zupełnie nam dotychczas nieznanych. Nie znamy przedewszystkiem dotąd owych mikrobów kiłowych, nie wiemy, w jaki sposób one się łączą z komórkami zarodkowemi, jak się to przenoszenie odbywa, czy wogóle przez nasienie, czy może drogą krążenia łożyskowego (Matzenauer). Według autora i wielu innych kiła płodowa jest zawsze tylko pochodzenia ojcowskiego; za tem świadczą przypadki, gdzie zakażony kiłą ożenił się w okresie już ukrytej kiły i miał ze swoją żoną kilkoro dzieci kiłowych, podczas gdy żona sama nigdy nie okazywała objawów kiły i pozostała zdrową; tu więc tylko płód okazywał istnienie ukrytej kiły ojca. Na pewno więc powiedzieć, kiedy kiła zupełnie wygasła u osobnika, właściwie nie można nigdy. Autor przytacza przypadki, gdzie w 12, 15, a nawet i 20 lat po pierwotnem zakażeniu ojca rodziły się dzieci kiłowe, niezdolne do życia. Trudno się również dopatrzeć jakiegoś związku między pozostałościami po przebytej kile w postaci powiększonych gruczołów, blizn, plam barwikowych, bezbarwności skóry — a zdolnością przenoszenia kiły. Starano się także rozwiązać to pytanie na podstawie badania nasienia (Joseph i Piórkowski) i na podstawie dat statystycznych (Fournier), na razie jednak bez niezbitych wyników. Fournier przyjmuje, że przeciętnie 5 lat po zakażeniu kiła jest już tak osłabioną lub wyleczoną, że przenoszenie maciczne więcej nie następuje. Według innych statystyk kiła dopiero w 9 lat po zakażeniu rzadko tylko bywa przenoszoną na potomstwo. Mracek podaje statystykę, gdzie w 43% przypadków kiła matki przenosiła się od 2—6 lat po zakażeniu, w 7% od 6—25 lat. Co się tyczy przenoszenia kiły w jej okresie trzeciorzędnym, lub w drugiem pokoleniu, to zdania są podzielone. Większość jednak przyjmuje, że ten III okres kiły — nie jest więcej dla potomstwa niebezpiecznym, że jednak przenoszenie w drugiem pokoleniu, t. zn. z osobników z kiłą wrodzoną, jest możliwe. Teoretycznie nie można tej zasadzie nic zarzucić, jeśli się zważy, że kiła wrodzona objawia się czasem, jak nabyta, a nawet może mieć cięższy przebieg i że może się udzielić wprost przez dotyk. W dalszym ciągu omawia autor wpływ leczenia swoistego na zdolność przenoszenia kiły. Nie ulega kwestyi, że wpływ taki istnieje i wszystko, co wyżej zostało powiedziane o czasie trwania zdolności przenoszenia, ma znaczenie tylko wtedy, jeżeli miało miejsce dokładne leczenie rtęciowe. Samo tylko leczenie, choćby najforsowniejsze, bez przeczekania tego czasu, koniecznego od pierwotnego zakażenia, nie powstrzyma przenoszenia kiły. Nasilenie kiły rodziców niema żadnego wpływu na niebezpieczeństwo przenoszenia jej na potomstwo; autor podaje przypadki, gdzie kiła o bardzo lekkim przebiegu u rodziców wywierała bardzo zgubny wpływ na dzieci, gdyż matki te, w jednym przypadku między 7—15, w drugim między 9—20 rokiem po zakażeniu, urodziły 9, względnie 6 płodów, jużto zmacerowanych, jużto niezdolnych do życia. W końcu autor wyprowadza na podstawie powyższych wywodów wnioski praktyczne, dotyczące przyzwolenia na małżeństwo. Wrodzoną kiłę można zwalczać tylko zapobiegawczo; ani leczenie pośrednie płodów przez leczenie matki w czasie ciąży, ani bezpośrednie po ich urodzeniu, nie dają pewnych wyników. Główne znaczenie ma pouczenie chorego na kiłę, jak się ma zachować. W tym celu należy naprzód zwrócić baczną uwagę na wywiady; badanie przedmiotowe ma mniejsze znaczenie, chyba że są widoczne objawy kiły drugorzędnej, a wtedy o przyzwoleniu na małżeństwo niema mowy. Między pierwotnem zakażeniem a zapłodnieniem powinno upłynąć 5 lat, przyczem należy zwrócić uwagę, że i po tym czasie możliwość przeniesienia kiły na potomstwo nie jest wykluczoną i że dlatego dobrzeby było czekać do 9 roku po zakażeniu. Jeżeli stosunki zewnętrzne zmuszają, należy żądać jako *minimum* 3 lat lub $1^1/_2$ roku po ostatnim nawrocie. Jeżeli chory na ten czas absolutnie zgodzić się nie może, nie wolno lekarzowi brać żadnej odpowiedzialności; należy jednak zwrócić uwagę chorego, aby o ile możności nie nastąpiło zapłodnie-

nie, a równocześnie poddał się dokładnemu leczeniu. Tylko ścisłe i energiczne stanowisko lekarza może zapobiedz tak bardzo rozpowszechnionej w tym kierunku następowej nędzy fizycznej i moralnej.

Dr. E. Ehrenpreis.

Deutsch. **Samobójstwo u dzieci.** (*Archiv f. Kinderheilk.* 1904, T. 38). Szczupłą literaturę, zajmującą się tym przedmiotem, wzbogacił autor zestawieniem 200 przypadków samobójstw u dzieci. Statystyka stwierdza, że smutny ten objaw niedomagania dzisiejszych urządzeń społecznych staje się coraz częstszem zjawiskiem: od roku 1798 do 1797 zdarzył się w Berlinie jeden tylko przypadek samobójstwa u dziecka; w następnem dziesięcioleciu (1798 do 1807) zanotowano 3 przypadki tego rodzaju, a w latach 1812—1821 stwierdzono już 31 samobójstw u dzieci. W ciągu XIX stulecia liczby te podnoszą się stale tak, że w ostatnich trzech dziesiątkach lat naliczono samobójstw u dzieci w samych Prusach przeszło 1700. Jako główną przyczynę uważa autor system szkolny wychowania, wygórowane ambicye rodziców i egzamina, „których działanie na młody ustrój można porównać do ciężkiej choroby, powodującej poważne zaburzenia w tym właśnie narządzie, który w owym czasie z największym wysiłkiem pracuje — w mózgu“. Okoliczności te mogą stać się przyczyną samobójstwa albo bezpośrednio, albo też pośrednio, powodując chorobliwą pobudliwość układu nerwowego. Ważnym czynnikiem przyczynowym jest opłakane położenie materyalne klas pracujących i wczesne zapoznanie się dzieci z bezlitosną walką o byt. Teoryę Queteleta i Wagnera, według której liczba samobójstw przedstawia podobnie, jak liczba narodzin i śmierci, pewną niezmienną prawidłowość, uważa autor za podobnie błędną, jak teoryę, która upatrywała tej prawidłowości w śmiertelności osesków: podobnie jak zwiększenie lub zmniejszenie tej ostatniej zależy od racyonalnej higieny żywienia, tak samo umiejętnie stosowana „higiena duszy“ może zdaniem autora skutecznie zwalczać częstość samobójstwa u dzieci, ten najsmutniejszy dokument współczesnej cywilizacyi.

Zestawienie autora obejmuje wiek od 5-go do 20-go roku życia. Podczas gdy w statystyce Siegerta najmłodsze dziecko liczyło 5 lat, w zestawieniu autora pierwsze samobójstwo przypada na rok siódmy życia. Do 10 lat życia liczby są bardzo nizkie; szybko podnoszą się od jedenastego roku i utrzymują się do 16-go roku na tym poziomie, poczem znów nagle częstość samobójstw bardzo znacznie opada.

Przyczyny w poszczególnych przypadkach były następujące: Obawa kary 58; złe świadectwo 28; złe obchodzenie się 18; choroba 12; wpływ książek 2; zmartwienie 5; otrzymana kara 25; miłość 11; nostalgia 1; niezadowolenie z zawodu 5; przyczyna nieznana 35. — Sposoby w jaki poszczególne samobójstwa zostały wykonane: utopienie 46; powieszenie 17; strzał 44; trucizna 14; ostre narzędzia 2; przejechanie 9; wyskoczenie z okna 39; spalenie 1; nieznany sposób 3.

W końcu podaje autor krótkie streszczenia owych 200 przypadków, zaczerpnięte z kronik dziennikarskich ostatnich trzech lat.

Dr. T. Żeleński.

Pręgowski. **W sprawie kurczowego zaparcia stolca.** (*Wiener medic. Presse*, Nr. 1). Autor wykazuje, że tak zw. przez Singera *obstipatio spastica idiopathica*, występująca u osób nerwowych, nie jest samoistną jednostką chorobową, lecz tylko jednym z wielu objawów opisanej przez autora nerwicy, znanej zwykle pod nazwą neurastenii okresowej; dla tych też powodów i usuniętą być może tylko przy wyleczeniu omawianej choroby podstawowej.

Pręgowski. **W sprawie obchodzenia się z suchotnikami po ich przewiezieniu do zakładów klimatycznych.** (*Zeitschrift f. Tuberkulose und Heilstättewesen*, 1904, V. 3). Autor przedstawia jeden przypadek i powołuje się na liczne inne, w których pacyenci, przywiezieni do zakładów, w pierwszych dniach czują się rzeźko, a dopiero potem doznają kilkodniowego znacznego pogorszenia, które niekiedy kończy się śmiercią. Objaw ten jest analogiczny do spotykanego także u ludzi zdrowych, którym również trudy dłuższej podróży dają się zwykle we znaki nie bezpośrednio po przybyciu do celu podróży, lecz w parę dni potem. Oprócz trudów podróży — działają tu niezawodnie także różnice klimatyczne. Autor przestrzega przed łudzeniem się — podniesionem samopoczuciem chorych w pierwszych paru dniach po przybyciu do sanatoryum i sądzi, że z małym wyjątkiem należy tych chorych od chwili przyjazdu traktować, jak znajdujących się w poważnem niebezpieczeństwie życia, a więc trzymać go w łóżku, stosować odpowiednią dyetę itp. Wprawdzie nie zostanie przez to wyzyskany w całej pełni bodziec, jaki niezawodnie nagła zmiana warunków wywiera na wymianę materyi; za to uniknie się nie jeden raz zgonu chorego, tem boleśniejszego, że nieoczekiwanego.

Moor. **Leczenie ostrego zatrucia morfiną i makowcem zapomocą nadmanganezianu potasu.** (*Therap. Monatschrift* XVII, str. 562). Autor zauważył łatwość, z jaką nadmanganezian potasowy utlenia morfinę, nawet w obecności innych, łatwo się utleniających ciał organicznych. Przenosząc doświadczenia *in vitro* na ustrój żyjący stwierdził, że nadmanganezian potasowy, podany w roztworze przez usta, bądź podskórnie, lub śródżylnie królikom, zatrutym morfiną, działa jako pewna odtrutka. Mimo niezawodnych skutków tego sposobu leczenia zatrucia morfiną także u ludzi, bez względu na sposób podania ustrojowi nadmanganezianu, zalecają niektórzy autorowie jedynie drogę przewodu pokarmowego, przypuszczając, że przy wstrzykiwaniu nadmanganezian na miejscu ulega rozkładowi, a tem samem musi działanie swe utracić. Ten rozdźwięk między doświadczeniem, a teoryą usiłuje autor usunąć. Z doświadczeń autora wynika, że nadmanganezian potasowy działa na białko w ten sposób, że utleniając je, wchodzi zarazem z niem w związek na oksyprotsulfonian manganu, z którego po pewnym czasie (do 24 godzin) wydziela się osad dwutlenku manganu, zostawiając w roztworze wolny kwas oksyprotsulfonowy Malyego. Proces rozpadu na wolny kwas dokonuje się dzięki hidrolizie, przy której odszczepia się wolny tlen. W ten sposób tłómaczy autor doświadczenia, w których roztwory białka i nadmanganezianu potasu po dodaniu morfiny nie okazywały smaku gorzkiego, ani nie działały toksycznie. Podobnie zachowywały się mieszaniny roztworu morfiny, czyto z krwią, czy z roztworami hemoglobiny, po dodaniu do nich roztworu nadmanganezianu potasowego. Autor przedstawia sobie działanie wstrzykiwań podskórnych, czy śródżylnych nadmanganezianu potasowego w ten sposób, że na miejscu wstrzyknięcia tworzy się z białkami płynnemi tkanki, a we krwi z hemoglobiną sól manganowa kwasu oksyprotsulfonowego, która, rozchodząc się po ustroju, w zetknięciu z morfiną utlenia ją, tem samem zamienia na ciało, ustrojowi nieszkodliwe.

Sposób leczenia zatem jest następujący: ponieważ wessana już morfina, czy makowiec, wydzielają się powrotnie do żołądka i kiszek, należy zażyć wewnętrznie wystarczającą ilość nadmanganezianu 0·5 do 1·0 grm. w szklance wody (1 grm. nadmanganezianu potasu utlenia około 1 grm. soli morfiny, co odpowiada 60 grm. nalewki makowca). Wobec skuteczności tego środka uważa autor przepłókiwanie żołądka za zbyteczne; również podawanie środków wymiotnych, zwłaszcza, że błona śluzowa żołądka ma nie oddziaływać na nie, wskutek stanu znieczulenia w zatruciu morfinowem. Dla zobojętnienia krążącej w ustroju morfiny radzi autor wstrzykiwać podskórnie roztwory najwyżej ½ procentowe w ilości 10 do 15 ctm.³ na 2 lub 3 miejscach ciała. Jeśli te wstrzykiwania nie usuwają objawów, można je ponowić. Jeśli zależy na pewności i szybkości działania, zalecają się wstrzykiwania śródżylne. Autor przestrzega przed używaniem silniejszych roztworów nadmanganezianu, które działają żrąco.

W zatruciach innymi alkaloidami, z wyjątkiem chininy, nadmanganezian potasowy nie okazuje żadnego działania.

Orzechowski.

Oberwinter. **O osutkach, szczególnie płonicowatych, występujących po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 61 i 52). Postępom technicznym przy wytwarzaniu surowicy, a szczególnie surowic wysokowartościowych, które przedstawiają znaczną ilość jednostek przeciwjadowych w mniejszej ilości surowicy zwierzęcej, mamy do zawdzięczenia, że osutki posurowicze stały się coraz rzadsze i lżejsze. Autor omawia swoje spostrzeżenia z jednego roku, w którym wykonał 200 wstrzyknięć surowicy. Tak zwane osutki późne, które występują dopiero po trzech tygodniach i mają cięższy przebieg, bardzo rzadko zauważono. Osutki miejscowe naokoło miejsca zastrzyknięcia i różnego wejrzenia spostrzegano nieraz; przebiegały one bez zaburzeń ogólnych i trwały zawsze krótko. Osutek ogólnych, bądź w postaci odry, pokrzywki, rumienia wypocinowego wielokształtnego lub mieszanych było pięć, występowały one między 1 a 10 dniem i trwały ½—4 dni; objawy ogólne były mniej lub więcej lżejsze lub cięższe, taksamo gorączka; w dwu przypadkach mocz zawierał białko. Natomiast osutek płonicowatych było mnóstwo i tu właśnie rozpoznanie różniczkowe było tem trudniejsze, że przez rok spostrzegania panowała dość rozpowszechniona epidemia płonicy i oczywiście w wielu przypadkach osutki, występujące po wstrzyknięciu surowicy, okazały się płonicą; w innych przypadkach rozpoznanie było chwiejne i pozostało tak nadal, albo niekiedy wystąpiły później objawy zniewalające do następowego rozpoznania płonicy. Przytem pokazało się, że podany przez niektórych autorów objaw różniczkowy między płonicą a osutką płonicowatą, mianowicie, że te ostatnie wychodzą z miejsca zastrzykiwania, a nie z szyi i piersi, jak płonica, nie jest prawdziwym, a nawet wprost zwodniczym, gdyż osutki, będące prawdziwą płonicą, wyszły kilkakrotnie z miejsca zastrzykiwania i prawie we wszystkich tych przypadkach

pierwotna błonica lub dławiec były bakteryologicznie stwierdzone. Również ten szczegół, że osutki płonicowate, występujące w pierwszych pięciu dniach po zastrzyknięciu, są płonicą, nie jest prawdziwym. Autor zatem sądzi, że albo podczas pobytu w szpitalu nastąpiło u tych dzieci zakażenie płonicą, albo już przedtem nastąpiło zakażenie podwójne, równocześnie błonicą i płonicą, które po sobie wystąpiły. O. przychodzi do wniosku, że występujące w pierwszych pięciu dniach po zastrzyknięciu surowicy osutki płonicowate należy z wielką ostrożnością rozpoznawać, gdyż najczęściej okażą się one jako prawdziwa płonica, a początek osutki z miejsca zastrzyknięcia wcale nie przemawia za osutką posurowiczą, ponieważ zdarza się i przy prawdziwej płonicy; jednak autor nie wątpi, że zdarzają się i prawdziwe osutki posurowicze płonicowate.

Dr. Fels.

Prochazka. **Endocarditis experimentalis.** (*Sbornik klinicky* 1894, T. 5, Zesz. 2). Dawniej uważano tylko wrzodziejące zapalenie wsierdzia za zakaźne, zapalenie zaś brodawkowe uważano bądź za zakaźne, bądź za niezakaźne, ponieważ najczęściej nie znajdowano w brodawkowatych wyroślach na zastawkach żadnych bakteryi. Dopiero nowsze badania dowiodły, że bakterye giną w toku zapaleń wsierdzi tak szybko, iż znaleść je można tylko w świeżem zapaleniu wrzodziejącem. Próbując sztucznie wywołać zapalenie wsierdzia, przekonano się przez mnogie doświadczenia, że samo wprowadzenie drobnoustrojów ropotwórczych do krwi nie wystarcza, aby powstało zapalenie wsierdzia. Powstaje wtedy tylko ogólne zapalenie bez zmian na wsierdziu; aby one powstały, trzeba jeszcze czynników, działających na samo wsierdzie, jakimi w doświadczeniach były n. p. mechaniczne lub chemiczne uszkodzenia zastawek. Z takiemi doświadczeniami można zestawić przypadki zapalenia wsierdzia, zdarzającego się u ludzi po urazach klatki piersiowej. Są to jednak przypadki bardzo rzadkie: w ogromnej zaś większości przypadków powstają zapalenia wsierdzia bez współdziałania urazu w sercu poprzednio zdrowem w toku rozmaitych chorób zakaźnych. Otóż autor postanowił zbadać, jakie to czynniki usposabiają wsierdzie do zapalenia wtedy, gdy niema wpływu czynników mechanicznych, urazowych.

Nasuwało się tu przedewszystkiem przypuszczenie, wypowiedziane już przez Leubego, ale niczem przez niego nie poparte, że czynnikiem, przygotowującym wsierdzie do rozwoju zmian zapalnych, są jady bakteryi. To przypuszczenie należało doświadczalnie sprawdzić. W tym celu wstrzykiwał autor psom podskórnie rozmaite jady, jak n. p. jad prątka błoniczego — w 7 doświadczeniach, jad prątka durowego — w 2 doświadczeniach, jad prątka ropy błękitnej i t. d. Wywoławszy dostateczny stopień zatrucia, wstrzykiwał potem autor do krwi hodowlę takich drobnoustrojów, o których wiadomo, że mogą wywołać zapalenie wsierdzia, a więc gronkowce — w 7 doświadczeniach, paciorkowce — w 2 doświadczeniach, w jednem zaś doświadczeniu prątka Friedländera. Wszystkie psy, z wyjątkiem jednego, któremu wstrzyknięto zbyt słabą hodowlę paciorkowców i który dzięki temu doświadczenia przetrzymał, zginęły na 4—8 dzień po wstrzyknięciu bakteryi, a przy sekcyi znaleziono, oprócz obrazu ogólnego zakażenia, także wybitne zmiany zapalne na zastawkach, zarówno w prawej, jak i w lewej połowie serca, przedewszystkiem jednak na zastawce trójdzielnej. To sadowienie się zmian, przedewszystkiem na zastawce trójdzielnej, tłómaczy się łatwo tą okolicznością, że autor wstrzykiwał mikroby do żyły szyjnej, a więc niemal wprost do prawej komórki serca. Zapalenie wsierdzia pojawiało się w postaci bądź brodawkowej, bądź wrzodziejącej, bądź wreszcie mieszanej.

Nie ulega więc żadnej wątpliwości, że jady drobnoustrojów wytwarzają na zastawkach usposobienie do zmian zapalnych, których nie można wywołać ani przez wstrzyknięcie samych tylko jadów. W przypadkach zapalenia wsierdzia w toku chorób zakaźnych po zadziałaniu jadów na wsierdzie, mogą wywołać jego zapalenie, albo te same mikroby, które są przyczyną choroby głównej, albo też jakieś inne, później do ustroju dostające się bakterye — zakażenie dodatkowe. Jady bakteryi działają niewątpliwie na wszystkie śródbłonki ustroju jednakowo szkodliwie; pomimo tego w zapaleniu wsierdzia, wywołanem doświadczalnie, sadowią się zmiany przedewszystkiem w tych częściach wsierdzia, w których zdarzają się najczęściej także w przypadkach samorodnego zapalenia u ludzi. Autor wnosi z tego, że nie należy lekceważyć wpływu czynników mechanicznych, działających już fizyologicznie na zastawki; sprawa ta nie jest jednak tak prosta, jak dawniej sądzono, i sam wpływ tych czynników nie wystarcza do wytłómaczenia zwykłej siedziby zmian na zastawkach, jeżeli się obok niego nie przyjmie wpływu jadów.

C.

Racine i Bruns. **Przyczynek do etyologii tężca gośćcowego.** (*Deutsche Mediz. Wochenschr.*, 1893, 43.). Nie należy nazywać tężcem samoistnym lub gośćcowym przypadków, w których nie znalazło się bramy zakażenia; przysługuje im raczej nazwa przypadków ukrytych (*tetanus cryptogeneticus*). Dowodem tego jest jedno spostrzeżenie autorów. Chory cierpiał przed trzema tygodniami na ucho i pręcikami z miotły, którą w kopalni zamiatał, czyścił sobie zewnętrzny przewód uszny. Wystąpiły objawy tężca, a dokładniejsze badania wykazały, że surowica krwi chorego, zastrzyknięta zwierzętom, wywołała tężec, że cząstki, wzięte z ucha prawego, jak woskowina i pyły, dawały przy badaniu drobnowidowem i w hodowli na niezneutralizowanej żelatynie wynik dodatni. Wyhodowanymi prątkami tężca zaszczepione myszy padały wśród wybitnych objawów, cechujących tę chorobę. To dowodzi, że miejscem zakażenia było ucho prawe. Przypadek przez 5 dni był dość ciężkim. Chory dostał trzy razy po 12 ctm antytoksyny tężcowej o 100 jednostkach, a już po 4 dniach nastąpiło polepszenie tak, że trzecia dawka była właściwie dana tylko zapobiegawczo. Leczenie surowicą powinno być przedsiębrane w każdym, choćby najlżejszym przypadku, nadto powinno się badać pilnie dla wyszukania bramy zakażenia.

B. Żmigród.

Holub. **W sprawie leczenia tężca antytoksyną.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1903. Nr. 31). Kobieta 41-letnia skaleczyła się, przyczem drzazga utkwiła w ranie. W trzy dni później wystąpiły pierwsze objawy zakażenia tężcowego i mimo codziennych wstrzykiwań 100 jednostek antytoksyny Behringa, stosowanych podoponowo od siódmego dnia choroby, chora umarła 11-go dnia. Przypadek ten charakteryzuje się krótkością trwania okresu wylęgania i szybkiem rozwinięciem się objawów, co z góry uważać należy za prognostycznie niepomyślne. Przypadków leczonych dotychczas wstrzykiwaniami podoponowemi antytoksyny jest wraz z opisanym 26; z tych 18 (69·2%) zakończyło się zejściem śmiertelnem. Zły wynik w przypadku autora przypisać należy drazzdze, która, będąc zakażoną, pozostawała w ranie, przez co była ustawicznem źródłem, zasilającem zakażenie tężcowe. Wyjęta bowiem po śmierci chorej dała na bulionie płyn, który w ilości 1 ctm.³ wywoływał u zwierząt typowe objawy zakażenia tężcowego. Ponadto leczenie było spóźnione. Należy zatem albo już zapobiegawczo, albo bardzo wcześnie stosować surowicę przeciwtężcową. Zajmującym jest ten przypadek jeszcze o tyle, że myszy, szczepione płynem, otrzymanym przez nakłucie, pozostały przy życiu, a więc dały wynik ujemny, podczas gdy zazwyczaj w podobnych przypadkach to się nie wydarza.

B. Żmigród.

Gebele. **O drążących ranach postrzałowych i kłutych brzucha.** (*Münch. med. Wochenschrift* 1903, 33). Dotychczasowe wyniki przemawiają za tem, że w przypadkach zranień drążących brzucha należy operować, i to operować jaknajwcześniej, gdyż przez to powstrzymuje się pewnie krwotok i posokowate zapalenie otrzewnej. Należy szczególniej operować podczas pokoju; podczas wojny niema się odpowiednich warunków do operowania i jest się zmuszonym zająć stanowisko wyczekujące, jednakże krwotok wewnętrzny jest i wtedy bezwarunkowem wskazaniem do podjęcia operacyi; usuwa się go, jak również i nagłą niedokrewność, wywołaną utratą krwi, przez podskórne wstrzykiwanie 0,75% roczczynu soli kuchennej, a pragnienie przez nizkie lewatywy z soli w tymsamym roczczynie. Jamy brzusznej autor nie sączkuje, lecz przemywa ją roczczynem soli kuchennej i zeszywa zupełnie powłoki brzuszne. Dobry opatrunek przylepcowy pozwala zapobiedz wytworzeniu się przepukliny brzusznej, później daje autor zamiast przylepca opaskę brzuszną. Statystyka uczy także, że wyniki po operacyach z powodu ran kłutych są lepsze, niż po ranach postrzałowych.

B. Żmigród

Karewski. **Chirurgiczne leczenie ropni płucnych, w szczególności trwałość jego wyników.** (*Münchener med. Wochenschrift* 19(3, Nr. 41). K. dzieli ropnie płucne na powstałe po zapaleniu płuc i na takie, których przyczyną są ciała obce. Wyleczenie dobrowolne w jednym i drugim przypadku nie wydarza się zbyt często, a w przypadkach powstałych przez dostanie się ciała obcego do płuc wyleczenie może nastąpić tylko przez wydalenie tegoż ciała obcego, bądź dobrowolne, bądź też drogą operacyjną. Leczenie operacyjne daje tem lepsze wyniki, im wcześniej jest stosowane; wpływa to także na trwałość wyleczenia. Co do swoich przypadków, to ma ich autor siedem, z których cztery utrzymują się w dobrem zdrowiu już od przeszło pięciu lat, a trzy od przeszło trzech lat. Z tego też powodu uważa autor swoje przypadki za trwale wyleczone. Sposób operacyjny zależy od czasu powstania ropnia; jeśli ropień jest świeży, wtedy wskazanem jest nacięcie płuc (pneumotomia); jeśli zaś ropień jest stary ze ścianami zgrubiałemi, łącznotkankowemi, to trzeba wykonać wycięcie tej części płuc (pneumektomia).

B. Żmigród.

Réthi. **Leczenie sapki nerwowej.** (*Wiener medicinische Wochenschrift* Nr. 23, 1903). Przez sapkę nerwową rozumie się tę postać nieżytu nosowego, która nagle powstaje, a po krótszem lub dłuższem trwaniu równie szybko ustępuje i przez pewne objawy poboczne wskazuje na zależność od układu nerwowego. Jej pojawienie się daje się odnieść do zadziałania pewnych istot aromatycznych, pewnych zapachów, woni niektórych potraw, pyłu niektórych traw itd. Badanie nosa wykazuje zaczerwienienie opuchniętej błony śluzowej. W innych przypadkach błona śluzowa jest bladą i cienką, a tylko silne wydzielanie cieczy wodnistej wskazuje na istnienie cierpienia nosowego. W pierwszej postaci najlepiej skutkuje wycięcie częściowe błony śluzowej z dolnej muszli nosowej, podczas gdy płókania, pędziowania i wdmuchiwania różnymi środkami zostają bez skutku. W drugiej postaci pędzlowania adrenaliną dają dobre wyniki. *Spira.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Stosowanie tigenolu w chorobach kobiecych. (*Deutsche Aerzte-Ztg.*, Zeszyt 19, 1903). Neumann stosował tigenol w przeszło 100 przypadkach ginekologicznych. Według tego autora tigenol ziścił wszystkie pokładane w nim nadzieje. Tampony z 10—20% rozczynem tigenolu w glicerynie działały skutecznie w przypadkach, leczonych poprzednio ichtyolem, zwłaszcza w kierunku uśmierzania bolów, a dorównywały mu co do pobudzania resorbcyi. W przewlekłych i ostrawych zapaleniach omacicznych i przymacicznych, w przewlekłem zapaleniu jajników i otoku ropnym trąbek, w przewlekłem zapaleniu macicy i nadżerkach szyjki macicznej, tampony tigenolowe oddawały bardzo dobre usługi. W 10-ciu przypadkach ostrej rzeżączki cewki moczowej stosował Neumann tampony tigenolowe zapobiegawczo i zawsze udało mu się zapobiedz rozszerzeniu się sprawy chorobowej na szyjkę. Szczególnie korzystnem było działanie kojące ból w zapaleniu błony śluzowej macicy, oraz zapaleniu macicy rzeżączkowem, co tem więcej zasługuje na uwagę, że wogóle mało możemy pomódz w tych nadzwyczaj bolesnych sprawach chorobowych.

Baschkopf.

Dermato-terapeutyczne doświadczenia z tigenolem „Roche“. Dr, Hönigschmied stosował tigenol zewnętrznie i wewnętrznie w różnych chorobach skórnych. W wyprysku, szczególnie w przypadkach przewlekłych, uzyskał szybko wyleczenie 10% maścią tigenolową. Czyraki leczył autor czystym tigenolem, pędzlowaniem co trzy godziny, lub pokrywaniem maścią tigenolową po połowie z maścią diachylonową. Wewnętrznie podawał tigenol 2 grm. dziennie w wodzie miętowej lub syropie pomarańczowym i stwierdził w ciągu 14 dni ustanie tworzenia się nowych czyraków. W łuszczycy pędzlował dwa razy dziennie tigenolem z gliceryną po równej części i zakładał opatrunek z waty. W strupieniu woszczynowatym działa znakomicie 10% maść tigenolowocynkowa. W swędzeniu skóry pomaga pędzlowanie czystym tigenolem, lub tigenolkleiną po równej częśei, lub wcieranie tigenolu z cynkiem, lub bizmutem i waseliną.

Baschkopf.

Ciężkie otrucie bromoformem u 3-letniego dziecka, zakończone wyzdrowieniem. Dziewczynka 3-letnia, której starszemu braciszkowi zapisano bromoform z powodu krztuśca, wypiła blizko 2 ctm.³ leku, poczem popadła w bardzo głęboki sen, rogówki nie oddziaływały zupełnie, źrenice były zwężone *ad maximum* i bez odruchu, wydychane powietrze silnie było czuć bromoformem, oddech stał się bardzo powierzchowny i przyśpieszony, tętno bardzo drobne (96), zależne od bardzo chwiejnego i często bardzo niedostatecznego oddychania. Ponieważ już upłynęło 1½ godz. od zażycia, przyjęto, iż bromoform, jako bardzo lotny, dawno już uległ wessaniu, więc nie płókano żołądka; wezwany Dr. Jessen ograniczył się do utrzymania oddychania przez zlewania zimną wodą w kąpieli i t. d. Wyzdrowienie nastąpiło po tygodniu. W tem spostrzeżeniu uderzała ciężkość otrucia i długie trwanie wydzielania się bromoformu z powietrzem wydychanem. Tylko bardzo energicznem postępowaniem, polegającem na podtrzymywaniu oddychania, udało się powoli usunąć ciężką śpiączkę, w której dziecko znajdowało się przez wiele godzin. (*Therap. Monatshefte*, sierpień, 1903).

Baschkopf.

Leczenie gorącem powietrzem chorób ginekologicznych. (*Wien. klin. Woch.*, Nr. 28, 1903). Sposób Biera, dążący do wywarcia korzystnego wpływu na przewlekłe sprawy zapalne zapomocą przekrwienia czynnego i biernego, znalazł także w zachowawczej ginekologii wielokrotne zastosowanie. Dr. Burger ogłosił o wynikach, osiągniętych zapomocą przyrządów, wytwarzających suche gorące powietrze, w różnych chorobach kobiecych narządów rodnych. Najgłówniejsze i najwdzięczniejsze wskazanie tworzą rozlane nacieki zapalne miedniczej tkanki łącznej, jakie rozwijają się przeważnie po zakażeniu połogowem; w szczególności następowała szybka poprawa dolegliwości podmiotowych i złagodzenie bolów. Przedmiotowo stwierdzono zmniejszenie guzów. Autor nie zapomina o przykrych objawach ubocznych (opalenie skóry brzucha, zmęczenie, bicie serca, zawroty głowy, nudności). Leczenie gorącem powietrzem jest dla pewnych schorzeń ginekologicznych, ze względu na działanie kojące i przyśpieszające wessanie, — bardzo odpowiednim zachowawczym sposobem leczniczym, który przy odpowiednim wyborze przypadków i indywidualizującym sposobie stosowania często lepsze oddaje usługi, niż wszelkie używane dotychczas sposoby leczenia. *Baschkopf.*

V. Korespondencya.

Petersburg 27 stycznia (n. st.).

Nauka polska straciła jednego z wybitnych jej orędowników. D. 20 stycznia zmarł w Kronsztadzie, w forcie Aleksandra I, rodak nasz Władysław Turczynowicz-Wyżnikiewicz, licząc lat 38. Padł ofiarą choroby, której wszechstronnemu zbadaniu poświęcił dwa ostatnie lata zaszczytnie spędzonego życia. Powołany w r. 1902 przez W. ks. Oldenburgskiego na kierownika pracowni, poświęconej badaniu moru w forcie Aleksandra I w Kronsztadzie, w której skupiono wszystkie prace i usiłowania nad poznaniem zarazka moru, oddał się on z całym młodzieńczym zapałem badaniu biologii laseeznika morowego i zagrzewał swoim przykładem do tych studyów i innych kolegów. Prowadząc w ostatnich dniach grudnia doświadczenia, połączone z rozcieraniem w przyrządzie szczelnie zamkniętym, według obmyślanej przez siebie metody, ogromnej ilości laseczników morowych przy nader nizkiej ciepłocie (— 212° C); i pod ciśnieniem kilku atmosfer, pomimo zachowania wszelkich możebnych ostrożności, musiał się ś. p. Turczynowicz-Wyżnikiewicz zarazić w jakikolwiekbądź sposób, skoro już 1 stycznia uskarżał się na lekkie niedomaganie, lecz nie przywiązywał do niego większej wagi i gotował się do udziału w pracach Pirogowskiego Zjazdu. D. 3 stycznia powrócił do swej pracowni i więcej go już nie widziano w Petersburgu. W nocy z 3 na 4 stycznia wśród objawów nadzwyczaj silnych dreszczów, gorączki dochodzącej do 40°, stan ogólny przedstawiał się odrazu groźnie, wystąpiło wreszcie lekkie bredzenie. Nazajutrz, na naradzie lekarzy, pracujących w forcie (Drowie: Padlewski, Gryglewicz, Szreiber i zawezwany z Petersburga prof. Zabołotnyj), wykazano w prawem płucu ograniczone ognisko zapalne. Wobec możliwości zakażenia morowego, bezzwłocznie zastrzyknięto choremu podskórnie 80 sz. ctm surowicy przeciwmorowej Jersina, lecz bez wyraźniejszego skutku. Nazajutrz wieczorem wystąpił kaszel, a wkrótce plwocina, początkowo śluzowo-ropna, następnie stała się krwawą. Badanie drobnowidowe, natychmiast wykonane, wykazało czystą hodowlę laseeznika morowego. Nie było więc żadnej wątpliwości, że zapalenie płuc było na tle morowem. Choremu wstrzyknięto podskórnie 200 sz. ctm surowicy, a w dniach następnych takież ilości do żył i do jamy opłucnowej. Po wstrzykiwaniach stan chorego chwilowo poprawiał się, a ciepłota spadała, lecz ognisko zapalne w płucu nie ograniczało się, owszem szerzyło się na dalsze części płuca. Sprawa szła niechybnie do zejścia niepomyślnego. Odgadując przyrodę swego cierpienia i dobrze zdając sobie sprawę z groźnego położenia, żądał ś. p. Wyżnikiewicz, aby zwłoki jego zostały spalone. Wreszcie 20 stycznia o godz. 6 wiecz. śmierć wydarła go nam w stanie zu-

pełnej nieprzytomności wśród objawów obrzęku płuc i osłabienia czynności serca. Badanie zwłok (następnie spalonych) stwierdziło rozpoznanie prawostronnego zapalenia na tle zakażenia morowego.

Ś. p. Turczynowicz-Wyżnikiewicz urodził się r. 1866. Szkoły wyższe odbył w charkowskim instytucie weterynaryjnym, który ukończył z odznaczeniem roku 1870. Następne dwa lata pełnił obowiązki asystenta kliniki lekarskiej we wzmiankowanym instytucie. Od roku 1893 oddał się badaniom księgosuszu, które mu wypełniły 8 lat życia. Początkowo w ciągu 3 lat badania te robił w okręgu kubańskim, a od r. 1897, wspólnie z ś. p. prof. Nenckim i p. Sieberową, prowadził studya nad etyologią księgosuszu w Instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu, jako najbliższy współpracownik prof. Nenckiego. Studya te doprowadziły do wykrycia metody uodporniania przeciwko księgosuszowi bydła. Metoda ta została wypróbowaną przez ś. p. Turczynowicza-Wyżnikiewicza pierwotnie (1897—1899 r.) w kraju Zakaukazkim, a następnie, gdy dała świetne wyniki, została przeprowadzoną przez niego w ciągu 2 lat w kraju Zabajkalskim. Urządziwszy tu stacyę przeciwksięgosuszową, oddał ją ś. p. Wyżnikiewicz zarządowi wojskowemu, a sam powrócił do Petersburga. Imię jego, jako sumiennego i utalentowanego badacza, stało tu już tak wysoko, że w styczniu roku 1902 powołano go na nadzwyczaj odpowiedzialne stanowisko kierownika jedynej w Rosyi pracowni, której zadaniem jest przygotowanie surowicy przeciwmorowej i studya nad morem wogóle. Pracownia ta stanowi oddział Instytutu medycyny doświadczalnej, lecz znajduje się w miejscowości zupełnie oddzielonej w Kronsztadzie w forcie Aleksandra I. Już sam fakt powołania w Rosyi na podobne stanowisko Polaka świadczy wymownie, o ile wybitnym uczonym był ś. p Turczynowicz-Wyżnikiewicz, tembardziej, że on nigdy nie ukrywał swej narodowości i bardzo ochoczo przygarniał rodaków do siebie dla wspólnej pracy. Na zajmowanem w ostatnim czasie stanowisku wystąpiły w całej pełni wybitne zdolności ś p. Wyżnikiewicza, jako wzorowego administratora i wybitnego uczonego. W krótkim czasie postawił on pracownię na należytej wyżynie naukowej, zorganizował w niej 3-tygodniowe kursa bakteryologii i diagnostyki moru, które prowadził z ogromnem oddaniem się i z wielką korzyścią dla słuchaczy, czem zjednał gorące ich uznanie i wdzięczność; wreszcie, nie ograniczając się na tem, ś. p. Wyżnikiewicz brał najżywszy udział we wszystkich specyalnych poszukiwaniach naukowych, prowadzonych za jego inicyatywą w pracowni, a zawsze występował jako człowiek prawego i nieposzlakowanego charakteru i jako najserdeczniejszy kolega.

Dziś go już niema, lecz pamięć jego nie zgaśnie nigdy wśród tych, którzy mieli możność bliżej go poznać, ocenić i razem pracować, a zaszczytną i bohaterską śmiercią przekazał on imię swoje czci i wdzięczności dalszych pokoleń. Dla nas Polaków śmierć ta jest niepowetowaną stratą, bo z ś. p. Wyżnikiewiczem zeszedł z tego świata w kwiecie sił jeden z wybitniejszych uczonych naszych i została straconą jedna z nielicznych placówek, koło której skupiała się szukająca pracy młodzież polska. Cześć i sława Jego pamięci! *Witold Orłowski.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 4 lutego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych, odbył się wykład kol. prof. Raczyńskiego p. t. »O etyologii czerwonki epidemicznej, z uwzględnieniem dwóch epidemii, panujących w Galicyi r. 1903«.

* Wydział lekarski Uniwersytetu lwowskiego powziął na ostatnich posiedzeniach kilka ważnych uchwał, mających na celu przedewszystkiem uzupełnienie brakujących katedr.

I. Wydział zwrócił się do ministerstwa z prośbą o oddzielenie katedry farmakologii od farmakognozyi, a na katedrę farmakologii zaproponował trzech kandydatów w następującym porządku: *1-mo loco* Doc. dr. Leona Popielskiego, *2-do* — Doc. Dr. Edmunda Biernackiego, *3-tio* — Dr. Jerzego Świrskiego.

II. Na katedrę pedyatryi przedstawił: *1-mo loco* prof. Dr. Jana Raczyńskiego, *2-do* — Dr. Ksawerego Lewkowicza.

III. Na katedrę oto-laryngologii: *1-mo et unico loco* Prof. Dr. Antoniego Jurasza.

* Z odczuciem szczerego zadowolnienia, a nawet dumy, wypada nam zaznaczyć, że wśród kobiet, poświęcających się badaniu naukowemu, Polki stanęły na naczelnem miejscu: obok pani Michaliny Stefanowskiej, której badania histo-fizyologiczne mózgu zaznaczyły istotny postęp w tej najtrudniejszej gałęzi wiedzy ludzkiej, a znakomitej badaczce przyniosły stanowisko docenta w Genewie; obok światowego dziś rozgłosu imienia pani Skłodowskiej-Curie, — trzecie miejsce należy się zaszczytnie już znanej w nauce, a nie obcej i czytelnikom naszego czasopisma, pani Józefie Joteykównie, kierowniczce pracowni psycho-fizyologicznej w Brukseli. O przyznaniu pannie Joteykównie tegorocznej nagrody Lallemanda przez francuską Akademię nauk ścisłych, pisaliśmy w swoim czasie. Laureatka jest autorką najgruntowniejszej teoryi znużenia. Na grudniowem posiedzeniu belgijskiej Akademii lekarskiej odczytano pracę p Joteykówny p. t. »Mechanizm fizyologiczny odczynu zwyrodnienia mięśni«. Sprawozdawca uczynił wniosek, aby rozprawę tę wydrukowano w biuletynach Akademii, a nazwisko autorki wpisano na listę kandydatów na członków korespondentów zagranicznych Akademii: wniosek ten został uchwalony. Po raz pierwszy kobieta wznosi się na ten wysoki szczebel w hierarchii naukowej. Akademia zaznaczyła, że p. Joteykówna wyjątkowemi zdolnościami i pracą zasłużyła w zupełności na zaszczyt, który względem niej jest tylko aktem sprawiedliwości«.

Tem chętniej piszemy tę notatkę, że „sprawa kobiet“ w Polsce przebiega (czy przebiegała), z wyjątkiem szamotania się rzadkich jednostek mniejwartościowych, poważnie i spokojnie: badaczki polskie, których nazwiska przytoczyliśmy, najlepiej rozstrzygnęły zatarg o t. zw. „równouprawnienie kobiet“, mianowicie, że praw nabywa się nie rezolucyami na wiecach, lecz rzetelnym talentem i wytrwałą pracą“.

* Wydział krajowy mianował w krakowskim szpitalu św. Łazarza Dra B. Grünhuta sekundaryuszem I klasy; Dra Bol. Żmigroda sekundaryuszem II klasy, a Dra J. Owsińskiego praktykantem etatowym.

* Ministeryum rolnictwa poleciło starostwom górniczym, ażeby w granicach swej władzy pouczyły zarządy kopalń, oraz właścicieli przedsiębiorstw prywatnych, że górnicy węgierscy głównie ulegają tęgoryjcowi (*anchylostoma*) i że wskutek tego przed przyjęciem górnika, przybywającego z Węgier, należy go poddać zbadaniu lekarskiemu.

* W Rzymie zorganizowało się »Towarzystwo lekarzy katolickich« pod kierownictwem Dr. Taussiga, które zamierza zwołać w wiecznem mieście międzynarodowy Kongres lekarski o charakterze ściśle naukowym. Propagatorami projektu pielgrzymki lekarzy katolickich z Francyi do Rzymu są lekarze francuscy: Boissarie i Dauchez; pielgrzymka ma odbyć się w m. kwietniu t. r. Lekarze miejscowi w Rzymie czynią przygotowania do odbycia tego Kongresu

* Do Towarzystwa samopomocy lekarzy w dalszym ciągu przystąpili koledzy: Gabel H. (Lwów), Gąsiorowski S. (Winniki), Grudziński L., Jaciów T. (Kamionka Strumiłowa), Przybylski S. (Pruchnik), Roth S (Żurawno). *Dr. Langie* I sekretarz.

* Między 5 a 18 stycznia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (2 gm), brzeżańskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamioneckim (2 gm.), mościskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), niskim (1 gm.), rawskim (2 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stanisławowskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), tarnobrzeskim (1 gm.), trembowelskim (2 gm.), turczańskim (1 gm.), zaleszczyckim (1 gm.).

Mianowania. Docenci: Dr. Hammer i Dr. Meves mianowani zostali profesorami nadzw., pierwszy w Heidelbergu, drugi w Kilonii.

Bibliografia:

— *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* Z. III 1903 r. Kucharzewski: O wpływie jadów na krew. Rzętkowski: Studya nad sprawnością proteolityczną zawartości żołądkowej. Landau: O odporności względem chorób zakaźnych. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 4. Goldflam: Przyczynek do patologii odruchów na dolnych kończynach ze szczególnem uwzględnieniem odruchu Babińskiego. Neugebauer: Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o hermafrodytyzmie? (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 2. Niedzielski: Amputacya międzyłopatkowo-piersiowa. Andrzejewski: Krwotoczność zimnicza oraz o krwotokach i krwawieniach zimniczych (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 4. Serkowski i Maybaum: Materyały do etyologii i statystyki raka. Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych skóry w *herpes progenitalis* (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 3 zawiera: Obowiązkowa praktyka lekarska. — Ambulatorya bezpłatne. — W obronie § 43 *e*. — Opinie Izb lekarskich w sprawie tytułu specyalisty. — Reforma szpitalnictwa krajowego. — Z debat sejmowych w sprawach sanitarnych. — Z doli lekarzy więziennych. — W sprawie tłumienia epidemii. — W sprawie szczepienia. — Niektóre dezyderaty lekarzy powiatowych. — Z organizacyi lekarskich.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 12. Wilga: Zęby różnych ras ludzkich. Krakowski: Kauczuki dentystyczne (c. d.).

— *Lékařské rozhledy* Z. 1. Thomayer. Aforismy o therapii naši doby. Jirasék: Samovolná stolice při vnitřni inkarceraci tenkého střeva.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 4. Janský: Theorie o podstatě hysterie (dok.). Schnurpfeil: Léčeni ileu atropinem (dok.). Mladějovský: Diabetes (c. d.).

— *La Presse médicale* N. 6. Faure: Technika histeroktomii brzusznej w ropieniach przydatków. Lermoyez: Pogadanki o elektryczności.

Nr. 7. Fuster: Nowe widoki walki z gruźlicą w Niemczech. Niccole i Brunswic-le Bihan: Wieszanie w Tunisie.

— *Berliner klin. Wochenschrift* N. 4. Hirschberg: Przyczynek do rokowania w złośliwych guzach naczyniówki. Shiga: O czynnem uodpornieniu ludzi przeciw prątkom durowym. Lesser: Etyologia i patologia wiądu i jego stosunek do kiły. Erb: Kiła i wiąd (dok.). Borchardt: Zranienie postrzałowe trzustki i ostre krwotoczne jej zapalenie (dok.). Behring: Podstawy odnoszące się do powstawania suchot u człowieka i zwierząt.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 4. Stoerk: Przyczynek do patologii żołądkowo-jelitowej tkanki gruczołowatej. Exner: Leczenie raka przełyku promieniami radu. Kapsammer: Kryskopia i odruchowe moczenie nadmierne. Metzenauer: Przewlekły wrzód słoniowaciowaty. Bondi: Wpływ ginekologicznych operacyi na miesiączkę. Gross: Przypadek śmierci w następstwie utajonego tętniaka tętnicy kręgowej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 4. Grunert: Wyniki anatomo-patologicznego badania schorzeń ucha środkowego w ostatniem dziesięcioleciu, z rzutem oka na praktykę. Bittorf: Ostre i przewlekłe ograniczone zapalenie kiszki grubej, zwłaszcza zagięcia esowatego. Moszkowicz: Wczesny objaw ciężkiego zapalenia jelita ślepego. Baer: Ostre ogólne zapalenie mięśni. Fischer: Ogólne i wysokiego stopnia zaburzenie zdolności zapamiętywania w początkującem porażeniu. Knapp: Przypadek ruchowego i czuciowego porażenia połowiczego po zranieniu mózgu pociskiem rewolwerowym. Graeffner: Zęby zabłąkane w nosie, jako objaw dodatkowy kiły wrodzonej. Morris: Przypadek zawału wybroczynowego w nerkach. Köhl: Tasiemiec długoczłonki u sześciotygodniowego dziecka. Neustatter: Jeszcze uwagi nad pędzlem do oczów z waty. Volhard: Nowa metoda ilościowego oznaczania pepsyny.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 5. Flügge: Rozpowszechnienie prątków gruźliczych a usposobienie do suchot płucnych. Friedmann: W sprawie czynnego uodpornienia przeciw gruźlicy. Herxheimer: O zewnętrznem leczeniu łuszczycy. Gaupp: Rokowanie w porażeniu postępującem (dok.).

Redakcya otrzymała. Kucharzewski: O wpływie jadów błoniczego i tężcowego na zmiany morfologiczne, hemoglobinę i ciężar gatunkowy krwi. Karliński: 1) Wąglik. 2) Nosacizna. 3) W kwestyi przenoszenia się gruźlicy ludzkiej na bydło rogate (1901). 4) Zur Aetiologie des Rekurrenstyphus. 5) Zur Therapie des Rückfallfiebers. 6) Zur Bacteriologie der Lepra. 7) Ausländische Krankenpflege. 8) W kwestyi przenoszenia się gruźlicy ludzkiej na bydło rogate (1904).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 4 (od 24/1 do 30/1) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 33, dz. 32; nieżywo: chł. 4, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 22, kob. 21; zamiejscowych: męż. 8, kob. 13.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 12, ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. 3 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej 1, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. —. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 13, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa miej —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob —. **Razem** miej. 43, obcych 21.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 10 lutego, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy,*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. dr. Bier mówić będzie: „Asanacya Zakopanego, usuwanie nieczystości miejskich“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Program kursu dla lekarzy
na Wydziale lekarskim Uniwersytetu we Lwowie w r. 1904.

Kursa te trwać będą od dnia 10. do 30. marca. Zapisywać się można w kwesturze Uniwersytetu lwowskiego od 1. do 8. marca.

1. Prof. Dr. Niemiłowicz: Rozbiór moczu, — 8 gogzin. Czesne 10 koron.

2. Doc. Dr. Kučera: Bakteryologia lekarska, — 6 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

3. Prof. Dr. Gluziński: Dyagnostyka chorób wewnętrznych z uwzględnieniem najnowszych metod klinicznego badania (badanie kliniczne krwi, plwocin, treści żołądkowej, kału, moczu itd.), w połączeniu z wykładem o nowszych zabiegach leczniczych przy współudziale Docentów Drów Marischlera i Renckiego i asystentów kliniki, — 10 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

4. Doc. Dr. Wiczkowski: Rozpoznawanie i leczenie chorób nerkowych na materyale szpitalnym, — 6 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

5. Doc. Dr. Kowalski: Zarys hidroterapii z uwzględnieniem części fizyologicznej i klinicznej, — 3 godziny tygodniowo. Czesne 6 koron.

6. Radca Dworu Prof. Dr. Rydygier: *a)* Badanie i leczenie następowe chorób chirurgicznych z uwzględnieniem praktyki prywatnej, — 10 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron. *b)* Kurs operacyjny odpowiednio do materyału. Czesne 50 koron.

7. Prof. Dr. Schramm: Leczenie gruźlicy stawów i kości u dzieci. Liczba uczestników ograniczona do czterech, — trzy razy w tygodniu po $1\frac{1}{2}$ godziny. Czesne 20 koron.

8. Doc. Dr. Gabryszewski: Zarys ortopedyi z ćwiczeniami praktycznemi masażu, gimnastyki i zakładanie opatrunków, — 5 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

9. Doc. Dr. Gońka: Leczenie operacyjne i zachowawcze chorób zębów, — 6 razy tygodniowo po $1\frac{1}{2}$ godziny, od 8 do $\frac{1}{2}$10 przedpołudniem. Czesne 40 koron.

10. Prof. Dr. Łukasiewicz: Dyagnostyka i terapia chorób skórnych i wenerycznych, — 6 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

11. Prof. Dr. Machek: Rozpoznawanie i leczenie chorób ocznych, — codziennie od 10 do 11. Czesne 20 koron.

12. Doc. Dr. Bednarski: Praktyczne ćwiczenia we wziernikowaniu oka, — 3 godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.

13. Prof. Dr. Mars: Wykłady kliniczne z ginekologii, — 5 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

14. Prof. Dr. Sieradzki: Ćwiczenia w badaniach i w orzeczeniach sądowolekarskich, — 2 razy tygodniowo po $1\frac{1}{2}$ godziny, t. j. 3 godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.

15. Dr. Panek: Higiena i chemia żywienia łącznie z przemianą materyi w stanie zdrowia i choroby, wraz z ćwiczeniami praktycznemi w badaniu środków spożywczych, — 10 godzin tygodniowo (w godzinach popołudniowych). Czesne 20 koron.

L. 2495 Sokal dnia 26 Stycznia 1904.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowej Sokalskiej rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Warężu miasteczku z roczną płacą 1200 koron i ryczałtem na objazdki gmin w rocznej kwocie 600 koron.

Do okręgu sanitarnego w Warężu należy 20 gmin z ludnością 11567 dusz, a w miejscu znajduje się apteka publiczna.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wnieść do Wydziału powiatowego w Sokalu w terminie do 1 Marca b. r. udokumentowane podania, do których należy dołączyć:

1) metrykę urodzenia

2) dyplom doktora wszech nauk lekarskich

3) świadectwo odbytej 2-letniej praktyki w zawodzie lekarskim

4) świadectwo przynależności lub inny dokument na udowodnienie prawa obywatelstwa austryackiego

5) świadectwo zdrowia wystawione przez c. k. lekarza powiatowego

6) świadectwo nieskazitelnego zachowania się, potwierdzone przez c. k. Starostwo.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya, wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym, ogłoszona w dzienniku ustaw krajowych Nr. 83 z roku 1891, tudzież wykonywanie oględzin bydła i mięsa w Warężu mieście.

Z Wydziału Rady powiatowej.

Rok XLIII. Kraków 13 Lutego 1904. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

O znieczulaniu rdzeniowem tropokokainą sposobem Guinard-Kozłowskiego.

Podał

Dr. Antoni Rydygier (syn).

(Według wykładu na XIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie).

Jeszcze do roku przeszłego zachowywaliśmy się bardzo nieufnie względem znieczulenia rdzeniowego i dopiero modyfikacya sposobu Guinard-Kozłowskiego zachęciła nas do próbowania tej metody. A to nietylko dla tego, że tak postępując, mniej narażamy chorego na możliwe zakażenie, ale głównie z tej przyczyny, że, jak Kozłowski zaręczał, stosując tę metodę, wyjątkowo tylko, a zawsze w niewielkiem natężeniu występują wymioty, ból głowy i podwyższenie ciepłoty, co zresztą i my w naszych przypadkach stwierdziliśmy.

Zaczęliśmy od małego ulepszenia, a mianowicie rozpuszczamy tropokokainę odrazu w strzykawce Luera, z której poprzednio tłok usunięto, łapiąc wprost do niej płyn mózgowordzeniowy. O ile nam wiadomo, to i Kozłowski skasował za naszym przykładem naczyńko do rozpuszczania tropokokainy. Igłę wkłuwamy nie — jak radzi Tuffier — między 4-tym a 5-tym kręgiem lędźwiowym, lecz — jak w ostatnich czasach ogólnie zostało przyjęte — między 1-szym a 2-gim, t. j. na linii, łączącej tylne kąty ostatniej pary żeber.

Raz nie udało nam się otrzymać ani odrobiny płynu mózgowo-rdzeniowego i musieliśmy przejść do ogólnego znieczulenia. Przyczyną tego mogło być zatkanie się igiełki podczas przebijania. Później w takich razach, — bardzo zresztą rzadkich, — aspirowaliśmy dobrze ciągnącą strzykawką, lub przepychaliśmy igłę drucikiem, lecz czyniliśmy to niechętnie. Czasem wystarczy okręcenie igiełki około jej osi, lub kaszlnięcie chorego, żeby ciecz nagle wytrysnęła.

Na 49 przypadków dwa razy znieczulenie nie nastąpiło i trzeba było powrócić do chloroformu. W trzech przypadkach znieczulenie minęło za prędko i musiano dla zakończenia zabiegu lekko chloroformować, względnie odurzać eterem, przyczem jednak trzeba przyznać, że i w tych przypadkach trwało więcej niż $^3/_4$ godziny. Zresztą byliśmy z tej metody zawsze bardzo zadowoleni, tembardziej, że z wyjątkiem występowania niekiedy niezbyt cieżkiego bólu głowy i bardzo rzadko wymiotów, żadnych nieprzyjemnych powikłań nie zauważyliśmy. Ciepłota nieomal zawsze podnosiła się od 37·8 do 38·6° C., lecz to żadnego nie miało znaczenia i choremu nie sprawiało podmiotowej przykrości, tembardziej, że podniesienia się ciepłoty bywały nadzwyczaj krótkotrwałe tak, że przy dwurazowem mierzeniu wcale ich nie uważano i dopiero gdyśmy co godzinę mierzyli ciepłotę, spostrzegliśmy, że prawie zawsze istnieje małe podwyższenie, którego szczyt przypada na 10-tą godzinę po zabiegu, czyli u nas na godziny nocne.

Co do bolu głowy, to podnieść należy, że wtedy tylko bywa silniejszy i połączony z bolem i sztywnością karku, jeśli się operowało dłuższy czas w ułożeniu Trendelenburga, które, przynajmniej w formie przedłużonej, przy znieczuleniu rdzeniowem uważamy za niekorzystne. Wymioty wystąpiły tylko w trzech przypadkach, dwa razy bezpośrednio po znieczuleniu, raz przez dłuższy czas, bo się utrzymywały i w dniu następnym. Na jedno jeszcze chciałbym zwrócić uwagę: trzech chorych podczas operacyi bezwiednie oddało stolec i wiatry, co w jednym przypadku, przy przepuklinie uwięźniętej, było bardzo pożądaną rzeczą dla operatora, gdy miał natychmiastowy skutek swego zabiegu i odrazu mógł się przekonać o przywróceniu drożności jelit. Niektórzy autorzy tłómaczą sobie ten objaw porażeniem zwieracza; my zaś raczej dopatrujemy tu wzmożenia ruchu robaczkowego jelit przy współczesnem znieczuleniu odbytu. Przy operowaniu przepuklin mieliśmy sposobność widzenia, w jakiem napięciu są jelita i jak ich ruch robaczkowy jest wzmożony. To nas właśnie do poprzedniego mniemania skłoniło.

Co do przeciwwskazania do stosowania znieczulenia rdzeniowego, to właściwie tylko zbyt wysokie położenie pola operacyjnego za takie uważać można; myśmy wykonywali operacye aż po linię pępkową; wycięcie nerek w tem znieczuleniu przebiegało zupełnie bezboleśnie. Zależy od woli, a raczej, od przekonań operatora, czy ma stosować tropokokainę mniej, lub więcej często. Stanowcze jednak wskazania do tego sposobu znieczulania widzimy w cierpieniu nerek, gdzie nam na tem zależy, aby środkiem znieczulającym schorzałych już i tak nerek jeszcze bardziej nie drażnić.

Na zakończenie pozwolę sobie przedstawić wykaz operacyi, dotychczas dokonanych w tem znieczuleniu w klinice lwowskiej:

Sectio alta (przy kamicy pęcherzowej) 2 razy; *Abrasio mucosae vesicae* 1; *Oper. radicalis haemorrhoid. modo* Riedel 5; *Oper. radicalis haemorrhoid. modo* Esmarch 2; *Oper. rad. herniae modo* Kocher 13; *Oper. rad. herniae modo* Bassini-Postępski 5; *Resectio genus modo* Textor-Gepr. Koenig 5; *Nephrectomia* 2; *Resectio recti modo* Kraske-Rydygier 1; *Operatio radicalis hypospadiasis modo* Beck 1; *Appendectomia* 3; *Castratio* 1; *Amput. cruris diacondylica* 1; *Resectio intracapsularis prostatae modo* Rydygier 1; *Amput. recti modo* Lisfranc 1; *Extirp. gl. lymph.*

ingu. supp. 1; *Oper. rad. hydrocel. m.* Winckelmann 1; *Amput. penis* 1; *Op. rad. herniae m.* Czerny 1; *Op. rad. varicocele* (Trendelenburg) 1.

II. Z pracowni fizyologicznej Szpitala wojskowego w Moskwie.

Przyczynek do farmakologii pilokarpiny.

Podał
Dr. Leon Popielski
docent fizyologii.

(Dokończenie).

VI.

W doświadczeniach nad działaniem pilokarpiny na ustrój, łatwo spostrzedz inne jeszcze zjawiska, nad któremi bliżej należy się zatrzymać, a mianowicie: 1) oddawanie kału; 2) wydzielanie się moczu; 3) wydzielanie żółci; 4) wymioty i nudności.

1) Kał w początku bywa twardy, od zewnątrz powleczony ciągnącym się śluzem, a następnie staje się rzadkim, jakby rozprowadzonym płynem wodnistym Przyczyny oddawania kału są jasne: spotęgowany ruch robaczkowy kiszek i zwiększona ilość wydzieliny w kiszkach. Na spotęgowanie ruchu robaczkowego kiszek wskazuje także fakt peryodycznego wydzielania się płynu z przetoki żołądkowej w kształcie strumienia: ruch robaczkowy przerzuca nagromadzoną wydzielinę z kiszek z jednej strony do żołądka, a z drugiej w kierunku odwrotnym przewodu pokarmowego — ku odbytnicy. Zwiększenie ruchu robaczkowego kiszek pod wpływem pilokarpiny jest faktem już oddawna zaznaczonym, który mogę potwierdzić i ja na zasadzie własnych doświadczeń, przeprowadzonych na psach w r. 1896 i na kotach w r. 1900; z całą dokładnością mogłem widzieć bardzo energiczne ruchy robaczkowe kiszek. To spotęgowanie ruchów robaczkowych kiszek zależy, jak to wykazały badania różnych autorów, od działania pilokarpiny na mięśnie gładkie jelit.

2) Przechodząc do faktu zwiększonego oddawania moczu pod wpływem pilokarpiny, należy zastanowić się nad pytaniem, jakiego jest ono pochodzenia? Czy oddawanie moczu jest wyrazem działania pilokarpiny na mięśnie gładkie pęcherza moczowego, czy też przyczyną tego aktu jest działanie pilokarpiny na sam narząd, wytwarzający mocz, na nerki? Warunki dla zwiększenia wydzieliny pod wpływem pilokarpiny mamy bardzo sprzyjające: rozszerzenie naczyń krwionośnych w nerkach i zwiększone ciśnienie krwi z powodu szybszego bicia serca. Nie może tu być mowy o zwyczajnem tylko wydaleniu moczu, nagromadzonego w pęcherzu przed doświadczeniem, a to dlatego, że zwiększone oddawanie moczu zachodziło i przy opróżnionym uprzednio pęcherzu moczowym. I rzeczywiście mocz wydzielał się w znacznej ilości i często.

3) Nie tak łatwo jest jednak rozstrzygnąć pytanie, jakie działanie wywiera pilokarpina na wątrobę. W doświadczeniach wyżej przytoczonych widzieliśmy, że z przetoki żołądkowej wypływa żółć albo w stanie czystym, albo w charakterze domieszki, zabarwiającej wydzielinę na żółto-zielono. Zawiłość tego pytania zwiększa się jeszcze i z tego powodu, że warunki fizyologiczne wytwarzania się żółci są nam zupełnie nieznane. Niektórzy wskazują na rozszerzenie naczyń krwionośnych, jako na warunek sprzyjający wytwarzaniu się żółci. Zdanie to oczywiście jest słuszne, albowiem krew dostarcza tego materyału, który komórki wątrobowe przerabiają na żółć. Jednak niemniej słusznem jest także i to, że stan komórek wątrobowych odgrywa pierwszorzędną rolę w sprawie powstawania żółci. A tymczasem zupełnie nie znamy tych warunków, które podnoszą lub obniżają ich wytwórczą czynność. W doświadczeniach swoich, wykonanych w r. 1899, przekonałem się, że drażnienie n. błędnego wywołuje znaczne i natychmiastowe zwiększenie wydzieliny. Że w doświadczeniach moich żółć wydzielała się niewątpliwie z wątroby, wynika z tego, że podwiązywałem przewód pęcherzykowy i w ten sposób odosobniałem zupełnie pęcherzyk żółciowy od przewodu wątrobowego i żółciowego. Z faktu tego można byłoby wyprowadzić wniosek, że komórki wątrobowe znajdują się pod wpływem takich samych nerwów wydzielniczych, jak komórki ślinianek, żołądka, trzustki i że wobec tego warunki czynności komórek wątrobowych są takie same, jak i innych gruczołów. Niestety fakt ten nie został należycie zanalizowany (doświadczenia w tym kierunku przerwałem); dlatego trudno powiedzieć, czy nerw błędny działa na komórki wątrobowe, czy też działa na mięśnie gładkie przewodów wydzielniczych. W wysokim stopniu doniosłych badaniach prof. Browicza nad budową wątroby mamy poważną podstawę do przypuszczania, że czynność komórek wątrobowych nie różni się niczem od czynności komórek innych gruczołów wydzielniczych. A mianowicie prof. Browicz wykazał, że przewody żółciowe są zupełnie odosobnione od układu krwionośnego i że przedstawiają taki sam układ niezależny przewodów wydzielniczych, jakie widzimy i w innych gruczołach. Fakt ten przemawia za tem, że czynność wydzielnicza wątroby znajduje się w takim samym stosunku do układu krwionośnego, jak czynność wydzielnicza ślinianek, trzustki i t. d. W najnowszych doświadczeniach Fleiga *(Comptes rendus de la société de Biologie, 1903)* znajdujemy fakt, że kwas solny, wprowadzony do dwunastnicy, wywołuje odruchowo wydzielinę żółci. Wydzielanie to jednak jest wynikiem działania kwasu solnego na mięśnie gładkie pęcherza żółciowego, albowiem w moich doświadczeniach, po przewiązaniu przewodu pęcherzykowego, wprowadzony do dwunastnicy HCl nie wywoływał wydzielania żółci. Widzimy więc stąd, jak bardzo niedostateczne są nasze wiadomości o fizyologicznych warunkach czynności wątroby i jak z tego powodu trudno się oryentować w tych przypadkach, w których należy dokładnie określić, skąd pochodzi spostrzegana przez nas wydzielina żółci: z pęcherza żółciowego, czy też bezpośrednio z komórek wątrobowych? Przechodząc do pilokarpiny, spotykamy jednak fakty, których analiza każe przypuszczać z dużem prawdopodobieństwem, że alkaloid ten wywołuje skurcz mięśni gładkich pęcherzyka żółciowego i w ten sposób sprowadza zwiększoną wydzielinę żółci. Przedewszystkiem zwraca na siebie uwagę fakt, że w niektórych doświadczeniach, jak n. p. w doświadczeniu Nr. 4, wydziela się bardzo nieznaczna ilość żółci i to pod koniec doświadczenia, czego naturalnie nie mogłoby być, gdyby pilokarpina działała na komórki wątrobowe. Również w innych doświadczeniach, chociaż żółć wydzielała się w znacznej ilości, jednak także nie stale, a tylko peryodycznie. Naturalnie, powyższe przypuszczenie co do działania pilokarpiny jest tylko prawdopo-

dobnem, jednak nie bezwzględnie pewnem, albowiem żółć może się wytwarzać w samych komórkach wątrobowych i nagromadzać w pęcherzyku żółciowym, a stąd dopiero przechodzić do dwunastnicy: takie samo otrzymamy zjawisko, gdyby żółć wypływała bezpośrednio z pęcherzyka żółciowego. Co prawda, badania histologiczne i fizyologiczne prof. Kuljabko przemawiają za tem, że na komórki wątrobowe pilokarpina nie wywiera żadnego działania, gdyż w najdrobniejszych rozgałęzieniach dróg żółciowych prof. Kuljabko nie znajdował zwiększonej ilości żółci pod wpływem pilokarpiny.

4) Przechodząc teraz do wymiotów i nudności, przedewszystkiem nasuwa się pytanie, czy nie są one przyczyną braku wydzielania się soku żołądkowego i trzustkowego pod wpływem pilokarpiny?. Wiadomo bowiem z doświadczeń Bernsteina, że wymioty przerywają wydzielinę soku trzustkowego, a najprawdopodobniej także i żołądkowego. Za tem przypuszczeniem przemawia napozór ten fakt, że pilokarpina wywołuje znaczną wydzielinę śliny, t. j. działa pobudzająco na takie gruczoły, które mają nadzwyczaj słabo rozwinięty układ nerwów hamujących, które natomiast silnie są rozwinięte w gruczołach żołądkowym i trzustce. Stąd wyniknąłby wniosek, że dla otrzymania wydzieliny soku trzustkowego i żołądkowego należałoby brać takie dawki pilokarpiny, które nudności i wymiotów nie wywołują. Tymczasem w doświadczeniach Czuryłowa, przeprowadzonych na psach z przewlekłą przetoką żołądkową, dawki pilokarpiny nie wywoływały zupełnie nudności, a jednak sok żołądkowy nie wydzielał się wcale. Również w swoich doświadczeniach na kotach, którym przecinałem n. n. błędne, zawierające w sobie n. n. hamujące, nie otrzymywałem wcale wydzieliny soku trzustkowego. Z drugiej strony, pomimo nudności, sok trzustkowy wydziela się w warunkach, przezemnie wskazanych, a mianowicie w obecności kwasu solnego w jelitach cienkich, co ma naprzykład miejsce u zwierząt niedawno nakarmionych przed doświadczeniem. Oprócz tego należy zauważyć, że pilokarpina jest tym środkiem, który według zdania wielu badaczy poraża czynności n. n hamujących. Tak Vulpian utrzymuje, że pilokarpina poraża n. n. hamujące gruczołów potnych; Arloing — gruczołów pyska (*moufle*) byków. Ostrogorski w rozprawie, wykonanej pod kierunkiem prof. Pawłowa, przychodzi do wniosku, że pilokarpina poraża zakończenia n. n. hamujących gruczołu podszczękowego. Za podstawę do podobnego wniosku służył mu fakt, że po przecięciu wszystkich nerwów odśrodkowych, idących do gruczołu podszczękowego: struny bębenkowej, n. spółczulnego, można jednak otrzymać odruchową wydzielinę śliny przy drażnieniu dośrodkowego końca n. kulszowego, jeżeli tylko zwierzęciu przedtem została wprowadzona pilokarpina, naturalnie w dawkach, które same przez się nie wywoływały wydzieliny. W swoich doświadczeniach (na psach i kotach) nie mogłem stwierdzić wniosków wyżej przytoczonych autorów, gdyż stwierdziłem, że pilokarpina nie poraża zakończeń obwodowych n. n. hamujących trzustki.

W każdym razie w żadnem ze swoich doświadczeń nie mogłem wykazać, aby pilokarpina podnosiła ich pobudliwość. Wreszcie pomimo wymiotów i nudności, ślina, łzy wydzielają się obficie, a w niektórych doświadczeniach, jak to wykazałem wyżej, można otrzymać wydzielelinę (prawda niewielką) i soku trzustkowego. Jakie jest jednak pochodzenie wymiotów i nudności? Czy są zjawiskiem pierwotnem, zależnem od działania pilokarpiny na ośrodki nerwowe, czy też zjawiskiem wtórnem, towarzyszącem obfitemu wydzielaniu się śliny w jamie ustnej? To drugie przypuszczenie zdaje się być najprawdopodobniejszem, albowiem wymioty i nudności występują znacznie później, aniżeli wydzielina śliny, czego nie mogłoby być, gdyby pilokarpina bezpośrednio działała na ośrodki wymiotne, zwłaszcza, jeżeli mieć będziemy na względzie łatwą ich pobudliwość. Aby się przekonać, jakie ślina ma znaczenie dla pochodzenia wymiotów, wykonałem następujące doświadczenie: pod chloroformem przewiązałem u zupełnie zdrowego psa z obydwóch stron przewody gruczołów podszczękowego i przyusznego (przewody Wartona i Stenona), a następnie po 2 dniach przystąpiłem do doświadczenia, wprowadzając pod skórę brzucha $3^1/_2$ ctm $1^0/_0$ pilokarpiny Wyniki tego doświadczenia są w wysokim stopniu pouczające: wymioty nastąpiły znacznie później, niż zwykle, a mianowicie po upływie $23^1/_2$ minut i to wtenczas, kiedy w jamie ustnej zaczął się gromadzić śluz z powierzchownych gruczołów błony śluzowej jamy ustnej. Jasnem jest więc, że wymioty pod wpływem pilokarpiny są pochodzenia wtórnego, — zjawiskiem, towarzyszącem obfitemu wydzielaniu się śliny. Pozwolę sobie w całości przytoczyć wyżej wspomniane doświadczenie:

Doświadczenie 7. Pies nr. 3, wagi 10000,0. 20. IX. 1903.

O g. 1—44' wprowadzono pod skórę $5^1/_2$ ctm. $1^0/_0$ chlorku pilokarpiny;

o g. 1—54' z nosa i oczów pokazała się wydzielina.
1—56' z oczów cieką łzy. Pies oblizuje się.
2—02'. Pies oddaje kał.
2—04'. Z pyska pokazuje się ciągnący się gęsty śluz.
2—05'. Pies oddaje mocz.
2—07'. Śluz wydziela się obficie.
2—$07^1/_2$'. Wymioty.
2—08'. Pies oddaje kał.
2—17'. Wymioty żółcią.
2—24'. Wymioty. Śluz z pyska wydziela się dość obficie.

Na zasadzie tego, co wyżej przytoczyłem, mogę co do działania pilokarpiny na ustrój wyprowadzić następujące wnioski:

1) Pilokarpina wywołuje obfitą wydzielinę śliny i łez;

2) pobudza do zwiększenia ilości moczu, zawdzięczając to rozszerzeniu naczyń krwionośnych w nerkach i podniesionemu parciu krwi;

3) wywołuje obfitą wydzielinę soku kiszkowego i śluzu z gruczołów śluzowych żołądka i kiszek;

4) działa na mięśnie gładkie, pobudzając ruch robaczkowy kiszek, wskutek czego wydziela się z przetoki żołądkowej *a*) obfita ilość treści kiszek, soku kiszkowego i żółci; *b*) wydala się kał początkowo twardy, powleczony śluzem, a następnie wodnisty, rozrzedzony sokiem kiszkowym Analiza płynu, wyciekającego z przetoki żołądkowej, wykazuje, że nie jest on sokiem żołądkowym, ani trzustkowym, a przedstawia się w postaci płynu złożonego, w skład którego wchodzą: 1) gęsty śluz; 2) żółć i 3) w przeważnej części sok kiszkowy;

5) pilokarpina nie wywołuje wydzieliny soku trzustkowego i żołądkowego;

6) wywołuje natomiast wymioty i nudności w sposób wyżej podany.

VII.

Przytoczony wykaz bynajmniej nie wyczerpuje wszystkich stron działania pilokarpiny na ustrój; wystarcza jednak, aby nabyć przekonania, że pilokarpina nie jest środkiem o elektywnych własnościach, działających wyłącznie tylko na pewne narządy, lub tkanki. Już sam ten fakt, że pilokarpina pobudza do czynności gruczoły ślinne, a nie podnieca czynności innych gruczołów trawiennych, wykazuje, że sława pilokarpiny, jako środka wyłącznie wydzielniczego, niema faktycznych podstaw. Jak wyżej wydzieliśmy, pilokarpina działa na różnorodne narządy i tkanki (serce, naczynia krwionośne, mięśnie gładkie, ślinianki, nerki).

Jeżeli jednak w pilokarpinie lub w jakimkolwiek innym przetworze nie możemy dopatrzeć działania na wszystkie narządy, zależy to od niejednakich anatomicznych właściwości, śród których odbywa się czynność tego lub innego narządu. W roku 1903 prof. Krawkow („Ruskij Wracz“, 1903) zauważył zupełnie słusznie, że wspólność składu chemicznego rozmaitych tkanek nie daje jeszcze rękojmi, aby jakikolwiek środek działał wyłącznie tylko na pewne narządy. Jeżeli jednak zauważymy, że w istocie niektóre narządy zostają jak gdyby nietknięte przez pewne leki, zależy to od anatomicznych i fizyologicznych warunków, w jakich znajduje się dany narząd.

Przypuścić jednak należy, że oprócz warunków anatomicznych i fizyologicznych, wpływających na objawy działania tego lub innego leku na jeden lub drugi narząd, odgrywa rolę i skład chemiczny jego komórek, który pomimo wspólności budowy, przedstawia w poszczególnych przypadkach pewne różnice, jak chemiczna budowa mięśni i tkanki nerwowej i t. d. Naprzykład działanie wprowadzonego do krwi leku może się odbywać w ten sposób, że nie wchodząc w związek chemiczny z komórkami ustroju, działa on na nie podniecająco. W tym przypadku będziemy mieli ogólne pobudzające działanie lekarstwa na wszystkie komórki ustroju, przyczem rzecz prosta, anatomiczne i fizyologiczne warunki zachowują swoje znaczenie: do niektórych tkanek przystęp pewnego leku może być utrudniony, albo jednocześnie z zadaniem leku następuje jego wydzielanie. W innych jednak przypadkach lek może wchodzić z komórkami ustroju w związek chemiczny, wskutek czego będą powstawać w rozmaitych narządach nowe ciała, mniej lub więcej trwałe. Ciała te (względnie ciało) mogą być podniętą dla komórek pewnego narządu, albo mogą zupełnie naruszyć budowę niektórych komórek i porażać ich czynność. Weźmy naprzykład środki sercowe: oprócz wspólnego im wszystkim działania fizyologicznego widzimy wyraźne ich działanie zbiorowe, co najprawdopodobniej jest zależne od powstawania ciał trwałych w komórkach serca. Okoliczność ta wskazuje jednocześnie na wspólność tego chemicznego ciała, które w środkach sercowych jest pierwiastkiem czynnym.

Wreszcie z tego faktu, że niektóre naprzykład alkaloidy, wprowadzone do ustroju w postaci soli kwasów: HCl, H_2SO_4, HNO_3 i innych, działają zawsze jednakowo, wynika, że czynnym w nich pierwiastkiem jest nie sama sól w całości, ale jej jony, mianowicie jon niekwasowy, ale, ten w skład którego wchodzi alkaloid. Tak naprzykład przy wprowadzeniu Pil. (pilokarpina). Cl., Pil. HSO_4, Pil. NO_3 pierwiastkiem czynnym jest Pil. Stąd wynika, że działanie pewnego leku będzie tem energiczniejsze, im większą liczbę jonów wolnych, t. j. czynnych (które jedynie wstępują w związki chemiczne), wprowadzimy do ustroju. Liczba zaś tych działających jonów, stosownie do teoryi Arheniusa-Vant' Hoff'a będzie proporcyonalną do koncentracyi danego leku tylko do pewnych granic.

Teorya bowiem Arheniusa głosi: „liczba wolnych jonów tem jest stosunkowo większą, im słabszą jest koncentracya rozczynów“. Z zwiększeniem koncentracyi rozczynów liczba wolnych jonów nie zwiększa się proporcyonalnie. Dlatego też koncentracyę rozczynów[1]), wprowadzonych w charakterze leków, należy zwiększać tylko do otrzymania największej liczby wolnych jonów. Stąd wynika, że najenergiczniejsze działanie jakiegobądź leku otrzymamy nie po wprowadzeniu najmocniejszego rozczynu, ale po dostarczeniu największej liczby wolnych, t. j. działających jonów, co, jak widzieliśmy, nie idzie w parze z koncentracyą.

Z własnego doświadczenia laboratoryjnego wiem dobrze, jak ważnem jest dla pewności działania leku, np. morfiny, kurary, wprowadzenie odpowiedniej dawki. Zadając niewłaściwe ilości, można wprowadzić bardzo dużo morfiny i nie osiągnąć żądanego skutku. Dlatego też umiejętne dawkowanie lekarstw jest bardzo ważnym warunkiem powodzenia w leczeniu. W obecnym czasie przy braku nowych badań, dotyczących zasadniczych podstaw rozczynów, z konieczności wypada kierować się spostrzeganiem i każdemu z nas wiadomo, do jak znakomitych wyników dochodzą doświadczeni lekarze praktycy, umiejący w odpowiedni sposób dawkować lekarstwa.

Należy oczekiwać że przy wprowadzeniu ścisłych metod chemii fizycznej do farmakologii zostaną wyjaśnione liczne zawiłe strony działania rozmaitych lekarstw.

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego R. Dw. Prof. Dr. H. Jordana.

Dziewięć różnych przypadków krwisteku przewodu rodnego, ze szczególnem uwzględnieniem rozpoznania i leczenia.

Skreślił

Dr. Bruno Wojciechowski,
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Sprawa trafnego rozpoznania krwisteku macicznego i właściwego jego leczenia jest głównym celem tej pracy.

Łatwo zrozumieć, że wielka różnorodność wad rozwojowych i nabytych, sprowadzających krwistek, pociągnąć musi za sobą równie wielką rozmaitość objawów z jednej strony, a zabiegów operacyjnych z drugiej, co dochodzi do tego stopnia, że niepodobna chyba w sposób dość wyczerpujący przewidzieć wszelkich możliwych kombinacyi i powikłań i w ten sposób temat dosadnie wyczerpać. Opierając się jednak choćby tylko wyłącznie na naszym materyale, wypadnie nam przedewszystkiem dotknąć pewnych zaga-

[1]) Zauważyć należy, że nie wszystkie ciała posiadają zdolność rozkładania się na jony, a tylko ciała zwane elektrolitami. N. p. cukry (sacharazy) zdolności tej nie posiadają.

dnień spornych, zatem tem ciekawszych, a odnoszących się ogólnie do krwisteków macicznych, a nadto nastręczy się również sposobność do poruszenia pewnych cech, stanowiących właściwości owych czterech grup naszych przypadków. Dodaję przytem, że uwzględniłem przystępne mi piśmiennictwo z ostatniego lat dziesiątka.

Już na punkcie etyologii niedrożności dróg rodnych, a w szczególności na punkcie określenia, które przypadki krwisteku macicznego zawdzięczają swe powstawie wadzie rozwojowej w ścisłem tego słowa znaczeniu, a które niedrożności nabytej, spotykamy różnice zdań bardzo wybitnych autorów. Do dyskusyi nad tą sprawą przedewszystkiem daje powód zjawisko, nie dające się łatwo wytłómaczyć, że treść krwisteku, tworzącego się przy niedrożności, uważanej za wrodzoną, a więc nie zakażona od zewnątrz, wywołuje tak często, skoro się wyleje do otrzewnej, objawy ostrego zapalenia, co świadczy niewątpliwie o zawartości drobnoustrojów chorobotwórczych w tej treści. Przy usiłowaniu zrozumienia tej rzeczy pominąć nie można przedewszystkiem stanowiska, jakie na podstawie badań embryologicznych zajmuje Nagel (także Veit, Kinderlen i in.) wobec etyologii krwisteku trąbki. Twierdzi on słusznie, że warunkiem do nagromadzenia się krwi w trąbce jest niedrożność jej ujścia brzusznego, czyli zrosty około strzępków. Zrosty takie są następstwem sprawy zapalnej, zawdzięczającej swe powstanie wylewowi krwi miesiączkowej z trąbki do jamy otrzewnowej (rzecz obojętna, czy ta krew pochodzi ze ścian trąbki, czy z nadmiaru treści w trzonie, przedostającej się tu z powodu podatności ściany macicy w okolicy ujścia trąbki). Nagel nie wierzy w możliwość, aby zwykła, niezakażona krew miesiączkowa zdolna była do wywołania sprawy zapalnej na otrzewnej, z czego w dalszym ciągu wysnuwa wniosek, że wykluczyć należy z szeregu wrodzonych niedrożności przewodu rodnego wszystkie przypadki, powikłane krwistekiem trąbki, sądząc, że powikłanie to może powstać jedynie jako następstwo przebytej kiedyś, może w dzieciństwie, sprawy zapalnej, która sprowadziła zarośnięcie przewodu rodnego w jakiemkolwiek miejscu, że jest więc oznaką zarośnięcia nabytego, a nie wrodzonego. Zatem według Nagla największa część tak zw. niedrożności wrodzonych jest pochodzenia późniejszego, nabyta, powstała przeważnie w życiu pozamacicznem. Za zarośnięciem wrodzonem świadczą jedynie przypadki równoczesnego niedokształtu całego przewodu Müllera, a przedewszystkiem niepowikłane krwistekiem trąbki.

J. Veit popiera klinicznie to zapatrywanie, wykazując, że często spotyka się w przegrodzie tkankę bliznowatą i twierdzi również, że własności zakaźne treści krwisteku świadczą zawsze o jego pochodzeniu zapalnem. Jeżeliby zdanie to było słusznem, to wystąpienie zapalenia otrzewnej po pęknięciu krwisteku trąbki byłoby czemś zupełnie naturalnem; przypadek zaś inny, gdzie po tem samem zdarzeniu otrzewna nie oddziaływa wcale, dałby się łatwo wytłómaczyć tą okolicznością, że po upływie długiego czasu straciła treść swą pierwotną własność zakaźną, podobnie jak to jest ogólnie znane w pewnej liczbie starych ropotoków trąbkowych, których pęknięcie do jamy otrzewnowej, samodzielne lub w czasie operacyi, nie pociąga za sobą często żadnych złych następstw.

W przeciwieństwie do tego, co twierdzi Nagel, sądzi Sänger, że do powstania zlepnego zapalenia otrzewnej przy ujściu brzusznem trąbki wystarczy zupełnie wypływ niezakażonej krwi miesiączkowej, która drażni otrzewnę jako ciało obce. Tego samego zdania mniej więcej jest Hegar. I temu zapatrywaniu nie można nic zarzucić. Pozwala ono na ponętne bardzo przypuszczenie, że w większości przypadków niedrożności przewodu rodnego mamy do czynienia rzeczywiście z wadą rozwojową, lecz utrudnia zarazem zrozumienie przypadków, gdzie zawartość krwisteku posiada własności wybitnie zakaźne. Meyer, który stoi na tem samem stanowisku, jakie zajmuje Sänger, tłómaczy w sposób trafiający do przekonania, że w przypadku krwisteku zropiałego w rogu macicy dwurożnej dostają się drobnoustroje do jałowej pierwotnie treści z rogu drugiego drożnego i zakażonego. Dałoby się to zapatrywanie przenieść na wszystkie inne przypadki, gdyż taksamo z pochwy, jak i z jelit, mogą się drobnoustroje drogą naczyń krwionośnych lub chłonnych przedostać w miejsca odległe, jak tego mamy np przekonywujący dowód w zropieniu włókniaków ściśle podsurowiczych, a więc oddzielonych od błony śluzowej całą grubością ściany macicznej i t. p. Na poparcie tego zdania istnieją w piśmiennictwie przykłady. I tak Godart ogłasza przypadek krwisteku macicznego przy wrodzonej niedrożności szyi, leczonego przez wycięcie macicy. Treść uległa zropieniu i zawierała prątek okrężnicy (*b. coli*).

Frank opisuje przypadek zropienia krwisteku przy wrodzonej niedrożności pochwy, w którym za najwięcej prawdopodobny punkt wyjścia zakażenia uważa drobne uszkodzenia na przegrodzie, spowodowane przez badanie lub inny jaki uraz. Sądzi on, że w tym przypadku naczynia krwionośne lub chłonne pośredniczyły w zakażeniu treści.

Jak z przytoczonego piśmiennictwa wynika, nie pozostaje nam nic innego, jak w przypadkach krwisteku o wątpliwej etyologii przechylić się do zdania Nagla lub Sängera, gdyż oba dostatecznie tłómaczą objawy. Osobiście byłbym za tłómaczeniem Sängera, jako naturalniejszem i dającem się łatwiej dostosować do przeważającej liczby przypadków.

Dla odróżnienia wrodzonej niedrożności pochwy od nabytej podnoszą jeszcze liczni autorowie ten szczegół, że niedrożność nabyta odnosi się przeważnie do górnych odcinków pochwy, zaś wrodzona do części jej najniższej, tuż za błoną dziewiczą (podobnie jak w naszym przyp. 4. *Fig. 1*)

Przyczyny bliznowatego zamknięcia pochwy i szyi macicznej są bardzo różne, a szukać ich należy we wszystkich tych źródłach, które mogą sprowadzić ubytek błony śluzowej na rozleglejszej przestrzeni. Tak n. p. Kelly, Thompson, Delore i in. spostrzegali nabytą niedrożność pochwy po porodzie, odbytym siłami natury, przeciągającym się; Heydenreich — po porodzie kleszczowym, Sondheimer — wskutek starczego zapalenia pochwy u 67-letniej staruszki (krwistek powstał tu z powodu rozpadającego się raka macicy) i t. d. Ostre choroby zakaźne wieku dziecięcego, połączone z dłuższem podwyższeniem ciepłoty, wywołują niekiedy rozległe owrzodzenia w pochwie i bywają przyczyną niejasnych pod względem etyologii niedrożności pochwy. Nabyta niedrożność szyi macicznej, zawdzięczająca swe powstanie zabiegom lekarskim, nie należy do rzadkości. Tak n. p. Pozzi widział stan taki po odcięciu szyi macicznej; Boissard — po skrobance i przyżeganiu szyi; Staude —

po skrobance i waporyzacyi. Rzadkim pod względem sposobu powstania jest przypadek, opisany przez Reida, w którym po samodzielnem urodzeniu się włókniaka nastąpiło bliznowate zupełne zamknięcie szyi.

Pod względem anatomiczno-patologicznym zajmujące jest pytanie przy krwisteku macicznym, w jaki sposób oddziaływa miąższ macicy i błona śluzowa jamy macicznej na długotrwający ucisk ze strony nagromadzonej treści, ucisk wzmagający się i doprowadzający do względnie wysokiego ciśnienia. Calmann, badając pod drobnowidem błonę śluzową w przypadku krwisteku w rogu szczątkowym macicy, znalazł w górnej części jamy macicznej nabłonek prawidłowy, w dolnej zaś atypowe bujanie nabłonka wielowarstwowego płaskiego na miejsce ustępującego nabłonka wałeczkowatego. Nabłonek ten płaski dawał w licznych miejscach wypustki stałe, bez światła, dążące w głąb miąższu macicznego. Cocchi i Stratz badali w przypadkach krwisteku pochwy, macicy i trąbki błonę śluzową całego przewodu rodnego i przyszli w swych przypadkach do przekonania, że nabłonek pochwy i macicy długo wytrzymuje ucisk, podczas gdy nabłonek, wyścielający trąbkę, rozpada się wcześniej tu i owdzie i ulega złuszczeniu. Stratz na podstawie swych badań nad miąższem macicy w przypadkach krwisteku przyszedł do przekonania, że pod wpływem ucisku wewnątrzmacicznego miąższ początkowo przerasta, potem zaś, gdy ucisk stały przekroczy pewne granice, ulega powoli zanikowi, że początkowo przychodzi do okresowego, tylko przekrwienia miąższu, które później zmienia się na stałe przekrwienie żylne, czemu też odpowiadają ciągłe bole zamiast pierwotnych dolegliwości okresowych.

Badanie krwisteku macicznego wymaga obok dokładności także pewnego baczenia ze względu na możliwość powikłania z krwistekiem trąbki, skłonnym do pęknięcia przy mniej ostrożnym ucisku. Zwykłe badanie zewnętrzne i zestawione przez pochwę i powłoki brzuszne zazwyczaj zupełnie wystarcza. Badania przez odbytnicę nie należałoby zaniedbywać, lecz trzeba być z góry przygotowanym, że rzadko tylko dostarczy ono nowych i ważniejszych szczegółów.

O ile badanie w uśpieniu chloroformowem, wobec trudnych warunków badania i chwiejnego rozpoznania (najlepiej bezpośrednio przed operacyą) jest czasem niezbędne, o tyle nazwaćby można nieusprawiedliwionem zaspokojeniem ciekawości badanie w uśpieniu w przypadku, w którym rozpoznanie krwisteku macicznego nie ulega żadnej wątpliwości, a gdzie podejrzywamy obecność krwisteku trąbki. Wymioty, towarzyszące zazwyczaj uśpieniu, mogą wskutek dużych i nagłych wahań ciśnienia w jamie brzusznej sprowadzić pęknięcie trąbki i dalsze stąd wynikające przykre następstwa.

Wreszcie należałoby zawsze na czas jakiś przed operacyą lub przystępując do niej wykonać nakłucie próbne grubszą igłą, przez którą da się wyssać płyn gęsty. W ten sposób zapewne nieraz możnaby uniknąć niespodzianek rozpoznawczych. W pewnych szczególnych przypadkach nakłucie ma nadto dostarczyć materyału do badania bakteryologicznego, mającego niekiedy rozstrzygający wpływ na wybór sposobu operacyjnego, jak o tem jeszcze później będzie mowa.

Rozpoznanie krwisteku macicznego, powstającego wskutek zarośnięcia otworu w błonie dziewiczej (grupa A) lub w przewodzie pochwy (grupa B), a także w zarośnięciu przewodu szyjki macicznej, lecz przy pojedyńczym przewodzie rodnym, nie napotyka zwykle na większe trudności. Już same wywiady i rodzaj dolegliwości chorej są tak charakterystyczne, że odrazu naprowadzają myśl lekarza na właściwą drogę. Jedyną subtelniejszą stroną badania w takich razach będzie stwierdzenie, czy przypadek nie jest powikłany krwistekiem trąbki, co stanowi, jak o tem później jeszcze będzie mowa, najpoważniejsze powikłanie i zmusza do szczególnie ostrożnego postępowania. Mimo to ogłaszają Pasteur and Andreas Clark przypadek typowego krwisteku macicznego wskutek zarośnięcia otworu w błonie dziewiczej, gdzie rozpoznanie właściwe udało się postawić dopiero po laparotomii. Dziwnie niedokładnem musiało być badanie, a zupełnie przypadkowem odwrócenie myśli od tego, co było najnaturalniejszem.

W przypadku naszym IV (grupa B) rozpoznanie pierwotne *haematocolpos et haematometra e atresia vaginali et probabiliter haematosalpinx sin*, okazało się wobec rozpoznania ostatecznego: *atresia vaginalis*, *haematocolpos*, *haematometra praecipue cervicalis*, *parametritis chronica dextra* niezupełnie ścisłem. Przyczyna tego tkwiła w bardzo niezwykłem i olbrzymiem rozdęciu szyi macicznej, stanowiącej tu guz główny, wobec którego bardzo mało stosunkowo rozdęty trzon macicy, schowany od strony lewej i tyłu poza guzem głównym (*fig. 1* i *2*) i nie dający się z tego powodu przy oględnem badaniu dokładnie wyśledzić i ograniczyć, uważano za krwistek trąbkowy. Zdaje się, że tego rodzaju stan, podobny do stanu, istniejącego w chwili grożącego pęknięcia macicy przy porodzie, wytworzyć się może przy większym krwisteku macicznym wówczas, gdy obok silnie bardzo rozwiniętego miąższu trzonu znajdzie się niezwykła wiotkość miąższu szyi macicznej. Trzon, drażniony przez podwyższający się coraz bardziej ucisk śródmaciczny, odpowiada coraz to silniejszymi skurczami i usiłuje treść jako ciało obce wydalić na zewnątrz, wskutek czego podatna szyja ulega coraz to silniejszemu biernemu rozciągnięciu. Analogiczny przypadek opisuje Cullingworth: chodziło o macicę dwurożną z krwistekiem w rogu prawym. Poniżej rozszerzonego rogu prawego znajdował się jakby osobno guz, stosunkowo bardzo duży, który był niezwykle silnie rozszerzoną szyją prawej połowy macicy.

Największe trudności rozpoznawcze nastręczają przypadki tak zw. krwisteku bocznego, zdarzającego się przy zdwojeniu przewodu rodnego (grupa C, przyp. VI, VII, VIII). Jestto jedna z najrzadszych i pod wielu względami najciekawszych wad rozwojowych macicy, tak dalece, że doświadczony na tem polu Nagel powiada, iż łatwiej znacznie sobie wyobrazić podobne powikłania, niż się z niemi w rzeczywistości spotkać i trafnie je wytłómaczyć. Mimo to zdołano w ostatnich latach zestawić w piśmiennictwie przeszło 20 przypadków tego rodzaju, z tym jednak dodatkiem, że wcale często stwierdzano rzeczywisty stan rzeczy dopiero w czasie laparotomii, a w innych przypadkach na stole sekcyjnym. Cullingworth, Paulli, Löhlein, Pauer i in. z całą szczerością ogłaszają pouczające bardzo przypadki krwisteków, które były mylnie rozpoznane. Najczęściej uważano połowę macicy, rozszerzoną przez nagromadzenie krwi miesiączkowej, za ciążę zamaciczną; w innych razach za guzy nowotworowe jajnikowe lub guzy zapalne

przydatków. Parę razy wykryto taką wadę rozwojową u obumarłych noworodków. Lewers opisał przypadek, mniej trudny dla rozpoznania, lecz tylko jako rzadkość, zasługującą na wzmiankę, który polegał na zdwojeniu macicy i pochwy i krwisteku macicznym obustronnym.

Wynika stąd dostatecznie jasno, że rozpoznanie tego rzadkiego cierpienia nie jest zazwyczaj rzeczą łatwą. Obok znajomości rzeczy potrzeba w takich razach pewnych dogodnych warunków badania, a przedewszystkiem uprzytomnienia sobie w danej chwili, że takie wady rozwojowe istnieją, — co znów zniewoli do szukania za tymi właśnie szczegółami, które autorowie polecają uwzględnić przy rozpoznawaniu różniczkowem. Mimo to pomyłki na tem polu zapewne zawsze zdarzać się będą.

Skoro chodzi o nagromadzenie się krwi miesiączkowej w jednym rogu macicy dwurożnej, a szczególnie wówczas, gdy niema (jak w VI i VIII naszym przypadku) zdwojenia pochwy i gdzie zarośnięcie dotyczy szyi macicznej w miejscu, w którem powinno się znajdować drugie ujście maciczne, natrafiamy na pierwsze trudności już przy wywiadach. Chora słusznie podaje, że miewa obok odpływu krwi miesiączkowej bole, występujące w okresach miesiączki, potęgujące się ciągle, które też mogą przejść w bole stałe, wzmagające się w czasie miesiączki. Uwaga i dalsze badanie lekarza zwracają się odrazu w kierunku bolesnego miesiączkowania, a odstępują od myśli o niedrożności przewodu rodnego i o krwisteku macicznym, gdyż w takich razach chora zwykła się skarżyć przedewszystkiem na brak regularności. Za czynnik tylko do pewnego stopnia ułatwiający oryentacyę uważać można to, co chora N. VI w wywiadach podała, t. j. brak ścisłego związku między krwawieniem, a napadami bolu. Objaw ten występuje wówczas, gdy niejako każdy róg maciczny oddzielnie miesiączkę odbywa. W III naszym przypadku występowały rytmiczne bole, pochodzące z nagromadzenia się krwi w rogu niedrożnym (prawym), przez 5 miesięcy, w wyraźnych okresach miesięcznych, podczas gdy krwawienie z rogu lewego miało miejsce tylko 2 razy w tym czasie, z przerwą 5-miesięczną. Objaw ten, stwierdzony przez kilku autorów, nie jest jednak częstym.

W przypadkach, podobnych do naszych, badanie wykazuje pochwę prawidłowo zbudowaną, a wyżej trzon macicy, przesunięty ku jednej lub drugiej bocznej ściany miednicy przez guz duży, kształtu prawie kulistego, gładki, elastyczny, dający niekiedy uczucie chełbotania, mniej lub więcej bolesny, przylegający do jednego brzegu macicy, od której go oddzielić nie można. Guz ten sterczy półkulisto do bocznego sklepienia i spycha część pochwową na stronę przeciwną. Przy tego rodzaju obrazie nic łatwiejszego, jak wziąść drożny róg macicy za całą macicę, a róg drugi, rozszerzony przez nagromadzoną krew miesiączkową, za jakiś guz innego rodzaju, n. p. za ciążę zamaciczną lub śródścienną, za guz trąbkowy lub jajnikowy, rozwijający się wśród blaszek więzadła szerokiego i t. p. — co się już często zdarzało.

Mniejsze już trudności rozpoznawcze napotyka się w przypadkach, gdzie istnieje *haemelytrometra lateralis*, t. j. obok dwu rogów macicznych także podwójna pochwa. Jeżeli zdwojenie pochwy sięga ku dołowi aż do błony dziewiczej, to krew, nagromadzona w niedrożnej, połowie tak silnie wypycha błonę dziewiczą, że trudno będzie przeoczyć ten szczegół. Lecz w razie podziału pochwy dopiero na pewnej jej wysokości, jak to miało miejsce w VII naszym przypadku, znajdujemy nietylko macicę, lecz i pochwę przesuniętą na bok przez ten sam guz, schodzący nizko w tkankę przypochwową.

Wśród takich trudności rozpoznawczych podnieść należy z naciskiem każdy, choćby najdrobniejszy szczegół, zasługujący przy rozpoznaniu różniczkowem na uwzględnienie. Autorowie podają w pierwszej linii dwa takie szczegóły: stożkowate zakończenie drożnego rogu macicy dwurożnej w przeciwieństwie do łukowatego zwykłego kształtu dna macicy prawidłowej; powtóre odejście więzadła okrągłego od zewnętrznej powierzchni guza, utworzonego przez nagromadzoną w drugim rogu krew miesiączkową. Szkoda tylko, że nie zawsze wspomniany kształt stożkowaty rogu wyraźnie występuje, a nadto nie zawsze są warunki korzystne do wybadania tego szczegółu. Wybadanie nieprzerosłego, a tylko rozciągniętego więzadła okrągłego, dążącego do drugiej połowy macicy, zapewne się uda tylko wyjątkowo. Potrzeba do tego cienkich i bardzo podatnych powłok obok większej grubości więzadła.

Wygodne warunki badania w VI-tym naszym przypadku pozwoliły na stwierdzenie wyraźnie stożkowatego zakończenia i rogalkowatego kształtu rogu próżnego — podczas gdy w przypadku VII i VIII dość szerokie dno rogu drożnego mogło odpowiadać łatwo kształtem swym zwykłej macicy. Wynika stąd chwiejność wspomnianego objawu. Wyśledzenie zupełnie pewne więzadła okrągłego, mimo zwrócenia na to uwagi w żadnym z naszych przypadków grupy C. nie udało się.

Z innych czynników podnieśćby należało, że według zestawienia Poecha niedrożność przy dwurożnej macicy spotyka się bez porównania częściej po stronie prawej, niż lewej. Pod tym względem stanowiłyby rzadkość przyp. VII i VIII.

Na dalszą uwagę zasługuje kształt pionowo-półksiężycowaty ujścia zewnętrznego (Fig. 4), jako następstwo wypchnięcia przegrody pomiędzy oboma rogami ku stronie drożnej. Podobny kształt ujścia mielibyśmy przy włókniaku podśluzowym, wychodzącym z bocznej ściany szyi macicznej. Półksiężyc ten był bardzo charakterystyczny w przypadku VI i VIII, podczas gdy w VII ujście przebiegało tylko skośnie, co wytłómaczyć sobie łatwo brakiem większego napięcia wewnątrz guza i silniejszego wypchnięcia przegrody ku stronie drożnej z powodu, iż nadmiar treści odpływał przez przetokę. W przypadku VII udało się rozpoznanie na podstawie niezwykłych wywiadów, charakterystycznie dla starego krwisteku wyglądającej treści, odpływającej przez pochwę bez przerwy od lat 8 i na podstawie stwierdzenia guza, schodzącego niezwykle nizko obok pochwy do tkanki przypochwowej. Bez wywiadów i charakterystycznej wydzieliny nasunęłyby się niewątpliwie najróżnorodniejsze wątpliwości rozpoznawcze. Nakłucie, wykonane bezpośrednio przed operacyą, upewniło nas zupełnie w rozpoznaniu.

Jak to z dopiero co przytoczonego przypadku wynika, rozstrzyga niekiedy charakterystyczne wejrzenie treści krwisteku o charakterze guza. Niepewności rozpoznawcze piętrzą się, gdy krwistek ulegnie zropieniu, — więc i o tej

możliwości myśleć trzeba. Breisky radzi w takich przypadkach dla upewnienia się w rozpoznaniu wyskrobać ostrożnie wnętrze guza, poczem przez badanie mikroskopowe i odkrycie przybłonka pochwy lub macicy uzyskać podstawę do pewnego rozpoznania.

Z chwilą stwierdzenia krwisteku w narządach rodnych, wywołanego niedrożnością, występuje wskazanie do operacyjnego traktowania przypadku. Jeżeli bowiem pomoc lekarska nie przybywa lub opóźnia się, nastąpić musi wcześniej czy później pęknięcie coraz to silniej rozciąganej ściany worka, w którym się gromadzi krew miesiączkowa. Ściana pęka w miejscu najcieńszem, zazwyczaj pod wpływem jakiegoś gwałtowniejszego ruchu, kaszlu, w ogóle czegoś, co podnosi raptownie ciśnienie w jamie brzusznej. Miejsce pęknięcia nie jest obojętnem. Za najkorzystniejsze uważałbym pęknięcie przegrody pomiędzy oboma rogami macicy dwurożnej, przez co krew wylewa się do jamy rogu drożnego i dalej na zewnątrz, jak to właśnie stało się w naszym VII-ym przypadku. Korzyść z pęknięcia w tem właśnie miejscu, w porównaniu z pęknięciem w miejscach innych, polega na tej okoliczności, że nietylko krew odpływa drogą właściwą na zewnątrz, lecz nadto, że może w odpowiednich warunkach przez czas długi (w naszym przypadku przez lat 8) nie przyjść do zropienia treści, a to z tego samego powodu, dla którego jama trzonu macicy zdrowej wolna jest od drobnoustrojów. Jest to czynnik ogromnie wielkiej wagi, skoro wiemy, że zropienie tak wielkiej ilości stagnującej treści, stanowiącej doskonałą pożywkę dla drobnoustrojów, może doprowadzić łatwo do zakażenia ogólnego, wobec którego pomoc nasza okazać się może bezsilną. Cullingworth i Herztsch ogłaszają podobne przypadki przebicia krwisteku do drugiej połowy macicy dwurożnej; — w tych przypadkach jednak przyszło do zropienia, prawdopodobnie wskutek poprzedniego zakażenia jamy trzonu macicy.

W przypadkach zarośnięcia otworu w błonie dziewiczej, lub pochwy, względnie krwisteku pochwowego bocznego, może nastąpić pęknięcie błony dziewiczej (nasz przyp. III, oraz przyp. analogiczny, ogłoszony przez Bunzela i in.), przegrody w świetle pochwy, lub ściany dzielącej pochwę podwójną, poczem płyn wypływa wprost na zewnątrz, względnie do pochwy. Zejście to zdawałoby się na pierwszy rzut oka być najnaturalniejszem i najkorzystniejszem, w gruncie rzeczy tak nie jest, gdyż otworek zazwyczaj zbyt mały, w postaci drobnej przetoki, nie prowadzi do dokładnego opróżnienia treści, a zakażenie obficie zalegającej masy jest w tych warunkach czemś bardzo łatwem, a zarazem groźnem.

Przy zarośnięciu ujścia zewnętrznego, względnie szyi macicznej (jak to n. p. miało miejsce w VI i VIII naszym przyp.), pęknięcie w tem właśnie miejscu chyba nadzwyczaj wyjątkowo zdarzyćby się mogło, a to z powodu grubego zwykle pokładu niepodatnej tkanki macicznej. Przykładu takiego niezdołałem odszukać.

W bardzo niezwykłem miejscu nastąpiło przebicie treści w przypadku, który ogłasza Haultain. Chodziło o macicę dwurożną z krwistekiem w rogu prawym. Przy laparotomii stwierdzono przebicie krwi miesiączkowej pomiędzy blaszki więzadeł szerokich. Rozumie się, że zejście takie nie może żadną miarą doprowadzić do wyleczenia. Nie spotkałem się z ogłoszeniem drugiego przypadku tego rodzaju.

Wreszcie pęknąć może w razie krwisteku trąbkowego ściana trąbki, wskutek czego wylewa się treść do wolnej jamy otrzewnowej. Łatwo pojąć, że jest to zajście najgroźniejsze. Najczęściej pociąga ona za sobą posokowate zapalenie otrzewnej z przebicia, nadto możliwy jest śmiertelny krwotok z naczynia ściany pękniętej trąbki, podobnie jak w razie ciąży trąbkowej. Zarazem wynika stąd, jak groźne ze wszech miar powikłanie stanowi krwistek trąbki w ogóle. Według zestawienia Breiskyego zdarzyło się na 32 przypadków bocznego krwisteku macicznego pęknięcie trąbki 3 razy, a na 500 przypadków zwykłego zarośnięcia otworu w błonie dziewiczej 25 razy — a zatem w 5—10% wszystkich przypadków.

T. Landau ogłosił przypadek, dotyczący 40-letniej kobiety, która już od lat 28 miewała zwiastuny miesiączkowe. Stwierdził on brak przewodu szyi macicznej, istnienie włókniaka, rozwijającego się w miąższu szyi, krwistek maciczny, trąbkowy obustronny. Nadzwyczajność tego przypadku polega na tem, że wskutek nie dającej wytłómaczyć wytrzymałości ścian trąbek i macicy, a więcej jeszcze z powodu skąpo wydzielającej się krwi miesiączkowej (może w następstwie zaniku błony śluzowej) nie przyszło wbrew regule mimo długo bardzo trwającego cierpienia do pęknięcia samodzielnego.

Zastanawiając się powyżej nad wszelkimi możliwymi kierunkami, w których przebicie krwi miesiączkowej nastąpić może, przychodzimy do przekonania, że tylko nadzwyczaj wyjątkowo może ono sprowadzić względne samowyleczenie i że zazwyczaj grozi chorej po przebiciu zapalenie otrzewnej, a w innych przypadkach niebezpieczne zropienie całej treści. Wynika stąd jasno, że przez wyczekiwanie niczego się tu nie osiąga i że jedynie wystąpienie czynne, operacyjne ma tu racyę bytu. (D. n.)

IV. Wyciągi.

E. Raehlmann: **Badanie ultramikroskopowe według H. Siedentopfa i R. Zsigmondyego i zastosowanie tegoż w obserwacyi mikroorganizmów.** *(Muenchener med. Wochenschrift*, 1904, Nr. 2). Niedawno podana nowa metoda badania mikroskopowego, pozwalająca rozwiązać nieprawdopodobnie drobne szczegóły, polega na zastosowaniu do zwykłego mikroskopu nowego sposobu oświetlenia. W dotychczasowych mikroskopach światło padało od dołu w kierunku osi przyrządu, względnie w postaci stożka o osi, nachylonej pod niewielkim stosunkowo kątem do osi mikroskopu. Wskutek takiego oświetlenia szczegóły w preparacie wydawały się ciemniejszymi od tła, wyjątkowo tylko szczegóły stawały się jaśniejszymi, zależnie od warunków załamania się światła, n. p. w kuleczkach tłuszczu. Warunki to najniekorzystniejsze, jeżeli chodzi o spostrzeżenie drobnych przedmiotów. Siatkówka olśniona jasnem tłem nie jest w stanie rozpoznać drobnych szczegółów, któreby jeszcze spostrzedz mogła w innych warunkach.

Nowa metoda obserwacyi mikroskopowej polega na następującej zasadzie: Do pomieszczenia przedmiotu, n. p. jakiegoś płynu, służy komórka metalowa, opatrzona dwoma okienkami z kwarcu, bocznem do wprowadzenia promieni oświetlających i górnem w kierunku osi mikroskopu. Okienko górne może być otwarte tak, że objektyw da się wprost zanurzyć w badaną ciecz. Jako źródło światła służy lampa łukowa, albo, co lepiej, bezpośrednie promienie słoneczne. Promienie światła przechodzą najpierw przez soczewkę o ogniskowej 100 mm., skupiając się na zasłonie, w której znachodzi się otwór od 5 do 50 setnych milimetra, zależnie od ustawienia. Stąd padają promienie, po przejściu jeszcze jednej zasłony (blendy) celem

powstrzymania promieni bocznych, na drugą soczewkę o ogniskowej 80 mm., która je sprowadza do kondensora. Kondensor, ustawiony poziomo, a zatem prostopadle do osi mikroskopu, rzuca na pole widzenia obraz szczeliny w pierwszej zasłonie, zmniejszony jeszcze około 30-krotnie. W ten sposób powstają w polu widzenia dwa stożki świetlne, zwrócone wierzchołkami ku sobie; w miejscu ich zetknięcia znajduje się obraz źródła światła, a raczej pierwszej szczeliny, wielki zaledwo na kilka tysięcznych milimetra. Natężenie światła jest w tem miejscu nadzwyczaj wielkie, o ile jednak płyn zawarty w komorze jest zupełnie przezroczystym, pole widzenia jest zupełnie ciemnem. Jeżeli natomiast w tem polu widzenia znajdzie się przedmiot nieprzezroczysty lub inaczej łamiący światło, wtedy staje się on źródłem bardzo natężonego światła, które dochodzi do oczu badacza. Warunki dostrzegania przedmiotów w tym nowym mikroskopie możnaby porównać z warunkami, pod jakimi spostrzegamy planety, oświetlone promieniami słońca na czarnem tle nieba. Siatkówka jest na tego rodzaju oświetlenie bardzo wrażliwą; tak, jak widzimy świecące gwiazdy na czarnem tle nieba, choć kąt ich widzenia jest tak mały, że się nie da wymierzyć; jak widzimy t. zw. pyłki słoneczne w pokoju przyciemnionym, do którego wpada promień słoneczny, tak samo na czarnem polu widzenia mikroskopu dostrzegamy przedmioty, z których każdy stał się niejako źródłem bardzo natężonego światła, przyczem siła rozwiązywania nowego mikroskopu jest tem większą, im natężenie źródła światła jest silniejszem. W bardzo silnem świetle dadzą się jeszcze spostrzegać cząstki wielkości jednej milionowej milimetra, a zatem kilkaset razy mniejsze od fal świetlnych, przyczem, co jest ciekawe, cząstki te świecą we właściwej sobie barwie. Siła rozwiązująca nowych mikroskopów jest około 1000 razy większą od siły dotychczasowych. Nowa ta metoda czyni przystępnemi oku ludzkiemu cząsteczki, które leżą tam, gdzie pojęcia fizyki i chemii o budowie materyi się schodzą; jej zawdzięczamy głównie badanie roztworów, jak na razie szczególnie koloidalnych, badanie barwików itd., w medycynie zaś badanie wydzielin, wydalin, w ogóle roztworów, które można w miarę potrzeby rozcieńczać; nie nadaje się natomiast do badania preparatów, gdzie chodzi o morfologiczne szczegóły tkanek. Te byłyby tak przeładowane świecącemi cząstkami, że wśród nich absolutnie nic nie dałoby się rozpoznać. W drugiej części artykułu opisuje autor swoje spostrzeżenia, jakich dokonał za pomocą nowego mikroskopu, obserwując roztwory gnijącego białka. Według niego mają się tam znajdować rozmaite drobnoustroje kuliste, pręcikowate, dwoinkowe itd., wszystkie ultramikroskopowe, t. j. niewidzialne w dotychczasowych mikroskopach, obdarzone bardzo szybkimi ruchami, a nadto ustawicznie zmieniające swój kształt. Podobne twory mają się znajdować w wydzielinie worka spojówkowego i błon śluzowych. Spostrzeżenia te mogłyby rzeczywiście wywołać przewrót w pojęciach mikrobiologicznych; mimowoli jednak nasuwają się tu pewne wątpliwości, czy rzeczywiście twory przez autora obserwowane są mikroorganizmami? Już w dotychczasowych warunkach mogą się w tym względzie trafiać pomyłki, a cóż dopiero, jeżeli obserwacye odbywają się w dziedzinie ledwo co poznanej, gdzie niewątpliwie niejedna jeszcze nas czeka niespodzianka. *Seńkowski.*

Rosenbach. **O stawowych guzkach Heberdena.** (*Wiener klin. Rundschau*, Nr. 46, 1903). Autor obejmuje tą nazwą drobne wyniosłości, pojawiające się na obydwóch główkach podstawy trzeciej falangi i łącznie z tem występujące zaburzenia w zakresie nerwu łokciowego, prowadzące do unieruchomienia stawu między drugą a trzecią falangą. Cały obraz chorobowy dałby się naszkicować w sposób następujący: u chorych, skarżących się na ciągnące i głuche bole przedramienia i ręki, można stwierdzić drobne twarde wyniosłości w okolicy trzeciej falangi, najczęściej trzeciego i czwartego palca; palec wielki i stawy śródręcza rzadko bywają zajęte. To samo można powiedzieć o innych większych stawach. Cierpienie to nagabuje ludzi w średnim wieku, częściej kobiety, aniżeli mężczyzn, a znamionuje się nawrotami w nierównych odstępach czasu. Rozpoznanie różniczkowe ze względu na sprawy gośćcowe opiera się na charakterystycznie długotrwałych napadach bolesności, na braku zaczerwienienia i obrzęku skóry w miejscach zajętych, na systematycznem wystąpieniu cierpienia w obydwóch rękach i zaburzeniu czucia; — punkty bolesne, pojawiające się czasami wzdłuż kręgosłupa, nie są znamienne dla tego cierpienia.

Pisek (Podgórze-Kraków).

Widowitz. **Urotropina, środek zapobiegający płoniczemu zapaleniu nerek.** (*Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 40, 1903). Opierając się na ogólnie dzisiaj przyjętem zapatrywaniu, że płonicze zapalenie nerek jest następstwem działania dotychczas jeszcze nieznanych drobnoustrojów lub ich jadów, wpadł autor na pomysł stosowania urotropiny jako środka ochronnego przed płoniczem zapaleniem nerek. Odkażające bowiem własności urotropiny powinny tak samo zadziałać skutecznie w tym przypadku, jak w nieżytach pęcherza lub zapaleniu miedniczek nerkowych i fosfaturyi. Wprawdzie wiadomą jest rzeczą, że urotropina żadnego nie wywiera wpływu na wydzielanie się białka w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek, co zupełnie jest naturalnem, ponieważ ten środek odkażający nie zdoła już działać na zmiany anatomiczne; — jednak w przypadkach płoniczego zapalenia nerek, gdzie destrukcyjne działanie drobnoustrojów jest w pełnym rozkwicie, podobny lek powinien okazać się korzystnym. Dedukcye autora ziściły się też w całości: w ciągu 3 lat stosował Widowitz urotropinę w 102 przypadkach płonicy i w żadnym nie wystąpiło płonicze zapalenie nerek. Być może, że to był jakiś szczególnie szczęśliwy zbieg okoliczności; w każdym jednak razie jest to objaw wielce zachęcający do naśladowania i kontroli. *Pisek* (Podgórze-Kraków).

Sontag. **Przyczynek do leczenia cukrzycy.** (*Klinisch-therapeutische Wochenschrift*, Nr. 46, 1903). Pominąwszy już stosowanie w cukrzycy leczenia higieniczno-dyetetycznego, wód mineralnych alkalicznych (Karlsbad), salicylanu sodowego i t. d., wprowadza autor, a raczej przypomina, o nowym środku, mającemy poniekąd oddać znakomite usługi, tem bardziej, że może być stosowany przez dłuższy czas przy równoczesnem wprowadzaniu do ustroju istot skrobiowatych. Środkiem tym ma być mięszanina *folia myrtillorum* i *fructus phaseoli*, istniejące pod nazwą „species antidiab. Kolluch"; — zaznaczyć jednak trzeba, że odwar z tych liści wówczas jedynie skutecznie działa, jeśli w należyty sposób został przyrządzony: 5 gr. tych ziół gotuje się z 8—10 łyżkami wody, cedzi się i pije na ciepło podczas śniadania, obiadu i kolacyi. Sontag zauważył, że jeśli chory na cukrzycę napije się takiego naparu dwa razy dziennie przy zachowaniu odpowiedniej dyety, wówczas opada znacznie stopa cukru w moczu, utrzymując się w tej zmniejszonej ilości nawet przy późniejszej mieszanej dyecie, jeśli tylko chory pije dalej ten napar; również i inne objawy chorobowe znacznie się poprawiają. Rozpad białka w ustroju szybko się ogranicza, mocz bowiem wykazuje zmniejszone wydzielenie się azotu; — w przypadkach nawet, w których badanie moczu wykazywało zwiększoną ilość indykanu, wywierały pigułki z mentolu (0·05) i dwuwęglanu sodowego (0·50) znakomity wpływ. Spostrzeżenia te jednak i wyniki wymagają jeszcze dalszych potwierdzeń. *Pisek* (Podgórze-Kraków).

Prof. Schmidt. **Lewatywy odżywcze gotowe do użycia.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 47, 1903). Lewatywa odżywcza tego rodzaju winna zawierać zawsze te łatwo wessalne i niedrażniące składniki, które przedstawiają w zupełności dostateczną ilość kaloryi. Firma Heyden-Radebeul wyrabia według wskazówek przez autora podanych taki płyn odżywczy, szczelnie zamknięty w szklanych rurkach, w skład którego wchodzą: 250 grm. 0·9% roztworu soli kuchennej, 20 grm. istoty odżywczej Heydena, umyślnie na ten cel zaprawionej, 50 grm. dekstryny, czyli razem 287 kaloryi. Jako zaletę podnieść jeszcze należy, że płyn ten utrzymuje się bez zmiany w stanie wyjałowionym przez czas nieograniczony. Autor umyślnie wybrał dekstrynę, stojącą pod względem swych własności w pośrodku między cukrem gronowym a skrobią, gdyż ona nie drażni i jest łatwo wessalną; dziwnem się jedynie wydaje autorowi, że jej dotychczas nie używano; istota odżywcza Heydena jest również niedrażniąca, łatwo wessalna i odpowiada białku kurzego jaja. Wreszcie nadmienić trzeba, że dodatek soli wpływa tylko dodatnio na wchłanianie. Doświadczenia, nad tym przetworem przeprowadzone, przemawiają wielce na jego korzyść i zachęcają do dalszych prób; szerszemu jednak zastosowaniu stałaby na przeszkodzie wysoka stosunkowo cena. *Pisek* (Podgórze-Kraków).

Kirch. **O adrenalinie i jej stosowaniu w ciężkich krwotokach.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 48, 1903). Wprawdzie istnieje cały szereg środków, zapomocą których można opanować największe nawet krwotoki (podwiązanie naczyń, długotrwały ucisk, tamponada, działanie zimna lub ciepła, półtorachlorek żelaza i t. d.), zdarzają się jednak przypadki, w których i to środki zawodzą, w szczególności w skazie krwotocznej, w przypadkach, gdzie źródło krwotoku jest bądźto nieznane, bądź nie dające się dosięgnąć, w ciężkich wreszcie krwotokach mózgu, płuc lub żołądkowo-jelitowych. Przed kilku latami zalecał Leyden podskórne lub śródżylne wstrzykiwania 2—3% roztworu żelatyny, zaprawionej węglanem sodowym, jako środka tamującego krew, jednak zdania co do skuteczności tego roztworu są dotychczas podzielone: podczas gdy jedni gorąco zalecają stosowanie żelatyny jako środka niezawodnego i zwiększającego, względnie przyspieszającego krzepliwość krwi, drudzy zarzucają zupełnie wzmiankowane wstrzykiwania jako zabieg wprost szkodliwy i niebezpieczny tem bardziej, że w ostatnich czasach stwierdzono po żelatynie przypadki tężca, zakończonego śmiercią, choć firma „Merck" wprowadziła obecnie w obieg żelatynę w szklanych rurkach zupełnie wyjałowioną. Jakkolwiek rzecz się

ma, stosowanie żelatyny i dla lekarza-praktyka i dla chorego połączone jest co najmniej z trudnościami, jeśli nie z niebezpieczeństwem. Dlatego też powitać należy z zadowoleniem nowy środek, dający lekarzowi-praktykowi potężną broń w rękę do zwalczenia niebezpiecznych krwotoków przy lekkim stosunkowo zabiegu. Środkiem tym jest adrenalina. Badania Olivera, Haugthona, Cybulskiegó, Szymonowicza i Cyona wykazały, że podawanie nadnercza na wewnątrz pociąga za sobą zwiększenie parcia krwi skutkiem skurczenia się naczyń włosowatych; — ta ostatnia przyczyna przy stosowaniu miejscowem powoduje zupełną prawie i dłużej trwającą niedokrewność odpowiedniej okolicy. Czynnikiem działającym jest t. zw. suprarenina (Fuerth), identyczna z chemicznie czystą i skrystalizowaną adrenaliną. Trudno w krótkiem streszczeniu podać sposób otrzymywania adrenaliny (firmy Parke Davis et Comp.), dość powiedzieć, że przedstawia się jako biała drobnokrystaliczna substancya, trudno rozpuszczająca się w wodzie zimnej, łatwo natomiast w ciepłej; rozczyn wodny barwi się w powietrzu na ciemno-czerwono. Środek ten już znalazł zastosowanie u oftalmologów i rynologów: zabiegi n. p. operacyjne w jamach nosa, czasami znacznie krwawiące, można wykonać prawie bezkrwawo przy użyciu adrenaliny; Lehman w Strassburgu usuwał zwierzętom całe płaty wątroby zupełnie bezkrwawo po wstrzykiwaniach adrenaliny, a tłómaczy to szybkiem tworzeniem się skrzepów w naczyniach włosowatych; Brasin ogłasza znakomite wyniki po kombinacyi kokainy z adrenaliną; o podobnych spostrzeżeniach donoszą Dönitz, Lange i inni.

Co się tyczy wewnętrznego stosowania rozczynu adrenaliny skąpe są dotychczas wiadomości: Coleman podawał ją po 15 grm. dziennie w przypadkach krwotoków kiszkowych z dobrym podobno skutkiem; — szkodliwego jakiegoś wpływu ubocznego nie zauważył. Lang zastosował rozczyn adrenaliny w dwóch przypadkach: pierwszy dotyczył młodej suchotnicy, dotkniętej od 3 dni nieprzerwanemi krwawieniami płucnemi: żelatyna, stosowana przez usta i odbytnicę, morfina, wstrzykiwania ergotyny, zostały bez skutku. Po dwurazowem podaniu 30 kropel rozczynu adrenaliny, zastosowanych w przeciągu dwóch godzin, krwotok ustał zupełnie i trwale. Drugi przypadek odnosił się do chorego, cierpiącego na raka żołądkowego, u którego codziennie regularnie występowały wymioty krwawe; adrenalina i tutaj nie zawiodła. Graeser również widział dobry wynik w jednym przypadku krwotoku kiszkowego, który nastąpił w przebiegu duru brzusznego. Autor stosował w 3 przypadkach adrenalinę: w pierwszym był krwotok nosowy, który literalnie nie dał się zatamować żadnym znanym środkiem. W swej rozpaczy zatamponował Kirch jamę nosową gazą, napojoną rozczynem adrenaliny, nadto polecił na wewnątrz co 2 godziny 20 kropel $^1/_{10}$% tego środka; krwotok ustał i nie powtórzył się mimo usunięcia tamponów po 24 godzinach. Również w krwotoku z dróg moczowych wstrzykiwania co 2 godz. 1 ctm.^{3} rozczynu adrenaliny doprowadziły już po 4-tem wstrzyknięciu do pomyślnego wyniku; trzeci wreszcie przypadek odnosił się do suchotnicy, u której krwotok pomimo lodu i morfiny nie ustawał trzykrotne wstrzyknięcie po 1 ctm.^{3} adrenaliny usunęło natychmiast krwawienie. Aczkolwiek autor na zasadzie swojego zbyt szczupłego materyału nie może adrenaliny nazwać typowym środkiem tamującym krew, to wyniki, dotychczas otrzymane, żadną miarą nie mogą być przypadkowe. Działanie tego środka można tłómaczyć albo podrażnieniem ośrodka zwężającego naczynia (Cybulski, Szymonowicz), albo też ośrodków naczynioruchowych (Schäfer, Oliver): pierwsza z tych własności została udowodnioną bez wszelkiej wątpliwości. W końcu dodać trzeba, że wysoka cena adrenaliny nie powinna być przeszkodą do dalszych prób.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Marburg Otto. **Przyczynek kliniczny do neurologii oka. Wiąd rdzenia w wieku dziecięcym i młodocianym.** (*Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 46, 1903). Autor opisuje przypadek cierpienia, które przypadkowo zajmowało kilku polskich badaczy: — na 34 ogółem znanych przypadków jeden podał Dydyński, pięć przypadków Halban, jeden Babiński; przytem Halban ogłosił pracę o wiądzie wieku młodego, zawierającą wszystko, co o tej chorobie dotychczas wiadomo. W przypadku Marburga za rozpoznaniem wiądu przemawiają objawy Argyll-Robertsona, zanik nerwu ocznego, przebyta kiła, objawy Westphala i Romberga. Że nie ma współistnienia drugiego cierpienia, świadczy nienaruszona inteligencya. W wysnuwanych na podstawie znanych dotychczas przypadków wiądu wieku dziecięcego i młodocianego wnioskach przyłącza się autor do zapatrywań, wygłoszonych swego czasu przez Halbana. W statystyce uderza przedewszystkiem, że na 34 znanych przypadków 19 dotyczyło dziewcząt, 15 chłopców, — stosunek odmienny, jak w wiądzie u dorosłych, gdzie na jedną chorą przypada kilku mężczyzn. Widocznie w wieku dziecięcym przyczyna, wywołująca chorobę, istnieje u obu płci w jednakowym stopniu, gdy później czynnik usposabiający odgrywa rolę na niekorzyść mężczyzny. Dalszą właściwością wiądu wieku młodego, na co również zwrócił już uwagę Halban, to częstość kiły w wywiadach. Znaczenie etyologiczne kiły w wiądzie dzieci musi zaważyć na szali rozważań etyologicznych co do wiądu dorosłych, u dzieci odpadają bowiem inne czynniki przyczynowe, do których mogłaby się uciec etyologia wiądu dorosłych, jak alkoholizm, przeciążenie itd. Zaledwie w 2 przypadkach wiądu dzieci można było stanowczo wykluczyć kiłę; w $^5/_6$ przypadków natomiast napewne ją stwierdzono. Wobec rzadkości choroby nasuwa się pytanie, dlaczego tak mało dzieci kiłowych nabywa wiądu rdzenia? Remak tłómaczył tę sprzeczność możliwością przeoczania wiądu u dzieci; Halban zwracał uwagę na wielką śmiertelność dzieci dotkniętych kiłą; Marburg przyjmuje dla wytłómaczenia szereg okoliczności, sprzyjających powstaniu chorób na gruncie pierwszorzędnej przyczyny, t. j. kiły dziedzicznej w przeważnej części przypadków, wyjątkowo nabytej, więc odziedziczoną skłonność do chorób nerwowych, przebycie chorób zakaźnych, urazy (głowy), okres dojrzewania płciowego (u dziewcząt). Okres czasu od zakażenia kiłowego do początku choroby wynosi od 5 lat (przypadek Dydyńskiego) do 19 lat — podobnie jak u dorosłych. Co do symptomatologii, to znachodzimy u dzieci i u dorosłych te same objawy. Z tych warto podnieść występowanie charakterystycznego połowiczego bólu głowy objawowego, który to objaw obszernie opisał Halban. Częste występowanie zaburzeń czucia w różnych okolicach ciała, na co również tenże autor zwrócił uwagę, potwierdza Marburg. Gdy na ogół objawy wiądu obu wieków jednakowo się zachowują, podać należy jako różnicę zachowanie się objawów Romberga i niezborności, które u dzieci występują rzadziej, w $^1/_4$ przypadków, gdy u dorosłych stwierdza się je w $^2/_3$ przypadków. Wobec małej dotychczas kazuistyki trudno uchwycić przyczynę tej różnicy w objawach. Omawiając niezborność, zbija autor zapatrywanie, jakoby zanik nerwu wzrokowego wykluczał niezborność ruchów. Że oba objawy obok siebie istnieć mogą u dzieci, wykazał już Halban. Wspomnieć tutaj należy, jako rzecz charakterystyczną, że ciężka niezborność w wiądzie dzieci bardzo rzadko się zdarza, co można tem tłómaczyć, że wogóle przebieg i objawy wiądu dzieci są łagodne. Dalszą właściwość wiądu wieku młodego stanowi względna częstość zaniku nerwu ocznego, który zdarza się w $^1/_2$ przypadków u dzieci, gdy u dorosłych tylko w $^1/_4$. Może się jednak ta różnica mniej uderzającą wyda, jeśli zważymy, że właśnie kiła dziedziczna u dzieci tak często wywołuje cierpienie oczu. Zaburzenia ze strony pęcherza nie różnią się częstością występowania, natomiast tem, że zjawiają się bardzo wcześnie przed innymi objawami, zwłaszcza im chorzy są młodsi; jeden tylko chory Halbana okazywał ten objaw, jako początkowy. Stąd wynika możliwość pewnych trudności rozpoznawczych między samowolnem moczeniem nocnem, a początkowym wiądem dziecięcym. Pod względem rokowania i leczenia, to postacie choroby obu wieków zgoła się nie różnią z tem zastrzeżeniem, że wiąd u dzieci przebiega łagodniej.

Zatem różnica między wiądem wieku młodego, a osób dorosłych wogóle nieznaczna; wyraża się we względnej częstości, z jaką w wieku dziecięcym cierpienie to dotyka kobiety, bardzo często stwierdzanem w wywiadach zakażeniem kiłowem, częstszem występowaniem zaniku nerwu ocznego, rzadziej zaś cięższemi postaciami niezborności, co idzie w parze z łagodnym przebiegiem choroby. Chodzi o wytłómaczenie tych różnic. Możliwe, że jad kiły dziedzicznej inne ma działanie, słabsze, niż w kile nabytej. Tłómaczyć możnaby zapomocą poglądu Mendla, że wiąd rdzenia u kobiet przebiega łagodniej, niż u mężczyzn. Najwięcej zasługuje jednak na uwzględnienie wpływ, jaki może mieć zanik nerwu wzrokowego na przebieg wiądu. Wprawdzie autor przyłącza się do zdania Halbana, że nie zawsze wystąpienie zaniku nerwu wzrokowego pociąga za sobą zastój w postępie choroby, przyznaje jednak, że w wielu przypadkach rzeczywiście zanik nerwu wzrokowego idzie w parze, jeśli nie ze wstrzymaniem to co najmniej z złagodnieniem dalszego rozwoju choroby.

Orzechowski.

Müller. **Przyczynek do nauki o nadmiernem poceniu się ogólnem.** (*Münchener medic. Wochenschrift*, 1903, Nr. 45). Dwudziestoletnia dozorczyni chorych, dotychczas zupełnie zdrowa, zachorowała po dość uciążliwej pracy w zimie na nadmierne pocenie się całego ciała, które z początku występowało tylko w dzień, a potem i w nocy; równocześnie ustało miesiączkowanie, które u chorej zresztą zawsze było nieregularne. Łaknienie z początku było dobre, objawów choroby płuc lub innego narządu nie zauważono; układ nerwowy również był bez zmian chorobowych; jedynem zboczeniem był niedostateczny rozwój macicy. Chora z powodu potów nabawiła się wyprysku ogólnego i wtedy straciła łaknienie, schudła, była bardzo przygnębiona i cierpiała znacznie z powodu dreszczów, występujących pod lekkiem przykryciem lub przy wejściu do wanny;

trapiła też ją bezsenność, spowodowana przez świerzbiący wyprysk tak, że w 9 miesięcy straciła 20 kg. wagi. Po wygojeniu się wyprysku skóra została zmacerowaną potem i była bolesna. Pocenie się występowało bądź w napadach, bądź było stałem tak, że chora musiała 9—23 razy dziennie zmieniać bieliznę; przytem ilość moczu była dość znaczna od 600 do 2200 ctm. sz. o ciężarze gatunk. od 1033 do 1012; mocz nie zawierał białka i cukru. Leczenie polegało na 10-minutowych kąpielach na 27° R. z następowemi nacieraniami chłodnemi całego ciała i posypywaniu mączką miejsc bolesnych, co usuwało pocenie się na kilka godzin. Natomiast zalecane zimne i gorące kąpiele, środki przeciwpotne (wilcza jagoda, agarycyna), moczopędne (diuretyna, octan potasu), przeczyszczające (sól karlsbadzka i zachwalany przez Anglików kwiat siarczany), prąd przerywany i kołaczyki owaryny nie odniosły żadnego skutku. W marcu pocenie się nieco ustało i chorą wysłano na wieś, gdzie z początku poty same ustały, lecz po dwóch miesiącach cierpienie wróciło i po upływie dwóch dalszych miesięcy chora tamże umarła. Wzmożone pocenie się na całem ciele zdarza się przy otyłości, w gruźlicy płuc, cukrzycy, chorobie Basedowa i macicznicy, choroby te jednak można było wykluczyć w opisywanym przypadku. Bardzo często pocenie się ogólne zdarza się w okresie przejściowym u kobiet i w niedomodze nerwowej. I w przypadku opisanym pocenie się zaczęło się z ustąpieniem miesiączki; autor uważa go jako *hyperhidrosis* lub *polyhidrosis neurasthenica*. Lecz zdarzają się także przypadki *hiperhidrosis* wrodzonej i występującej nawet u kilku członków jednej rodziny. Także w nerwicach urazowych i w wiądzie rdzenia, przy nowotworach mózgu i rdzenia przedłużonego zauważono nadmierne pocenie się i autor jest przekonany, że w opisanym przypadku przyczyną choroby było znacznego stopnia podrażnienie ośrodka potnego, może przez guz mózgu. *Dr. Fels.*

Bornträger i Berg. **O rozpoznaniu na zwłokach śmierci ze skrwawienia się.** (*Vierteljahrsch. f. ger. Med.*, 1904, zeszyt 1). Na podstawie sekcyi 50 przypadków, w których śmierć nastąpiła niewątpliwie ze skrwawienia się, starają się autorowie określić cechy anatomiczne, na którychby można oprzeć rozpoznanie, jeżeli brak zupełnie wywiadów, a przyczyna śmierci jest niepewna. Z dokładnego zestawienia wyników sekcyi w swoich 50 przypadkach nabrali autorowie przekonania, że obraz anatomiczny po śmiertelnych krwotokach jest nieco inny, niż się zazwyczaj mniema. Oprócz potwierdzenia znanego faktu, że stopień niedokrwistości bywa wogóle znaczniejszy po długotrwałych, wyniszczających chorobach, niż po wielkich śmiertelnych krwotokach, doszli autorowie do następujących wniosków: 1) W przypadkach śmierci ze skrwawienia rzadko się zdarza zupełny brak plam pośmiertnych. 2) W przypadkach tych bywają wszystkie żyły próżne z wyjątkiem żył miękkich opon mózgowych; w spostrzeżeniach autorów nie zawierały żyły opon miękkich krwi tylko w 6 na sto, były silnie krwią wypełnione w 19 na sto, a zawierały mierną ilość krwi w 84 na sto przypadków. 3) Najczęstszemi oznakami śmierci ze skrwawienia się są: brak krwi w jamach sercowych, w 72 pct., i bladość śledziony, w 80 pct., oraz wątroby, w 84 pct. 4) Natomiast barwa miąższu płuc i nerek bywa w przypadkach śmierci ze skrwawienia się tak rozmaitą, że nawet stosunkowo wyraźnie czerwona barwa tych narządów, dowodząca, iż w nich znajduje się jeszcze dość dużo krwi, nie przemawia przeciw skrwawieniu się. 5) W przypadkach śmiertelnych krwotoków wewnętrznych znajdowano średnio 1800 ctm. sześć. krwi: utrata tej ilości krwi wystarcza już przeto, aby sprowadzić śmierć. Wyjątkowo już mniejsza utrata krwi, 1500 ctm. sześć., może wywołać śmierć; również wyjątkowo zdarza się większa utrata krwi, aż do 3000 ctm. sześć., zanim śmierć nastąpi. 6) U położnic, które zginęły z krwotoku, bywa zazwyczaj niedokrwistość znaczniejsza, niż przy śmiertelnych krwotokach z innych przyczyn, a to z tego powodu, ponieważ w przypadkach krwotoków połogowych krew sączy się zazwyczaj potrosze i zwolna; aby zaś rozpoznać na zwłokach położnicy napewno śmierć ze skrwawienia się, należy wyłączyć inne przyczyny śmierci, przedewszystkiem rzucawkę, udar mózgowy, zator tętnicy płucnej, zator powietrzny. 7) Rozpoznanie śmierci ze skrwawienia się może być niekiedy nawet na świeżych zwłokach trudne; należy przytem zawsze pamiętać, że śmierć ze skrwawienia się zazwyczaj nie łączy się z najwyższym stopniem niedokrwistości zwłok. *C.*

Bajardi. **Streptothrix lingualis w jamie ustnej zdrowych i chorych na błonicę.** (*Centralbl. f. Bakteriol.*, 1903, tom 33, nr. 2, Or.). Rozpoznanie bakteryologiczne błonicy opiera się w praktyce często tylko na badaniu mikroskopowem. Aby przy tem badaniu odróżnić prątki błonicze od innych, do nich podobnych drobnoustrojów, zalecano barwić je takimi sposobami, którymi barwią się ziarenka Ernst-Babesa. Okazało się jednak, że niemal wszystkimi zalecanymi w tym celu sposobami barwią się także ziarenka, znajdujące się w niektórych ziarenkowcach, w prątku siennym, w prątku Hoffmanna i w bac. xerosis, a obecnie podaje B., że ziarenka takie zawiera i streptothrix lingualis, znajdująca się często u zdrowych w jamie ustnej. Otóż aby uniknąć pomyłki, o którą nietrudno z powodu morfologicznego podobieństwa pewnych postaci streptothrix do prątka błoniczego i z powodu stałej obecności ziarn w owych postaciach tej streptothrix, zaleca B. używać do barwienia preparatów sposobu Bronsteina, którym barwią się ziarenka prątka błoniczego, a nie barwią się ziarenka streptothrix. *C.*

Alexander. **Drżenie głosowe w brzuchu.** (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 43, 1903). Przed dwoma laty ogłosił de Brun pracę, w której donosi, że ręka, położona na powłoki brzuszne, wyczuwa w wielu przypadkach chorobowych drżenie głosowe, odpowiadające w zupełności drżeniu na klatce piersiowej. Stwierdził on nadto, że drżenie występuje w razie istnienia w jamie otrzewnowej płynu otorbionego lub wolnego. Do tego samego wyniku — jedynie co do drżenia — doszedł i Weber, twierdząc atoli, że drżenie powstaje tylko w tych przypadkach, w których nie płyn, ale powietrze znajduje się w jamie otrzewnowej. Natomiast autor, przeprowadzając badania kontrolujące, stwierdził przedewszystkiem, że w stanach prawidłowych drżenia w brzuchu nigdy wykazać nie można; to samo zresztą da się powiedzieć o przypadkach chorobowych, jakoteż o zmianach, wywołanych drogą doświadczeń na zwierzętach. *Dr. Pisek* (Kraków-Podgórze).

Peiser. **O osłabieniu czucia** (*hypaesthesia*) **w zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Muench. med. Wochenschr.*, 1903, 41). Przy badaniu czucia prawej strony brzucha podczas napadu w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego znalazł autor ciekawe zmiany, mianowicie z jedenastu przypadków badanych były w dziewięciu bardzo wyraźne zaburzenia czucia w podbrzuszu prawem, a w dwóch wynik badania był ujemny. W tych dziewięciu przypadkach sześć razy było osłabienie czucia (*hypaesthesia*), w dwóch wzmożenie czucia (*hyperaesthesia*), w jednym najpierw osłabienie, potem wzmożenie. Poszczególne przestrzenie skóry, gdzie były zmiany w czuciu, nie miały granic ostrych. Autorowie opisują często wzmożenie czucia tej okolicy w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, a nie wspominają o osłabieniu czucia. *B. Żmigród.*

Bruns. **Leczenie raka promieniami Röntgena.** (*Die Therapie der Gegenwart*. 1904, styczeń). Do leczenia promieniami Röntgena nadaje się na razie rak skóry, szczególnie t. zw. wrzód żrący (*ulcus rodens*) i rak powierzchowny, mianowicie rak sutka, nie nadający się już do operacyi. Przy pierwszym można osięgnąć zupełne wyleczenie z kształtną blizną, przy drugim tylko polepszenie. Naświetlanie trwa 30—60 minut i odbywa się przy wrzodzie żrącym w 3—5 (a nawet 1—3 posiedzeniach), poczem w pierwszych 10—12 dniach nie występuje żadna zmiana, tylko nieco ciemniejsze zabarwienie tła wrzodu i silniejsze wydzielanie. Po 12—14 dniach pojawia się lekkie zaczerwienienie otaczającej skóry, twardy brzeg staje się miękkim i płaskim, wrzód okrywa się ziarniną i w cztery do ośmiu tygodni bywa zagojony. Czy te przypadki zostają długo bez nawrotów, na razie nie można jeszcze orzec. Przy rakach sutka, nie nadających się już do operacyi, leczenie trwa dłużej; tu bole ustają, wrzody posokowate się oczyszczają i zabliźniają i nowotwór się zmniejsza, chociaż w innem miejscu dalej postępuje. Leczenie raka promieniami Röntgena polega na zwyrodnieniu i zupełnem zanikaniu komórek rakowych; czy się jednak uda wywołać odrazu ten wpływ korzystny na wszystkie części raka i zapobiedz rozrostowi dalszych guzów, co zależy może od dokładnego dawkowania promieni, przyszłość okaże. Leczenie raka promieniami powinno spoczywać w rękach fachowców i odbywać się w dobrych zakładach; należy również ostrzegać przed tem, by lekarze i chorzy nie przeceniali tego środka i doświadczając go na chorych, nie leczyli raka tak długo promieniami Röntgena, żeby później już i nóż więcej nie mógł pomódz. *Dr. Fels.*

Halberstädter. **Następstwa podwiązania żyły udowej pod więzem Pouparta.** (*Beitr. z. klin. Chir.*, 1903, XXXVIII, 3). Następstwa podwiązania żyły udowej pod więzem Pouparta są różne, gdyż podczas gdy w jednych przypadkach chorzy dobrze znoszą podwiązanie bez dalszych zaburzeń, to w innych występują znaczne zmiany w krążeniu, a nawet i zgorzel kończyny. Autor zebrał z piśmiennictwa wszystkie przypadki i stwierdził, że w 54 przypadkach podwiązania żyły udowej zgorzel wystąpiła w dwóch, podczas gdy przy równoczesnem podwiązaniu żyły i tętnicy nastąpiła zgorzel w 14 przypadkach na 24. Autor miał przypadek posokowatej zgorzeli kończyny w następstwie koniecznego wycięcia żyły udowej w celu usunięcia guza. Starał się potem na drodze doświadczeń wytłómaczyć, dlaczego następstwa podwiązania są w różnych przypadkach różne i doszedł do przekonania, że powrót do prawidłowego krążenia zależy od wielu czynników, mianowicie od ciśnienia

krwi, od sprawności zastawek żylnych, a także od rozmaitych połączeń żylnych, powstałych już przed operacyą. Wnioski, jakie autor na mocy swych doświadczeń wyciąga, są następujące: przy skaleczeniach żyły udowej trzeba najpierw stosować środki tamujące krwotok, starać się, by utrzymać światło żyły, a więc wykonać boczne podwiązanie, a najlepiej założyć szew na żyłę. Przy wycinaniu guzów zrośniętych z żyłą udową należy bardzo oszczędzać żyły i starać się, by jak najwięcej bocznych gałązek utrzymać, a w każdym razie musi się pamiętać o utrzymaniu całej tętnicy udowej. Przytem przestrzegać aseptykę, względnie antyseptykę, przez dokładne zaś zatrzymanie krwawienia można uniknąć silniejszego nacieczenia krwawego tkanki łącznej. W przypadkach, gdzie tętnica udowa jest utrzymaną, a ciśnienie krwi dobre, wskazanem jest zawieszenie lub wyższe ustawienie kończyny; jest to zaś przeciwwskazanem przy równoczesnem podwiązaniu tętnicy i złem parciu krwi.

B. Żmigród.

Müller. **Spostrzeżenia nad plamami Koplika, odczynem dyazowym moczu i gorączką w odrze.** (*Münch. Medizinische Wochenschrift*, Nr. 3, 1904). Autor, rozporządzając wielkim materyałem, jakiego dostarczyła rozległa epidemia odrowa, panująca w Marburgu w roku 1902 na 1903, zwracał baczną uwagę na występowanie tak zw. plam Koplika, będących jednym z pierwszych zwiastunów odry. Plamki te, które Koplik a później Sławyk tak obrazowo przedstawili, porównywując je do rozpryśniętych cząstek wapna na ciemnem tle, występowały bardzo często pod względem odsetkowym na 1 do 7 dni przed osutką, daleko zaś rzadziej już podczas wysypania. Rozmaici autorowie rozmaicie oceniają ten objaw; zgodnie jednak po większej części oświadczają się za wyłącznem ukazywaniem się plamek tylko w odrze; atoli nieliczni wprawdzie pediatrzy, a między nimi i autor, spostrzegali je w kurze czyli różyczce (*rubeola*), odmawiając w ten sposób plamkom Koplika wartości nieomylnej cechy dla odry i przestrzegając przed pochopnem rozpoznawaniem choroby jedynie tylko na tej jednej podstawie. Że autor nie mylił się w rozpoznawaniu różyczki, przytacza na dowód, że te same dzieci, które przed niedawnym czasem przebywały odrę, cokolwiek później nabawiły się różyczki; na 14 przypadków różyczki u 6 stwierdzono plamy Koplika.

Co się tyczy dyazowego odczynu moczu, to występował on stale w odrze, ale dopiero z chwilą pojawienia się osutki, a zaledwo dwa razy na dzień przed nią. Odczyn ten utrzymywał się przez cały czas gorączki ciągłej i bardzo szybko znikał po jej opadnięciu. Znaczenia więc odczynu zwiastunowego nie posiada. Wunderlich, który pierwszy ustalił typy gorączkowe w chorobach zakaźnych, podał charakterystyczną krzywiznę dla odry, t. j. krótkie i dość znaczne wzniesienie ciepłoty, poczem kilkudniowy okres bezgorączkowy, a wreszcie nagłe wystąpienie gorączki, trwające około 4-ch dni. Juhrgensen i autor zgadzają się na powyższy typ gorączkowy, jako najczęstszy: spostrzegali jednak jeszcze dwa inne, choć w mniejszej liczbie przypadków, t. j. jeden taki, gdzie ciepłota powoli się wznosiła, a drugi, odznaczający się nagłem i zupełnie niespodziewanem wzniesieniem.

Progulski

Haberer. **Przyczynek do kazuistyki następstw forsownych prób odprowadzenia przepuklin uwięźniętych.** (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1903, 49). Autor sądzi, że jeżeli mimo ustawicznych dowodów niebezpieczeństwa, tkwiącego w forsownych próbach odprowadzenia, przypadki takie się znachodzą, w których powstają ciężkie, a nawet życiu grożące uszkodzenia z powodu bezcelowych prób, to fakt ten świadczy o tem, że za mało się zwraca uwagi na istniejące piśmiennictwo. Należałoby te przypadki zapisywać w czasopismach, które są w pierwszym rzędzie dostępne lekarzom praktycznym. Autor przytacza trzy przypadki przywiezione do I. chirurg. kliniki wiedeńskiej: w pierwszym u chłopca 4½-letniego uwięźnięcie przepukliny pachwinowej prawej trwało od dwóch dni: odprowadzenie jelita już zgorzelinowego, oraz zapalenie otrzewnej miało miejsce już przed zgłoszeniem się do kliniki. Zrobiono herniolaparotomię. Śmierć nastąpiła 10 dnia po operacyi. W przypadku drugim u chłopca 2½-letniego uwięźnięcie przepukliny pachwinowej prawej trwało od trzech dni; bezowocne próby odprowadzenia przed zgłoszeniem się do kliniki z wielokrotnem rozdarciem krezki części uwięźniętych jelita; wykonano operacyę doszczętną, nastąpiło wyleczenie. W trzecim — u kobiety 41-letniej było uwięźnięcie przepukliny udowej lewej, trwające sześć godzin; wykonano bezowocne próby odprowadzenia poza kliniką z urwaniem krezki jelita uwięźniętego; wycięto 83 ctm. jelita cienkiego, nastąpiło wyleczenie. Z odprowadzeniem trzeba być bardzo ostrożnym, gdyż bądź co bądź robi się tu po ciemku, i niema się najmniejszego pojęcia o tem, w jakim stanie znajduje się narząd, mający być odprowadzonym. Pominąwszy już to, że jelito nawet po kilku godzinach uledz może ciężkim zmianom, to należy zwrócić jeszcze uwagę na osobniczą kruchość jelita i krezki, jak o tem świadczy przypadek Franka, gdzie następstwem odprowadzenia przepukliny uwięźniętej, wykonanego przed niecałą godziną, było przedziurawienie jelita. W klinice, w której autor pracuje, postępują w ten sposób, że robią raz tylko ostrożną próbę odprowadzenia w kąpieli; jeśli próby odprowadzenia były robione poza kliniką, to bezwarunkowo operują. Tylko w przypadkach, gdzie operacya wprost jest przeciwwskazaną, można próbować odprowadzić, względnie nawet przy pomocy wysokiego ułożenia miednicy i stosowania zimna. *B. Żmigród.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

K. Fuchs. **O leczniczem zastosowaniu cytrofenu.** (*Therapeutische Monatshefte* XVII, S. 574). Cytrofen jest związkiem pochodnym kwasu cytrynowego i parafenatydyny. Proszek biały, bezwonny, o lekko kwaśnym smaku, łatwo rozpuszczalny we wodzie, łatwo i szybko ulegający wessaniu, w 20 bowiem minut po zażyciu okazuje się w moczu. Dawka dzienna u dorosłych wynosi 3 razy po 0·5—1 grm., u dzieci 3 razy po 0·3 grm. Cytrofen ma swoiste przeciwgośćcowe działanie, przyczem nie szkodzi nawet schorzałemu sercu. Nie wywołuje przytem żadnych działań ubocznych; można go więc stosować bez szkody przez dłuższy czas. U chorych gorączkujących wywołuje w dawkach 0·5 do 1 grm. spadek ciepłoty o 1° do 1·5°, trwający przez kilka godzin, do którego nigdy nie dołączają się objawy zapadu. Wreszcie cytrofen nadaje się jako dobry środek przeciw rwie. *O.*

Leczenie puchliny wodnej według nowszych zapatrywań. (*Allg. Med. Centr.-Ztg.*, Nr. 22 i 23, 1903). Meyer w Bernstadzie omawia obszernie dotychczasowe leczenie puchliny wodnej 1) przez spotęgowanie czynności serca, 2) przez sztuczne zwiększenie czynności nerek, 3) przez zadziałanie na jelita, 4) przez leki napotne, przez modyfikacyę doprowadzania płynów i wreszcie przez bezpośrednie odprowadzanie płynów drogą nakłucia i sączkowania. Przetwory moczopędne działają głównie w połączeniu z lekami sercowymi; gdy te już nie skutkują, należy usunąć puchlinę wywołaniem obfitych wypróżnień wodnych silnymi i najsilniejszymi środkami czyszczącymi, jak jalapa, skamonium itd. Pośrednie miejsce między lekami moczopędnymi, a czyszczącymi zajmuje kalomel; jego moczopędne działanie występuje przeważnie w puchlinie sercowej. M. łączy kalomel z innym lekiem przeczyszczającym i naparstnicą: Rp. *Calomelan. 0.2—0.3, Resin. scammon. 0.2—0.6, Fol. digitalis 0.06—0.1, Jalap. p. 1.0—1.5, Mfp. d. t. d. Nr. VI. S. Codziennie lub częściej w tygodniu zażyć jeden proszek.* Tym sposobem usunął Meyer puchlinę wodną zupełnie, która stawiała opór wszelkim dotychczasowym sposobom. Leki moczopędne (diuretyna) działają silnie, zwłaszcza w połączeniu z naparstnicą, nie mogą jednak równać się z skombinowanem leczeniem kalomelowem. Skuteczniejszą od diuretyny i aguryny jest teofilina, uzyskana z wyciągu herbaty. Ponieważ ta jest nadzwyczaj drogą, prof. Traube sporządził syntetycznie teofilinę i nazwał ją teocyną. Ta jest najsilniejszym i najtrwalszym lekiem moczopędnym i nie ma prawie żadnych wpływów ubocznych. Alteracyę układu nerwowego łagodzi się przez dodanie antagonistycznie działającego na nerwy hedonalu (0.4—0.5).

M. poleca: *Theocin. 0.3, (ewent. fol. digit. p. 0.05—0.1), d. tal. dos. X. S. 3 r. dz. zażyć 1 proszek.* Teocyna działa w puchlinie tak sercowej, jak i nerkowej, w sposób wybitny. Z zabiegów fizykalno-dyetetycznych opisuje M. kilkodniowe spokojne leżenie w łóżku, uporządkowanie spożywania płynów co do ilości, jakości i ciepłoty. Wybitnem jest moczopędne działanie źródeł mineralnych, zawierające sól kuchenną, a jeszcze więcej wód alkalicznych i alkaliczno-ziemnych, oraz wód gorzkich. Żywienie powinno być raczej umiarkowane, niż nadmierne, gdyż to raczej wzmacnia czynność serca. Ograniczona dyeta mleczna: 600—800 sz. ctm. w 3—4 dawkach jest najwłaściwszą. Z zabiegów bezpośrednich mechanicznych zaleca M. nakłuwanie (akupunkturę), nasiekanie (skaryfikacyę), sączkowanie włoskowate Southeya, długie na 3 ctm. cięcia (6—8), przenikające tkankę podskórną, głównie na udach. Dzieląc puchlinę wodną, stosownie do przyczyny, na 3 typy: 1) na pochodzącą z wad zastawkowych, 2) z powodu miażdżycy tętnic i podobnych stanów i 3) jako następstwo chorób nerkowych, twierdzi M., iż w puchlinie sercowej najwięcej widoków ma skombinowane leczenie naparstnicą, przynajmniej w początku, podczas gdy w miażdżycy tętnic i t. p. najczęściej już w początku nie działa nawet najenergiczniejsze leczenie naparstnicą. W takich przypadkach należy, aby nie stracić drogiego czasu, stosować już od początku najsilniej działające leki (skombinowane leczenie kalomelowe, najsilniejsze środki moczopędne). W puchlinie nerkowej wchodzą głównie w rachubę najsilniejsze przetwory czyszczące i fizykalne sposoby leczenia.

Baschkopf.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 20 stycznia 1904 r.

Przewodniczący kol. prof. Nowak. Obecnych członków 30.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. prof. Bujwid demonstrował 3 palce lewej ręki, które 15-letni chłopak amputował sobie siekierą, w celu zapobiegnięcia skutkom ukąszenia przez psa, podejrzanego o wściekliznę.

III. Kol. Żeleński wygłosił zapowiedziany odczyt: »O aglutynacyi paciorkowców« (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Eisenberg podnosi podobieństwo paradoksalnych szeregów aglutynacyi, spostrzeganych przez prelegenta, do zjawiska »proaglutynoidów«, opisanego przez Eisenberga i Volka, a stwierdzonego przez Asakawę, Shigę, Mosera i Pirqueta. Zjawisko to może też występować przy surowicach świeżych, jak to stwierdzili Volk i de Wade i Eisenberg przy badaniu surowic swoistych i prawidłowych. Ważną jest zmienna zdolność różnych szczepów paciorkowcowych do ulegania aglutynacyi, znajdująca analogię u różnych szczepów bakteryi durowych, dwoinek Fraenkla, gronkowców (Otto, Eisenberg i Habicht) i bakteryi ropy błękitnej (Eisenberg). Należałoby stwierdzić, czy i w tym przypadku przystosowanie do aglutynin, krążących w zakażonym ustroju, jest podstawą tego zjawiska. Wreszcie omawia E. znaczenie, jakie istnienie przyrodzonych ciał swoistych, czy ochronnych, w surowicach zwierząt prawidłowych mieć może dla naszych poglądów na rolę rozmaitych bakteryi, fakultatywnie zakaźnych w prawidłowym ustroju.

Kol. Gertler podnosi, że próby drobnowidowe przy aglutynacyi paciorkowców mają mniejsze znaczenie, aniżeli próby makroskopowe, podobnie jak przy próbach Widala, z tych też względów przyznaje wyższość próbie makroskopowej. Przy próbach drobnowidowych zajść mogą bardzo często błędy, tkwiące w samej metodzie badania, jak n. p. zmiany w kropli badanej, spowodowane gorącem pętli platynowej. Mimo ostrożnego zbierania paciorkowców z powierzchni agaru łopatką platynową, zabiera się często cząstki agaru, które przyczynić się mogą do skupienia badanych drobnoustrojów. Z tych powodów więcej można polegać na próbach makroskopowych. Ponieważ przy surowicy koni, szczepionych paciorkowcami, nieprzeprowadzonymi przez zwierzęta, nie mamy danych na oznaczenie siły, względnie jednostki imunizacyjnej, musimy na razie oznaczyć siłę aglutynacyi, która ma iść w parze z działaniem zabójczem surowicy na paciorkowce. Dotychczas stosowanych sposobów, polecanych przez Hasenknopfa i Salgego, Mosera i Pirqueta używał G. ze skutkiem ujemnym. Hodowle bulionowe przedmuchiwał przez krótki czas, z powodu braku przyrządu do przedmuchiwania hodowli, przez 20 godzin w cieplarce, ale nie zdołał uzyskać wyników pomyślnych. Moser i Pirquet sami podają, że nie wszystkie gatunki paciorkowców nadają się do aglutynacyi ich sposobem. Skoro i podany przez Tavela sposób hodowania paciorkowców na 1% bulionie cukrowym nie dawał wyników pomyślnych, sporządzał G. zawiesinę z hodowli agarowych w wodzie jałowej i rozczynie fizyologicznym. Lecz i tu okazało się, że szczepy używane nie dawały zawiesiny, nadającej się do badań makroskopowych; być może, że szczepy te wogóle do tego sposobu się nie nadawały. Chcąc uzyskać pożywkę płynną, w którejby paciorkowiec rósł jednostajnie i wywoływał zmącenie, sporządzał buliony, zawierające $^1/_2$, 1, 2, 3, 4 i 5% peptonu, lub też $^1/_2$, 1, 2, 3 i 4% cukru i na nich próbował wyhodować paciorkowce. Próby te wypadły ujemnie. Następnie dodawał do poprzednich pożywek surowicy ludzkiej w stosunku 1 : 2. Hodowle mętniały, lecz próby aglutynaayjne wypadały niepomyślnie, gdyż równocześnie powstawały precypityny. z powodu, że surowica, użyta do doświadczeń, pochodziła z koni, szczepionych hodowlami, zawierającemi surowicę ludzką. Obecnie jeszcze najlepsze wyniki otrzymał z hodowlami, sporządzonemi na bulionie, zawierającym 4—5% peptonu z dodatkiem 1% cukru i surowicy końskiej w stosunku 1 : 2. Większość szczepów paciorkowcowych wywołuje zmętnienie obok skąpego osadu, który przy lekkiem wstrząśnieniu rozpływa się w cieczy. Takich hodowli używał do całego szeregu prób aglutynacyjnych makroskopowych, chcąc ocenić siłę surowic, otrzymanych z koni, szczepionych różnymi sposobami. Wyników na razie nie przytacza, gdyż w przyszłości zda z nich obszernie sprawę. W końcu zapytuje prelegenta, w jakiej ciepłocie trzymane były hodowle podczas aglutynacyi?

Kol. prof. Bujwid podnosi, że jakkolwiek oddawna starano się znaleźć sposoby odróżnienia paciorkowców, to jednak dotąd się to nie udaje. Badania morfologiczne nie dały nic stanowczego i sposób ten ustąpił obecnie metodzie aglutynacyi. I tutaj jednak są wielkie trudności, wynikające przedewszystkiem stąd, że paciorkowce w płynach nie dają hohowli jednolitej, ale łatwo twarzą osady. Dlatego to badanie aglutynacyi w hodowli płynnej nastręcza poważne trudności. Może zapomocą zdejmowania hodowli z powierzchni agaru uda się to łatwiej przy pewnej wprawie. Sposobu tego dotąd mówca nie próbował, gdyż nie miał do niego zaufania, jak również nie ma wielkiego zaufania do badania aglutynacyi jedynie mikroskopowo. Trzeba starać się obserwacyę mikroskopową łączyć z badaniem w probówce. Paciorkowce często dają i bez aglutynacyi formy inwolucyjne, podobne do tych, jakie przy aglutynacyi spostrzegamy. Jedyne kryteryum, jakie obecnie powstaje, jest ocena działania surowicy na homologicznego paciorkowca w ustroju zwierzęcia. Z pomiędzy innych praca Tavela, niedawno ogłoszona w »Deutsche med. Wochenschrift«, daje w tym względzie wskazówki, dowodzące, że surowica w ilości 1 cm.^{3} działa na homologiczne parciorkowce. Tego też sposobu używa się oddawna przy badaniach nad paciorkowcem w Zakładzie higieny.

W odpowiedzi kol. Żeleński podnosi jeszcze raz niektóre szczegóły techniczne, omawiane w odczycie. Na konieczność zbierania hodowli bez uszkodzenia powierzchni agaru zwrócił sam prelegent uwagę w swym odczycie i sądzi, że przy wprawie da się to łatwo osiągnąć. Należycie sporządzona zawiesina przedstawia się jako zupełnie jednostajna mleczna ciecz, niezmieniająca swego wejrzenia przez przeciąg 24 godzin i dłużej. Na preparatach, służących do kontroli, można się przekonać, że dobrze sporządzona zawiesina zawiera same krótkie łańcuszki i dwoinki, nie zawiera natomiast żadnych większych grudek, ani też takowe nie wytwarzają się w niej samoistnie w przebiegu obserwacyi. Zjawisko aglutynacyi można spostrzegać pod mikroskopem we wszystkich fazach po kolei; nieraz już po niedługim czasie występuje wybitna aglutynacya, podczas gdy preparat, użyty do kontroli, pozostaje bez zmiany. Proces aglutynacyi występował w doświadczeniach prelegenta w sposób tak znamienny, że nie pozostawiał miejsca na żadne wątpliwości. Postępując tym sposobem badania, omijamy wszystkie trudności, dotychczas napotykane przy mikroskopowem badaniu aglutynacyi paciorkowców, a zyskujemy bardzo ważny czynnik dodatni, t. j. czułość, na której zbywa próbie makroskopowej i ścisłość w oznaczaniu stopnia aglutynacyi. Na zapytanie kol. Gertlera nadmienia prelegent, że hodowle były podczas aglutynacyi trzymane w ciepłocie pokojowej. *(Streszczenia własne).*

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Posiedzenie z dnia 13 grudnia 1903 r.

I. Przyjęto jednogłośnie do Towarzystwa kolegów: Dr. Michała Kozłowskiego i Dr. Jana Stopczańskiego.

II Odbyły się wybory Zarządu Towarzystwa na r. 1904. Wybrani zostali: kol. Reiss przewodniczącym, kol. Krzyształowicz zastępcą przewodniczącego, kol. Steuermark sekretarzem I, kol. Pacyna sekretarzem II i kol. Stopczański skarbnikiem.

III. Kol. Reiss przedstawia chorego podeszłego wieku ze zmianami, umiejscowionemi szczególnie w okolicy pach i pachwin w postaci kół zamkniętych, o powierzchni pokrytej drobnemi łuseczkami barwy brudno-żółtej, które wywoływały lekkie swędzenie.

Choroba z małemi zaostrzeniami i złagodzeniami ma trwać od bardzo dawna. Ze stanowiska klinicznego możnaby tu myśleć o *seborrhoea furfuracea,* lubo *erythrasma.* Ponieważ w naskórku znaleziono grzyba *microsporon minutissimum,* przeto przyjęto rozpoznanie drugie. Na szczególną uwagę zasługuje tylko niezwykłe umiejscowienie choroby i jej barwa.

Następnie przedstawia kol. Reiss chorą, leczoną w klinice przed dwoma laty z powodu *lues primaria.* Po jednem wstrzyknięciu *Hg.*

salicyl. wystąpiło wtedy nagle zaczerwienienie całej skóry i wybitny jednolity naciek, gorączka, dochodząca do 40° C., ogólne osłabienie i śpiączka. Aczkolwiek błony śluzowe były wtedy wolne, rozpoznano rtęcicę, z której, mimo pierwotnie bardzo groźnego stanu, chora wyleczyła się po kilku tygodniach. Po roku chora była leczona w oddziale szpitalnym z powodu wyprysku na obu kończynach dolnych; przed dwoma tygodniami zgłosiła się znów do kliniki z objawami rumienia rozlanego, który po kilku dniach ustąpił zupełnie, a obecnie przybyła ze zmianami, które z nadzwyczajną szybkością zajęły całą skórę. Skóra silnie zaczerwieniona, naciekła, łuszcząca się drobnymi i dużymi płatami. Chora jest apatyczna i gorączkuje. Rozpoznano *dermatitis exfoliativa generalisata* Broca. Przypadki tego rodzaju mają skłonność do nawrotów, a jako często wymieniane powikłanie wystąpiła i u tej chorej wśród pierwszego wybuchu choroby *gangraena nosocomialis* w zakresie części rodnych.

W dyskusyi przemawiali: kol. Borzęcki i kol. Krzyształowicz.

W dalszym ciągu przedstawia kol. Reiss chorego z daleko posuniętemi zmianami na błonie śluzowej jamy ust, *stomatitis acuta*. Chory leczony był od stycznia do lipca zeszłego roku na prowincyi z powodu kiły wcieraniami szaruchy, poczem po krótkiej pauzie dostał jeszcze 4 wstrzyknięć sublimatowych. Zdawaćby się mogło, że do chwili obecnej rtęć powinnaby być już wyeliminowaną z ustroju; badanie jednak moczu, wykonane w zakładzie chemii lekarskiej, wykazało jeszcze sporą zawartość rtęci. Badanie obecne wykazuje u chorego owrzodzenia warg, błony śluzowej policzków, obrzęk dziąseł i znaczną ruchomość zębów, a wreszcie typowy obraz *lingua crenata mercurialis*.

W dyskusyi zabierali głos: kol. Steuermark, kol. Borzęcki, kol. Wicherkiewicz, kol. Reiss, kol. Krzyształowicz, kol. Baurowicz i kol. Steuermark. Kol. Reiss zakończył dyskusyę oświadczeniem, że w tym przypadku nie może odstąpić od swego rozpoznania i przyjmuje zakażenie mięszane.

Nadto przedstawia jeszcze kol. Reiss 70-letnią staruszkę z bardzo obfitą wysypką kiłową guzkową, świeżą. Poszukiwania miejsca zakażenia wykazały silnie obrzękły migdałek lewy z lekkim nalotem i wybitnie obrzękłe i twarde gruczoły podszczękowe tejże strony. Przy tej sposobności nadmienia, że pierwotna zmiana kiłowa, jeżeli jest umiejscowiona na migdałkach, zajmuje najczęściej stronę lewą, co niektórzy chcą wytłómaczyć okolicznością, że używając przy jedzeniu ręki prawej, łyżką dotykamy lewej strony ust.

W końcu przedstawia jeszcze kol. Reiss dwóch chorych, leczonych z powodu łuszczycy maścią eurobinową bez wewnętrznego podawania arsenu i podnosi doskonałe działanie tego przetworu, przewyższającego w wielu kierunkach kwas pirogalasowy.

Na zakończenie przedstawił kol. Pacyna jeszcze kilku chorych, leczonych z bardzo dodatnim skutkiem tigenolem, poczem posiedzenie zamknięto. *Dr. Pacyna*, sekretarz.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 11 lutego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem przy licznym udziale członków Towarzystwa technicznego, miał odczyt kol. dr. Bier: »O asanacyi Zakopanego«.

* Ze względu na niezbity fakt, że we Lwowie zdarzają się dość często przypadki zawleczenia chorób zakaźnych przez okolicznych włościan, dostarczających ludności miejskiej wszelkiego rodzaju produktów spożywczych, fizyk m. Lwowa zawiadomił czasopisma codzienne, że po urzędowem stwierdzeniu wybuchu jakiejkolwiek choroby zakaźnej w gminach powiatu lwowskiego ogłaszać będzie w dziennikach nazwy miejscowości zakażonych, a to w celu przestrzeżenia mieszkańców i wezwania ich na tej drodze do należytej ostrożności. Podkreślamy, że zarządzenie to fizyka miejskiego miało miejsce we Lwowie i nie szukalibyśmy analogii tego projektu, dodajmy szczęśliwie i rozumnie pomyślanego, do stosunków krakowskich, gdyby nie fakt, który zaszedł na łamach »Przeglądu lekarskiego«, a którego wytłómaczenia domaga się liczne grono czytelników naszych. Rzecz się miała tak: od połowy listopada do połowy grudnia ogłaszaliśmy obok tablic śmiertelności, wykaz zachorowań w tymże samym czasie na choroby zakaźne. Wykaz ten oddawał rzetelne usługi lekarzom, bo każdy z nich mógł łatwo zoryentować się w położeniu, tu i ówdzie przestrzedz, a przedewszystkiem stanowczo odeprzeć plotki, tak często podawane z ust do ust, o grasujących epidemiach w Krakowie. Pan fizyk przeciął źródło tego wykazu, a krok ten usprawiedliwił argumentem „nie trzeba straszyć“. Skoro tak mówi, musi mieć dowody, ale są dowody i wręcz przeciwne, mianowicie, że zatajanie daje pole do »straszących« fantastycznych plotek, których próbkę przytaczamy z dni ostatnich: jedna rodzina, stale mieszkająca w Odesie, której nazwisko związane z budową domu akademickiego, jedzie do Rzymu z wnuczętami przez Kraków; oświadcza jednak listownie, że w Krakowie, wbrew zwyczajowi, nie zatrzyma się, gdyż w tem mieście „grasuje morderczа epidemia płonicy“. W bieżącym już tygodniu rodzina obywatelska z okolic Skawiny wzywa do siebie na wieś dwóch lekarzy dla wykonania mniej ważnej operacyi, a na uwagę, że lepiejby było przywieźć dziecko na kilka dni do Krakowa, odpowiada: „wszak w Krakowie grasuje odra“, chociaż dziś wszyscy wiemy, że odra od kilku tygodni wygasła. Czy tego rodzaju fakty nie dowodzą, że metoda »nie straszyć« jest szkodliwą nie tylko ze stanowiska zasadniczego i urzędniczego, ale nawet i ekonomicznego? Czy Kraków potrzebuje pod względem sanitarnym jakiegokolwiek zatajania? czy renomę jego »miasta niezdrowego« nie rozwiałaby najlepiej rzetelna statystyka? Wiemy, że p. fizyk zastał już ten system »nie straszenia« i przekonani jesteśmy o jego dobrej woli, ale wyrachowanie, oparte na tym systemie jest wprost szkodliwe wobec faktu, że urząd fizyka nie posiada władzy przymusowego oddania do szpitala, ani też przymusowej desinfekcyi mieszkań po chorobie zakaźnej. Jeżeli fizyk m. Lwowa może wykazywać i już wykazuje całe wsie podmiejskie, jako zakażone; jeśli tygodnik »Prager medic. Wochenschrift« ogłasza taki wykaz zachorowań na choroby zakaźne w Pradze, a »Wiener klin. Wochenschrift« — czyni to samo dla Wiednia; jeżeli władze wojskowe ogłaszają o każdym przypadku chorób zakaźnych w garnizonie, to na czem opiera p. fizyk m. Krakowa wyjątkowe swoje postępowanie względem obywateli m. Krakowa? Stanowczo Władza kierująca powinna pod tym względem wprowadzić jakieś normy ażeby w tej ważnej sprawie życia i zdrowia obywateli miast naszych rozstrzygały ogólne zasady, a nie indywidualny temperament i dowolność.

* Komitet polski międzynarodowego Zjazdu dla higieny szkolnej w Norymberdze ogłasza następujący komunikat:

»W połączeniu ze Zjazdem odbędzie się między 2 a 8 kwietnia b. r. Wystawa higieniczna, obejmująca następujące przedmioty: Wszelkiego rodzaju przyrządy naukowe, modele, plany, rysunki, szkice, tablice graficzne, urządzenia szkolne, przybory do nauki, książki i czasopisma, o ile się one odnoszą do szkoły i do nauki w szkole. Wystawa ta będzie obejmować następujące działy: 1) Higiena budynków i urządzeń szkolnych. 2) Higiena nauki i środków do nauki. 3) Higiena dzieci szkolnych. 4) Wychowanie fizyczne. 5) Higiena dzieci szkolnych w domu. 6) Nauka higieny. 7) Piśmiennictwo zawodowe.

Zgłoszenia przyjmuje się najdalej do dnia 15 lutego.

Bliższych informacyj udziela: Dr. Jan Landau, (Kraków, Grodzka 69).

Za Komitet: Przewodniczący prof. dr. *Odo Bujwid*. Sekretarz dr. *Jan Landau*.

Zgłoszenia tytułów odczytów mają być zamknięte w dniu 15 lutego. Uczestnicy, chcący podać tytuł, proszeni są zatem o załatwienie tego przed oznaczonym wyżej terminem *).

Komitet wniósł podania do zarządów kolejowych o zniżki i ma nadzieję otrzymać je we właściwym czasie.

* Dr. Batko mianowany został naczelnym lekarzem urzędu kwarantanowego w Suezie.

* Dr. Fürbek mianowany został lekarzem kolei państwowej z siedzibą w Tarnowie.

* Ze względu na wysokie koszta desinfekcyi mieszkań formaliną przy użyciu przyrządów Scheringa lub Lingnera, mała pojemność przyrządu Czaplewskiego, wymagająca użycia kilku przy-

*) Ogłoszenie to, zwłaszcza o ile dotyczy terminu 15 lutego, pojawia się za późno, lecz nie z naszej winy. Otrzymaliśmy ten komunikat w przeszły czwartek, t. j. w dniu druku tygodnika. (*Redakcya*).

rządów, a zwłaszcza urządzenie w nim tylko jednego rozpryskiwacza, który łatwo się zatyka spolimeryzowanym formaldehydem, sprawiły, że poręczny w zastosowaniu i dający możność odkażania mieszkania od zewnątrz przyrząd Flüggego najwięcej i słusznie znalazł zastosowanie.

Dr. L. Bier, pragnąc ułatwić nabycie tego przyrządu gminom i instytucyom, zwłaszcza niezamożnym, skłonił blacharza Wł. Bernardyńskiego (Kraków, ul. Dominikańska, 41) do wyrabiania tego przyrządu w wymiarach, zaleconych przez Flüggego za cenę 75 koron; sprowadzony zaś z zagranicy kosztuje bez cła 120 koron. Wyrób odbywa się pod dozorem Dr. Biera.

* Dr. Langie donosi: „Na rzecz Towarzystwa samopomocy lekarzy złożył Dr. Nodzyński z Bochni 50 koron, jako nieprzyjęty od kolegi zwrot kosztów".

* Między 19/I a 1/II doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), jarosławskim (3 gm.), kamioneckim (1 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), niskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.); przemyślańskim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), turczańskim (1 gm.), zaleszczyckim (2 gm.), wreszcie — w mieście Lwowie 4 przypadki.

Mianowania. Prof. Hochenegg mianowany został kierownikiem kliniki chirurgicznej w Wiedniu, w miejsce zmarłego Gussenbauera.

Nekrologia. Dr. Wiktor Grostern, warszawianin, zmarł w Berlinie. Dr. Izydor Rosenthal, fizyolog, zmarł w Erlandze. Dr. Alojzy Szalay, lekarz sztabowy, zmarł w Przemyślu, licząc lat 73.

Bibliografia:

— *Krytyka lekarska* Nr. 2. Biegański: Neo-witalizm współczesnej biologii (c. d.). Lewin: Przegląd roczny. Bieliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 5. Ciechomski: Ropne zapalenie stawu skokowego ostre pochodzenia pneumokokowego. Serkowski i Maybaum: Materyały do etyologii i statystyki raka (c. d.). Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych skóry w *herpes progenitalis* (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 5. Goldflam: Przyczynek do patologii odruchów na dolnych kończynach ze szczególnem uwzględnieniem odruchu Babińskiego (c. d.). Neugebauer: Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o hermafrodytyzmie? (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 2. Biegański: Przykurczenie ostatnich palców, spotykane u ludu naszego. Kosiński: O leczeniu płonicy surowicą przeciwpaciorkowcową Marmorka i surowicą przeciwszkarlatynową Bujwida. Tumpowski: Przypadek porażenia połowiczego spastycznego z atetozą. Szayerowicz: Krytyczny pogląd na terapię gorączki połogowej. Likiernik: O częstości jaglicy wśród robotników fabrycznych w Łodzi.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 5. Studnička: O některých pseudostrukturách základní hmoty v hyalinní chrupavce. Roubal: Erysipelas puerperale. Mladějovský: Diabetes (c. d.).

— *La Presse médicale* N. 8. Barié: Serce przesuwalne i opadnięcie serca. Godinho: Leczenie surowicze moru.

— *Nr. 9.* Mayor: Uwagi nad znieczuleniem eterowem a chloroformowem. Vitoux: Promienie Blondlot (promienie N). Lermoyez: Pogadanki o elektryczności. Rodzaje prądów. Prąd stały. Prąd przemienny.

— *Berliner klin. Wochenschrift* N. 5. Mayer: Cytodyagnostyczne badania cieczy mózgowo-rdzeniowej. Oppenheim: Zapalenie okątnicze, zapalenie otrzewnej, wzdęcie. Zlocisti: Wzmaganie się wydzieliny u matek karmiących. Hirschberg: Przyczynek do rokowania w złośliwych guzach naczyniówki (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 5. Kreissl: Kliniczne doświadczenia nad odczynem Gruber-Widala. Żeleński i Nitsch: Przyczynek do etyologii zapalenia pęcherza moczowego w wieku dziecięcym. Morgenroth: Teorya amboceptorów a próby oziębiania. Zuppinger: Zapalenie krtani pleśniawkowe. Effertz: Gruźlica, ospa, uraz, kiła u Indyan w krajach podzwrotnikowych. Pölzl: O wrodzonych neuromach po amputacyi.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 5. Friedrich: Stan anatomiczny przy ropotoku błędnika. Naegeli: Powstawanie bazofilnych zziarniałych czerwonych ciałek krwi. Häberlin: Samoistne ostre zapalenie miedniczek nerkowych u ciężarnych. Müller: Sztuczna niedokrwistość. Hecht: Nadnerczyna. Schücking: Przebarwienie skóry wysokiego stopnia po wstrzyknięciu wyciągu z nadnercza. Oppenheimer: O powstawaniu suchot płucnych. — Pulstinger: Wygubienie zimnicy w Germersheim. Winselmann: Łagodzące operacye w nieuleczalnem schorzeniu rakowem. Riegler: Szybkowykonalna metoda gazometryczna do oznaczania cukru w moczu. Jolles: Ulepszony azotometr dla ilościowego oznaczania mocznika i kwasu moczowego w moczu. Gaertner: Mierzenie ciśnienia w prawym przedsionku. Grunert: Wyniki anatomo-patologicznego badania schorzeń ucha środkowego w ostatniem dziesięcioleciu, z rzutem oka na praktykę (dok.). Fischer: Ogólne i wysokiego stopnia zaburzenie zdolności zapamiętywania w początkującem porażeniu (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 6. Behring: Powstawanie suchot i walka z gruźlicą. Stoklasa: Glikolityczne enzymy w tkance zwierzęcej. Hoffmann: Znikanie stłumienia wątroby w następstwie nieprawidłowego położenia jelita grubego. Mertens: Próby serodyagnostyki raka. Baisch: Korzyść z rękawiczek gutaperkowych przy rękoczynie oddzielania łożyska.

Redakcya otrzymała. W. Orłowski: 1) Obzor rabot po piszczewaritielnym organam za 1901 god. 2) Essentuki. Lieczebnyj sezon 1902 g. (praca zbiorowa). Talko-Hryncewicz: K woprosu ob izuczenii fizyologiczeskich jawlenij połowoj żyźni żenszczyn w Zabajkalii. Krokiewicz: Zwei Fälle von Morbus Hodgkini. Friedmann: Zur Aetiologie der isolierten tiefliegenden Scheidenverletzungen sub coitu.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 5 (od 31/I do 6/II) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 21, dz. 29; nieżywo: chł. , dz. . — **Zmarło:** miejscowych: męż. 17, kob. 14; zamiejscowych: męż. 11, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 4, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 7, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miejsc. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. 1. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. 1. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 6, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 4, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 7, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 31, obcych 20.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 2495 Sokal dnia 26 Stycznia 1904.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowej Sokalskiej rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Warężu miasteczku z roczną płacą 1200 koron i ryczałtem na objazdki gmin w rocznej kwocie 600 koron.

Do okręgu sanitarnego w Warężu należy 20 gmin z ludnością 11567 dusz, a w miejscu znajduje się apteka publiczna.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wnieść do Wydziału powiatowego w Sokalu w terminie do 1 Marca b. r. udokumentowane podania, do których należy dołączyć:

1) metrykę urodzenia
2) dyplom doktora wszech nauk lekarskich
3) świadectwo odbytej 2-letniej praktyki w zawodzie lekarskim
4) świadectwo przynależności lub inny dokument na udowodnienie prawa obywatelstwa austryackiego
5) świadectwo zdrowia wystawione przez c. k. lekarza powiatowego
6) świadectwo nieskazitelnego zachowania się, potwierdzone przez c. k. Starostwo.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya, wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym, ogłoszona w dzienniku ustaw krajowych Nr. 83 z roku 1891, tudzież wykonywanie oględzin bydła i mięsa w Warężu mieście. 132

Z Wydziału Rady powiatowej.

Rok XLIII. Kraków 20 Lutego 1904. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chorób dzieci prof. Jakubowskiego i pracowni bakteryologicznej zakładu prof. Nowaka w Krakowie.

O aglutynacyi paciorkowców i o próbach serodyagnostyki w płonicy.

Podał

Dr. Tadeusz Żeleński,

asystent kliniki chorób dzieci.

(Według odczytu wygłoszonego w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem dnia 20 stycznia 1904).

Badania nad aglutynacyą paciorkowców zyskały w ostatnich czasach wiele na znaczeniu i — jeżeli można się tak wyrazić — na aktualności, odkąd na tej drodze zaczęto szukać wyjaśnienia wielu zagadnień niezmiernie doniosłych, tak pod względem teoretycznym, jak i praktycznym.

Pierwsze pytanie, które pomimo licznych i wielostronnych w tym kierunku badań oczekuje dotąd ostatecznego rozwiązania, dotyczy jedności paciorkowców. W dotychczas poznanych różnicach postaciowych i własnościach hodowlanych paciorkowca nie znajdujemy dostatecznego punktu oparcia dla wyróżnienia poszczególnych jego odmian. Mówimy wprawdzie o paciorkowcu ropotwórczym, paciorkowcu róży, nawet o paciorkowcu płonicy, — jednakże nazwy te nie mogą być uważane za nic więcej, jak za wskazówkę co do pochodzenia danego paciorkowca. Marmorek[1]) uważa wszystkie spotykane w ludzkim ustroju paciorkowce za odmiany jednego i tego samego gatunku; różnice, występujące pomiędzy poszczególnemi odmianami, są to — jego zdaniem — jedynie zewnętrzne właściwości, czasowo nabyte przez współżycie z innymi drobnoustrojami chorobotwórczymi. Być może jednak, że jedynie brak odpowiednich metod badania nie pozwala nam dzisiaj wniknąć w głębsze biologiczne różnice poszczególnych odmian paciorkowca. Pierwsze próby rozjaśnienia tej kwestyi przez zużytkowanie objawu aglutynacyi swoistej zawdzięczamy badaniom van de Veldego[2]).

Z zagadnieniem dotyczącem jedności paciorkowców łączy się ściśle pojmowanie roli paciorkowca w etyologii płonicy. Liczne badania[3]), pomiędzy któremi co do obszerności zgromadzonego materyału praca Baginskyego i Sommerfelda zajmuje naczelne miejsce, wykazały stałą obecność paciorkowców w ustroju dotkniętym płonicą, i to tak za życia, jak i po śmierci. Jednakże, — jak słusznie to podnosi Hasenknopf i Salge, dopóki paciorkowca spotykanego stale w płonicy nie uda się odgraniczyć i wyosobnić jako odrębną jednostkę chorobotwórczą, tak długo nie może być mowy o uznaniu go za przyczynę choroby o tak znamiennym typie klinicznym, jaką jest płonica.

Ze strony zwolenników paciorkowcowej etyologii płonicy dołożono też wiele starań i trudu dla wyszukania jakichś odrębnych cech postaciowych i hodowlanych, któreby były właściwe jedynie paciorkowcowi płonicy; wszystkie jednak do dziś dnia przytoczone różnice zostały odrzucone jako niestałe i nie istotne[4]). Obecnie prawie wszyscy badacze oświadczają się stanowczo przeciw możności rozró-

[1]) Jako zasadnicze cechy, wspólne wszystkim paciorkowcom uważa Marmorek *a)* zdolność wywoływania zjawiska hemolizy we krwi królika *in vivo b)* niezdolność do rozwoju w przesączu hodowli własnej lub jakiegokolwiek innego paciorkowca. (Marmorek: *Berl. klin. Wochenschr.* 1902 Nr. 14).

[2]) De la nécessité d'un serum streptococcique polyvalent pour combattre les streptococcies chez le lapin. (*Arch. de med. exper., 1897*).

[3]) Löffler (*Mittheil. a. d. kaiserl. Gesundheitsamt. 1884*) stwierdził obecność paciorkowców w wielkiej ilości na powierzchni i w tkance migdałków przy płonicy. Heubner i Barth (*Berl. klin. Wochenschr. 1884 Nr. 44*) wykazali obecność paciorkowców we krwi zmarłego na płonicę, jak również drogę, jaką się tam dostały. Crooke (*Fortschritte der Medicin, 1885*) donosi o obecności bliżej nie opisanych ziarniaków w wątrobie i śledzionie osobników, zmarłych na płonicę. Obecność paciorkowców w narządach ustroju wykazali dalej Fränkel i Freudenberg (*Centralblatt f. klin. Medicin. 1885 Nr. 45*). Klein (*Münch. med. Woch. 1886 Nr. 28*), Hartmann (*Archiv f. Hygiene 1887 VII*), Lenharz (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1888, XXVIII)*, Babes (*Bact. Untersuchungen über sept. Processe im Kindesalter, Leipzig 1889*), Raskina (*Centralblatt f. Bact. 1889 T. V)* i wielu innych. Baginsky i Sommerfeld (*Berl. klin. Wochenschr. 1900 Nr. 27 i 28; Archiv f. Kinderheilk. 1902, T. XXXIII*) badali w tym kierunku 689 przypadków za życia lub po śmierci i znaleźli zawsze bez wyjątku paciorkowce. Moser (*Jahrbuch f. Kinderheilk. 1903,* wyhodował w 63 przypadkach paciorkowce ze krwi 99 dzieci zmarłych na płonicę. Za życia udawało się dotychczas wyhodować paciorkowce ze krwi tylko wyjątkowo. W ostatnim czasie jednak ogłosił Jochmann (*Deutsch. Archiv für klinische Medicin 1903, T. 78*) wyniki badań, w których paciorkowca ze krwi za życia otrzymał 25 razy na 161 badanych w tym kierunku przypadków płonicy.

[4]) Na podstawie różnic postaciowych i hodowlanych starali się wyróżnić paciorkowca płonicy Sörensen (*Zeitschrift für klinische Medicin 1891 T. 19*), Klein (*loc. cit.*), d'Espine i de Marignac (*Arch. de méd. experim. 1892, Nr. 4;* Kurth (*Arb. aus dem kaiserl. Gesundheitsamt 1891. T. VII*) przypisuje paciorkowcowi płonicy własność wzrostu w bulionie w postaci splątanych łańcuszków i nazywa odmianę tę *streptococcus conglomeratus.* W ostatnim czasie podają Palmirski i Żebrowski (*Medycyna 1903, Nr. 47*), że z narządów dzieci, zmarłych na płonicę, otrzymywali zawsze paciorkowca, odpowiadającego co do cech postaciowych paciorkowcowi, opisanemu przez Kurtha. Natomiast Baginsky i Sommerfeld (*loc. cit.*) na podstawie wyżej przytoczonych obszernych badań twierdzą, że zapomocą dotychczas znanych metod wyróżnienie paciorkowca płonicy od paciorkowców innego pochodzenia jest niemożebne. Podobnie wyrażają się Widal i Besançon, Veillon, Bourges i inni. Knorr wykazał, że z jednego i tego samego paciorkowca można wyhodować dwie odmiany, różne co do własności postaciowych i hodowlanych.

żnienia paciorkowca płonicy od paciorkowców innego pochodzenia.

Co się tyczy etyologii płonicy [5]), to spotykamy się w dzisiejszem piśmiennictwie głównie z trzema pojęciami:

Heubner i jego szkoła przypisuje paciorkowcom jedynie rolę czynnika, wywołującego wtórne zakażenie;

Baginsky nie uważa wprawdzie paciorkowca płonicy za przyczynę choroby, jednakże przypuszcza pomiędzy paciorkowcami, a ustrojem chorego ściślejszy związek biologiczny;

wreszcie Moser [6]) na podstawie swoich dotychczasowych wyników leczenia swoistą surowicą uważa związek etyologiczny między płonicą. a paciorkowcami za prawdopodobny.

Trzeciem dotychczas nierozstrzygniętem, a praktycznie niezmiernie ważnem zagadnieniem, jest wartość lecznicza różnych surowic przeciwpaciorkowcowych. W przeciągu ostatnich kilku lat pojawił się cały szereg takich surowic; jednakże o ich skuteczności w zakażeniach paciorkowcowych, nie mówiąc już o płonicy, spostrzeżenia kliniczne wyrażają się bardzo sceptycznie. W ostatnim czasie otrzymał Moser surowicę przez uodpornienie konia paciorkowcami, wyhodowanymi z krwi serca dzieci, zmarłych na płonicę. Paciorkowców tych używał Moser do uodpornienia wprost po wyhodowaniu z ludzkiego ustroju bez wzmacniania ich jadowitości przeprowadzeniem przez zwierzęta. Surowica ta ma być dla płonicy swoistą i w leczeniu tej choroby miała dawać bardzo dobre wyniki.

Dla wszystkich tych zagadnień, dotychczas bardzo ciemnych i zawiłych, starano się zyskać w ostatnich czasach nowe oświetlenie zapomocą badań nad swoistą aglutynacyą u paciorkowców.

Pierwsze badania w tym kierunku dotyczą surowicy sztucznie uodpornionych zwierząt. Van de Velde [7]) stwierdził, że surowica królika, uodpornionego przeciw pewnej odmianie paciorkowca, posiada własność aglutynowania tej właśnie odmiany, któraby była do uodpornienia użyta, względem innych zaś paciorkowców zachowuje się zupełnie obojętnie. Surowica natomiast, uodporniona zapomocą kilku odmian paciorkowca, aglutynuje wszystkie te odmiany. Dlatego też — zdaniem van de Veldego — każda surowica przeciwpaciorkowcowa, mająca służyć do celów leczniczych, powinna być wielowartościowa (polyvalent), to znaczy, powinna pochodzić od zwierzęcia, uodpornionego przeciw kilku odmianom paciorkowca. Jestto zatem pierwsze spostrzeżenie, stwierdzające swoistą aglutynacyę dla poszczególnych odmian paciorkowca.

Badania van de Veldego w r. 1899 powtórzył i potwierdził Moser [8]).

Aronson [9]) podaje, że surowica przez niego otrzymana (przez uodpornienie konia paciorkowcami płonicy, przeprowadzonymi przez szereg myszy), aglutynuje wszystkie badane w tym kierunku odmiany paciorkowców. Autor ten uważa to za dowód, jeżeli nie tożsamości, to w każdym razie bardzo blizkiego pokrewieństwa wszystkich paciorkowców.

Bensaude [10]) badał własności aglutynacyjne surowicy Marmorka i innych surowic przeciwpaciorkowcowych, otrzymał niejednokrotnie aglutynacyę, jednakże nie mógł stwierdzić żadnej prawidłowości.

Według Meyera [11]) surowica, otrzymana zapomocą paciorkowców, przeprowadzonych przez szereg myszy (jak to ma miejsce z surowicą Aronsona), nie posiada własności aglutynowania paciorkowców, wyhodowanych wprost z ustroju człowieka. Dlatego uważa Meyer za konieczne, aby zwierzęta, służące do wyrobu surowic leczniczych dla człowieka, były uodparniane zapomocą paciorkowców, wyhodowanych wprost z ludzkiego ustroju bez przeprowadzania ich przez zwierzęta. Wyniki Meyera stoją w pewnej sprzeczności z doniesieniem Aronsona i późniejszemi badaniami Hasenknopfa i Salgego [12]).

Moser i Pirquet [13]) stwierdzili, że surowica, otrzymana przez uodpornienie konia kilkoma paciorkowcami z krwi serca dzieci zmarłych na płonicę, posiada wysokie własności aglutynacyjne względem tych paciorkowców, które do uodpornienia użyte zostały; również aglutynuje wysoko inne paciorkowce do uodpornienia nie użyte, lecz analogicznego pochodzenia; natomiast względem paciorkowców innego pochodzenia zachowuje się obojętnie. Ciż sami autorowie stwierdzili, że wysoko aglutynująca surowica końska, wstrzyknięta podskórnie chorym, udzielała surowicy ludzkiej swoistych własności aglutynacyjnych już po 24—36 godzinach.

---

[5]) Klein (*loc. cit.*) uważa za przyczynę płonicy paciorkowca, którego wyhodował ze krwi chorych i z pewnych owrzodzeń na wymionach krów. Na tej podstawie chce ustalić związek przyczynowy między temi dwoma chorobami. Babes (*loc. cit.*) stwierdził, że paciorkowce, wyhodowane z dłużej trwających przypadków płonicy, są mniej jadowite dla zwierząt i uważa paciorkowca za przyczynę choroby. Również Sörensen (*loc. cit.*) i Brunner (*Berl. klin. Wochenschrift 1895, Nr. 22*) odnoszą przyczynę płonicy do paciorkowców. Biegański (*Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych. 1901*) wykazuje kliniczne podobieństwo pomiędzy płonicą, a sprawami septycznemi i przypuszcza, że przyczyną płonicy może być paciorkowiec o swoistych własnościach biologicznych, których dziś wyróżnić nie umiemy.

Natomiast rolę wtórnego zakażenia przypisują paciorkowcom: Löffler (*loc. cit.*), Heubner (*loc. cit.* i *Volkmann Saml. klin. Vortväge 1888, Nr. 322)*, Fränkel i Freudenberg (*loc. cit.*), Lenharz (*loc. cit.*). Ten ostatni przypuszcza, że zarazek płonicy wytwarza w ustroju człowieka nieznane nam dziś bliżej warunki, sprzyjające rozwojowi paciorkowców i wtórnemu wtargnięciu ich do ustroju. Haller (*Deutsch. med. Wochenschrift 1902, Nr. 34*) opisuje przypadek równoczesnego wystąpienia róży i płonicy u tego samego chorego i uważa to za dowód, że istotą płonicy nie jest zakażenie paciorkowcami. Böhm (*Beitrag zur Frage nach der Beziehung des Str. pyogenes zur Aetiol. des Scharlach. Tübingen 1893*) opisuje przypadek piorunujacej toksycznej płonicy, która po 48 godzinach spowodowała śmierć dziecka; badanie zwłok nie wykazało paciorkowców w żadnym z narządów. Fakt ten przemawia silnie — zdaniem Böhma — za tem, że obecność paciorkowców nie jest niezbędną do obrazu chorobowego płonicy i że raczej należy im przyznać rolę wtórnego zakażenia.

[6]) *loc. cit.*

[7]) *loc. cit.*

[8]) Przytoczony u Mosera i Pirqueta (*Centralbl. für Bact. 1903, T. 34, Nr. 6*).

[9]) Aronson: Untersuchungen über Streptokokken und Antistreptokokkenserum (*Berl. klin. Wochenschr. Nr. 42 i 43, 1902*).

[10]) Bensaude: Le phenomène de l'agglutination des microbes. Paris (Carré) 1897.

[11]) Meyer: Die Agglutination der Streptokokken (*Deutsch. med. Wochenschr. 1902, Nr. 42*).

[12]) Hasenknopf u. Salge: Ueber die Agglutination bei Scharlach (*Jahrbuch f. Kinderheilk. 1903, T. 58*).

[13]) *loc. cit.*

Hasenknopf i Salge badali własności aglutynacyjne surowicy Aronsona, Menzera i Mosera względem różnych odmian paciorkowca i stwierdzili, że: 1) surowica Aronsona (z koni uodpornionych paciorkowcami płonicy, przeprowadzonemi przez szereg myszy) aglutynuje wysoko paciorkowce płonicy, słabiej paciorkowce innego pochodzenia; 2) surowica Menzera (z koni uodpornionych paciorkowcami ludzkimi różnego pochodzenia z wyjątkiem paciorkowców płonicy) aglutynuje wszystkie paciorkowce człowieka bez względu na ich pochodzenie (także paciorkowce płonicy!); 3) surowica Mosera aglutynuje wybitnie paciorkowce płonicy, słabiej paciorkowce płonicy po przeprowadzeniu przez zwierzęta, nie ma zaś żadnego wpływu na paciorkowce innego pochodzenia.

Aronson[14]) w ostatniem swem doniesieniu zaprzecza możności wyróżnienia poszczególnych odmian paciorkowca zapomocą uodparniania zwierząt i objawu aglutynacyi swoistej.

Jeszcze większe różnice i sprzeczności spotykamy w doniesieniach rozmaitych autorów o własnościach aglutynacyjnych surowicy ludzkiej w ogólności. Doniesienia te są dotychczas dość nieliczne. Pierwszą w tym kierunku wzmiankę spotykamy w pracy Krausa i Löwa[15]). Autorowie ci badali własności aglutynacyjne prawidłowej surowicy ludzkiej względem różnych drobnoustrojów i doszli do przekonania, że prawidłowa surowica ludzka nie posiada wcale własności aglutynowania paciorkowców. Badania surowicy chorych, którzy przebyli zakażenie paciorkowcowe, dały jedynie bardzo niepewne wyniki. Kraus i Löw wyrażają zdanie, iż po serodyagnostyce w zakażeniach paciorkowcowych nie wiele należy się spodziewać.

Baginsky i Sommerfeld[16]) badali działanie aglutynacyjne surowicy chorych płoniczych w 21, 28, 35 i 42 dniu choroby na paciorkowce płonicy, jednakże zawsze z wynikiem ujemnym (nawet w rozcieńczeniach 1:1). Również ujemne wyniki otrzymał z paciorkowcami innego pochodzenia Lingelsheim[17]).

Moser i v. Pirquet[18]) badali działanie szeregu surowic, pochodzących z chorych płoniczych, na paciorkowce płonicy. Wynik był w większości prób dodatni, jednakże tylko w niewielkich rozcieńczeniach (37 prób, 19 razy wynik dodatni, najwyższe rozcieńczenie 1:8). Działanie aglutynacyjne surowicy innego pochodzenia i prawidłowej stwierdzili autorowie znacznie rzadziej (28 prób, 3 razy wynik dodatni, najwyższe rozcieńczenie 1:4).

Wyraźnie dodatnie wyniki w kierunku swoistej aglutynacyi w płonicy otrzymali natomiast Hasenknopf i Salge[19]). Badacze ci posługiwali się odrębną metodą, która pozwalała im spostrzegać dodatni wynik aglutynacyi aż do rozcieńczenia 1:500. Na podstawie swoich doświadczeń doszli H. i S. do następujących wniosków: 1) surowica chorych płoniczych posiada własność aglutynowania paciorkowca płonicy; 2) własność ta wygasa pod koniec okresu zdrowienia; 3) surowica chorych płoniczych nie ma wpływu na większość paciorkowców innego pochodzenia; 4) surowica osobników zdrowych, jak również tych, którzy przebyli inne zakażenia paciorkowcowe, nie aglutynuje paciorkowca płonicy; 5) surowica chorych płoniczych aglutynuje paciorkowca płonicy, przeprowadzonego przez szereg myszy, prawie tak samo wybitnie, jak paciorkowca, wyhodowanego wprost z ustroju człowieka. Autorowie nie przyznają na podstawie tych wyników paciorkowcom roli zarazka chorobotwórczego płonicy, gdyż temu sprzeciwiają się fakta kliniczne, jednakże zaznaczają, że paciorkowce wchodzą w przebiegu płonicy z ustrojem chorego w ścisły związek biologiczny.

W ostatecznej zatem syntezie klinicznych i bakteryologicznych faktów autorowie zbliżają się bardzo do poglądu Baginskyego na rolę paciorkowców w etyologii płonicy. Poszczególne jednakże wyniki ich badań nad aglutynacyą paciorkowców pozostają z przytoczonem doniesieniem Baginskyego i Sommerfelda w jaskrawej sprzeczności, a także różnią się znacznie od badań Mosera i Pirqueta, którzy aglutynacyi przy płonicy nie stwierdzili ani tak często, ani w tak wysokich rozcieńczeniach. Ponieważ pomiędzy metodami, któremi posługiwali się rozmaici autorowie, zachodzą znaczne różnice, zatem nasuwa się myśl, że może w tej odmienności metod należy szukać przyczyn tak niejednakowych wyników. Okoliczność ta skłania mnie do omówienia w krótkich słowach poszczególnych metod dotychczas stosowanych, zanim przystąpię do opisania przezemnie użytego sposobu badania aglutynacyi paciorkowców i za jego pomocą otrzymanych wyników.

Warunki techniczne badania aglutynacyi paciorkowców są pod niektórymi względami odmienne, niż przy innych gatunkach drobnoustrojów i przedstawiają znacznie większe trudności. Jak wiadomo, paciorkowiec rośnie w hodowli bulionowej najczęściej w postaci osadu, który opada na dno, pozostawiając bulion zupełnie czystym; jest to niejako naturalna aglutynacya, uniemożliwiająca badanie sztucznej. Zachowanie się tego osadu nie zawsze jest jednakowe; niekiedy może on być dość wiotki tak, że przez samo potrząsanie probówką można chwilowo otrzymać jednostajne zmącenie; częściej jednak osad ten tworzy zbitą błonę. Znacznie rzadziej rośnie paciorkowiec w postaci równomiernego zmącenia bulionu, przyczem występuje obok zmętnienia osad mniej lub więcej obfity. Wogóle właściwości wzrostu paciorkowca są bardzo kapryśne i niestałe. I tak można często spostrzegać, że paciorkowiec, rosnący początkowo w postaci równomiernego zmącenia, może w następnych pokoleniach wyróść w postaci osadu — i naodwrót. Przyczyny tego są dotychczas nieuchwytne i stanowią jedną z wielu trudności, na jakie się napotyka w badaniu grupy paciorkowców. Do makroskopowego badania aglutynacyi nadają się oczywiście jedynie te hodowle, w których paciorkowiec wytworzył zupełnie jednostajne zmącenie.

Większe jeszcze trudności przedstawia badanie aglutynacyi metodą mikroskopową. Badając hodowlę bulionową w kropli wiszącej lub na preparacie barwionym, spostrzegamy, że paciorkowiec rośnie w postaci łańcuszków o rozmaitej długości, mogącej dochodzić do stu i stukilkudziesię-

14) Aronson: Weitere Untersuchungen über Streptokokken. (*Deutsch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 25*).

15) Kraus i Löw. Ueber Agglutination. (*Wien. klin. Wochenschrift 1899, Nr. 5*).

16) Baginsky i Sommerfeld: Bakteriologische Untersuchungen bei Scarlatina (*Archiv. f. Kinderheilk. XXXIII, 1902*).

17) Przytoczony u Baginskyego i Sommerfelda (*loc. cit.*).

18) *loc. cit.*

19) *loc. cit.*

ciu komórek (Fig. I). Do tej długości dochodzą łańcuszki zwykle tylko wtedy, gdy paciorkowiec rośnie w postaci osadu, jednakże i w jednostajnie zmąconej hodowli mogą być one złożone z więcej niż 15—20 komórek. Łańcuszki te rozmieszczone są wówczas rzadko, po kilka zaledwie na jednem polu widzenia i badane w kropli wiszącej prawie zupełnie pozbawione są ruchów drobinowych. Niekiedy mogą być splątane w węzły. W tej postaci hodowli bulionowej, — chociażby ona makroskopowo przedstawiała jednostajne zmącenie, — badanie mikroskopowe aglutynacyi jest niemożliwe i pozostaje zwykle bez wyniku. Niekiedy zdarza się, że paciorkowiec rośnie w bulionie w łańcuszkach krótkich i gęsto rozmieszczonych; jestto jednak okoliczność dość rzadka i podobnie jak zmętnienie bulionu, niestała.



Fig. 1. Paciorkowiec wyhodowany z wypociny migdałków płoniczych. Preparat z hodowli bulionowej.

Przejdźmy teraz kolejno metody, jakiemi poszczególni autorowie posługiwali się w swoich badaniach:

Van de Velde, Meyer i Aronson badali makroskopowo wprost na hodowlach, używając tylko tych hodowli, które przedstawiały się w postaci jednostajnego zmącenia. Aronson uznaje tylko wyniki makroskopowej aglutynacyi za znamienne. Kraus i Löw, Lingelsheim badali mikroskopowo. Baginsky i Sommerfeld badali mikroskopowo ściśle podług metody, stosowanej przez Widala dla prątków durowych, rozpoczynając od rozcieńczenia 1:10 i zstępując aż do 1:1.

Moser i v. Pirquet badali przeważnie mikroskopowo, niekiedy makro- i mikroskopowo, równocześnie biorąc z każdego rozcieńczenia makroskopowej próby po kropli i śledząc w niej przebieg aglutynacyi pod mikroskopem. W badaniach tych posługiwali się autorowie przeważnie jednym paciorkowcem, wyhodowanym z krwi serca dziecka, zmarłego na płonicę. Paciorkowiec ten rósł w bulionie stale w postaci równomiernego zmętnienia i krótkich łańcuszków. Posługując się innymi paciorkowcami, przedmuchiwali M. i P. hodowlę bulionową podczas lub po ukończonym wzroście prądem powietrza, aby wywołać rozdrobienie i równomierne rozmieszczenie łańcuszków. Dla sporządzania rozcieńczeń do próby mikroskopowej podają autorowie następujący sposób: Na szereg wyżłobionych szkiełek przedmiotowych rozdziela się zapomocą pipety po 3 krople hodowli bulionowej paciorkowca. Do pierwszego numeru dodaje się 1 kroplę surowicy i starannie miesza. W ten sposób otrzymujemy rozcieńczenie 1:4 (jedna kropla surowicy na cztery krople całej ilości płynu). Jedną kroplę tego rozcieńczenia przenosimy do następującego szkiełka, w ten sposób otrzymujemy rozcieńczenie 1:16 i t. d.

Zupełnie odrębnej metody badania użyli Hasenknopf i Salge. Ażeby się wyzwolić od wszelkich poprzednio wymienionych braków i niedogodności, które nastręcza badanie aglutynacyi paciorkowców w naturalnych hodowlach, autorowie ci starali się otrzymać sztuczną zawiesinę z równomiernie rozłożonych łańcuszków paciorkowca. Sposób otrzymywania tej zawiesiny, — wzorowany na postępowaniu, używanem przez Kocha dla prątków gruźliczych, — przedstawia się w ostatecznej modyfikacyi następująco: 3 probówki hodowli bulionowej paciorkowca zlewa się do rurki szklanej, centryfuguje silnie przez 10 minut, odlawszy bulion, dodaje się do pozostałego osadu kilkanaście sz. ctm. 0·85% roczczynu soli kuchennej z dodatkiem 0·5% karbolu i znowu się centryfuguje. Otrzymany w ten sposób biały osad paciorkowców z dodatkiem 1 sz. ctm. 1/50 normalnego ługu sodowego, rozciera się przez kwadrans silnie w moździerzu agatowym. Rozcieranie to nie powoduje oczywiście rozerwania pojedynczych łańcuszków, ani tem mniej uszkodzenia ich komórek, lecz tylko ma na celu rozdrobnienie zbitej masy na pojedyncze łańcuszki. Następnie zobojętniamy ten osad zapomocą ostrożnego dodawania 1/100 normalnego kwasu solnego i rozcieńczamy go karbolowym roczczynem soli kuchennej aż do otrzymania delikatnej zawiesiny. Ma ona wejrzenie lekko opalizujące i tylko przy świetle przechodzącem można w niej rozróżnić zawieszone delikatne cząsteczki.

Hasenknopf i Salge badali aglutynacyę sposobem makroskopowym, rozdzielając tę zawiesinę po 10 sz. ctm. do pojedynczych probówek ze szklanemi korkami i dodając badaną surowicę w ilości od 0·5 do 0·02 sz. ctm. Użycie tej metody pozwoliło autorom spostrzegać aglutynacyę aż do wysokich rozcieńczeń (1:500), co zdaniem H. i S. jest niezbędne dla oceniania delikatnych różnic.

Oto są metody, używane dotychczas dla badania aglutynacyi paciorkowców. Poszukując najodpowiedniejszego sposobu dla moich doświadczeń, używałem kolejno prawie wszystkich powyżej opisanych metod; spróbuję zatem w kilku słowach krytycznie je omówić.

Ujemne strony badania aglutynacyi w naturalnej hodowli bulionowej wynikają po części już z poprzednio omówionych właściwości hodowli paciorkowca. Próbie makroskopowej zbywa na czułości, jest ona zbyt grubą; rozcieńczenia, w jakich otrzymywano pewne wyniki aglutynacyi, dochodziły zaledwie do 1:30—1:40, jakkolwiek siła aglutynacyjna surowicy sztucznie uodpornionych zwierząt — a te właśnie były do doświadczeń van de Veldego, Meyera, Aronsona użyte, — jest zwykle bardzo znaczna. Na wynikach próby makroskopowej nie zawsze można zupełnie polegać, jeżeli równocześnie nie przeprowadza się kontroli mikroskopowej. Niekiedy bowiem występuje samoistne częściowe wyjaśnienie hodowli, odcinające się ostrą linią od mętnej

części bulionu, które możnaby łatwo wziąć za aglutynacyę, gdyby nie to, że pojawia się nieraz w probówce, służącej do kontroli i że równoczesne badanie mikroskopowe nie wykazuje ani śladu aglutynacyi. Wreszcie, — jak wspomnieliśmy, — tylko niektóre hodowle paciorkowca mogą być do próby tej użyte.

Jeszcze mniej nadaje się hodowla bulionowa paciorkowca do mikroskopowego badania aglutynacyi, nawet wtedy, gdy składa się z samych krótkich łańcuszków. Jej niezmiernie mały stopień czułości (co jeszcze później będę miał sposobność wykazać) był prawdopodobnie przyczyną zupełnie ujemnych wyników Baginskyego i Sommerfelda, a być może także Krausa i Löwa. Jednakże jakiejś „naturalnej skłonności łańcuszków do skupiania się", która — zdaniem Hasenknopfa i Salgego — ma utrudniać mikroskopowe badanie aglutynacyi i czynić jego wynik niepewnym, nie spostrzegłem w żadnej z badanych hodowli bulionowych. Przeciwnie, przez cały czas spostrzegania pozostawały pojedyncze łańcuszki odosobnione i nieruchome, prawie zupełnie pozbawione ruchów drobinowych. Właśnie ta nieruchomość łańcuszków w połączeniu z rzadkiem ich rozmieszczeniem jest może jedną z przeszkód dla występowania procesu aglutynacyi.

Kilka doświadczeń poświęciłem używanemu przez Mosera i Pirqueta sposobowi przedmuchiwania hodowli prądem powietrza. Przedmuchiwanie stosowałem podczas wzrostu w termostacie przez ciąg 20 godzin, używając średnio silnego prądu powietrza. Dla kontroli umieszczałem w termostacie probówkę, zasianą tym samym paciorkowcem i nie przedmuchiwaną; używałem zawsze paciorkowca, który rósł poprzednio w postaci osadu. Wyniki były następujące:

W przypadku, gdy w probówce, służącej do kontroli, paciorkowiec wzrósł w postaci zmącenia, w hodowli przedmuchiwanej wystąpiło również zmącenie, jednakże, jak przekonałem się pod mikroskopem, złożone ze znacznie krótszych łańcuszków, niż w probówce, służącej do kontroli.

W przypadku, gdy w probówce, służącej do kontroli, paciorkowiec wyrósł w postaci osadu, pozostawiając bulion zupełnie jasnym, a osad ten przedstawiał się pod mikroskopem w postaci bardzo długich łańcuchów, hodowla przedmuchiwana prądem powietrza wzrosła w jednostajnem zmąceniu i krótkich łańcuszkach. Jednostajne zmącenie, w ten sposób otrzymane, pozostało bez zmiany przeszło 48 godzin, poczem obok zmącenia osiadał na dnie probówki skąpy, delikatny osad.

Silne przedmuchiwanie prądem powietrza po ukończonym wzroście powodowało również w większości przypadków wyraźne rozdrobnienie łańcuszków.

Sposób ten pozwala nam zatem kierować dowolnie postacią wzrostu paciorkowca i otrzymywać prawie w każdym przypadku jednostajnie mętną, krótkołańcuszkową hodowlę. W ten sposób przygotowana hodowla jest środowiskiem, znacznie więcej nadającem się do badania aglutynacyi paciorkowców, niż zwykła hodowla bulionowa. Nawet wtedy jednak, gdy po przedmuchaniu hodowla przedstawia się w postaci krótkich łańcuszków i dwoinek o dość żywym ruchu drobinowym, czułość jej nie jest zbyt znaczną i — przynajmniej dla surowicy ludzkiej — nie dosięga wysokich rozcieńczeń. Również do tego punktu będę miał sposobność powrócić.

Wreszcie metoda Hasenknopfa i Salgego. Główną jej ujemną stroną jest, że postępując w sposób przez autorów podany, przenosimy paciorkowce w warunki sztuczne, niezmiernie od naturalnych różne, co na same paciorkowce nie może pozostać bez wpływu. Metoda ta jest bardzo mozolną, zwłaszcza że wszystkie wyżej opisane, złożone manipulacye muszą być wykonane w sposób zupełnie aseptyczny. A wreszcie ścisłość oceniania wyniku próby nie stoi w racyonalnym stosunku do poniesionych trudów, gdyż rozstrzygnięcie na podstawie wyjaśnienia lekko opalizującej cieczy o dodatnim lub ujemnym wyniku aglutynacyi jest z natury rzeczy dość trudne i — zwłaszcza przy wyższych rozcieńczeniach — może nastręczać pewne wątpliwości. Autorowie podają, że dla zyskania większej dokładności każdy z nich osobno i niezależnie od drugiego badał wszystkie probówki i że tylko te, co do których zdanie wypadło jednozgodnie, uznawano za dodatnie, inne za wątpliwe. Już sama konieczność uciekania się do tego postępowania wskazuje na możność wahania się i niepewności.

Metodą tą posługiwałem się kilkakrotnie, jednakże nie otrzymywałem zbyt pewnych wyników, a niekiedy i w probówce, użytej do kontroli, występowało zupełne wyjaśnienie. Aby się przekonać o zdolności rozwoju w ten sposób przyrządzonych paciorkowców szczepiłem zawiesinę w 24 godzin po jej przygotowaniu na bulion glicerynowy. Bulion pozostał zawsze jałowym.

Zastanowiłem się nieco obszerniej nad szczegółami dotychczas używanych metod, gdyż przypuszczam, że może w ich różnorodności i brakach leży przyczyna tak niejednakowych i częściowo sprzecznych wyników, jakie w dotychczasowych badaniach nad aglutynacyą paciorkowców otrzymano. (Dok. nast.).

II. O występowaniu t. zw. „komórek trabantowych" w ludzkiej korze mózgowej [1].

Podał
P. Pręgowski,
dr. medycyny i filozofii.

Komórki neuroglii, przylegające do komórek nerwowych, nazwał S. Ramon y Cayal[2]) „trabantami". Niektórzy badacze przypuszczają, że twory te, występujące często u podstawy komórek nerwowych, znajdują się w pewnym bliższym związku z wypustką nerwową.

Tak np. Ramon y Cayal pisze w przytoczonej pracy: „Jeżeliby się okazało, że wymienione twory są w rzeczywistości komórkami pająkowatemi *(Spinnenzellen)*, to przypuszczenie moje i mego brata o izolującej roli neuroglii zostałoby potwierdzone. Pomijając to, że wypustki komórek neuroglii, nie dopuszczając do zetknięcia komórek nerwowych z włóknami nerwowemi (komórek innych), osła-

[1]) Część większej pracy o neuroglii w prawidłowej korze mózgowej ludzkiej. Barwienie sposobem Nissla.

[2]) »Ueber die Beziehungen der Nervenzellen zu den Neurogliazellen anlässlich des Auffindens einer besonderen Zellform des Kleinhirns". (Niem. tłómacz. w Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurol.' 1897).

niają odnośną, oddzieloną od rozgałęzienia końcowego część ciała komórki nerwowej, — miałyby komórki „trabantowe“ jeszcze za zadanie nie dopuszczać do rozpraszania się prądów czynnościowych, przechodzących przez początkowy odcinek wypustki nerwowej, nie posiadającej osłonki myelinowej“.

Według zaś najnowszej pracy Helda o neuroglii — komórki neuroglii, a w pierwszym rzędzie trabanty, mają wytwarzać okołokomórkowe osłonki Golgiego (*Golgi'Netze*).

Wobec rozmaitych poglądów na rolę „trabantów“ — okazuje się potrzeba zebrania o nich możliwie pewnych danych, jakich nam może dostarczyć ścisła obserwacya.

Ciało komórkowe w trabantach jest, jak w pozostałych komórkach neuroglii, w najlepszym razie tylko ledwie zaznaczone i wtedy nie okazuje określonej budowy. Natomiast występują często zamiast ciała komórkowego miejsca jaśniejsze, niewątpliwie puste, które są dosyć ostro odgraniczone zapomocą dość gładkiej linii od otoczenia, dzięki czemu powstaje zwykle naokoło jądra neurogliowego rodzaj aureoli. Ma to miejsce zwykle w komórkach neurogliowych, znajdujących się u podstawy komórek nerwowych. W komórkach neuroglii, znajdujących się po bokach komórek nerwowych, aureola podobna zwykle nie jest widoczną. Przy większej liczbie jąder neurogliowych, znajdujących się u podstawy komórki nerwowej, owo puste miejsce w kształcie aureoli jest zwykle jedne. Jeżeliby te puste miejsca w zupełności ilustrowały wejrzenie ciał komórek neurogliowych, wskazywałoby to na to, że ciała odnośnych komórek neurogliowych nie są pająkowate, jak to przypuszcza S. Ramon y Cayal.

Zastanawiając się nad budową trabantów, trudno jest odróżnić je od innych komórek neurogliowych. Być może, że minimalne rozmiary ziaren chromatycznych stanowią ważniejszą cechę charakterystyczną jąder trabantowych. Niekiedy w komórkach trabantowych widzimy barwik, przylegający ściśle do jądra neurogliowego. W skrawkach, barwionych sposobem Nissla, jest on blady; oddzielne cząsteczki barwika nie są ostro odgraniczone. W skrawkach, barwionych według metody Heidenheinna, ma on kształt ciemnych punkcików.

Co się tyczy rozmieszczenia trabantów w korze mózgowej, należy w tym kierunku stwierdzić, co następuje:

1) Nie wszystkie komórki nerwowe posiadają trabanty: tak np. w warstwie drobnych piramid tylko nieznaczna część komórek nerwowych jest nimi otoczona.

2) Tam, gdzie trabanty występują, liczba ich jest niestała. Niektóre komórki nerwowe posiadają tylko jednego trabanta, inne 2—3 i więcej, a nawet 8—10 trabantów znajdować się może około jednej komórki nerwowej.

3) Liczba trabantów, co do ich występowania w różnych warstwach, — podlega pewnej prawidłowości. Dadzą się mianowicie sformułować w tym kierunku następujące prawa:

a) czem głębiej w korze mózgowej, tem więcej trabantów znajduje się przy jednej komórce mózgowej;

b) czem głębiej w korze mózgowej, tem większa liczba komórek nerwowych posiada trabanty.

W warstwie drobnych piramid, np. jak już wspomniano, tylko nieznaczna część komórek nerwowych jest otoczona trabantami; przytem zaś przy jednej komórce nerwowej niema więcej trabantów nad jeden. Im głębiej w korze mózgowej, tem trabantów jest więcej, tak, że np. w warstwie ostatniej komórkowej prawie każda komórka nerwowa posiada po kilka trabantów.

Czy przytoczone dwa prawa są szczegółowym wypadkiem ogólniejszego prawa, że im głębiej w korze mózgowej, tem więcej jest komórek neuroglii, czy też odwrotnie to ostatnie prawo jest wynikiem tamtych dwóch praw? — nie jest mi znane.

Co się tyczy przestrzennego stosunku pomiędzy komórkami nerwowemi a otaczającemi je komórkami neuroglii, to jest faktem, że te ostatnie występują nietylko u podstawy komórek nerwowych, lecz także i po bokach, a przeto występowanie trabantów tylko u podstawy lub u miejsca wyjścia wypustki nerwowej, jakie ma na myśli w przytoczonym ustępie S. Ramon i Cayal, gdy mówi o niedopuszczeniu przez trabanty do rozpraszania się prądów czynnościowych, przechodzących przez początkowy odcinek wypustki nerwowej, zdaje się nie mieć istotnego znaczenia, ani też nie być cechą trabantów. Za tem przemawiają następujące dane:

1) Widzimy po bokach komórek nerwowych w bezpośredniem zetknięciu z niemi twory glijowe, których, tak co do budowy wewnętrznej, jako też i co do kształtu nie można odróżnić od tych, jakie występują u podstawy, co zresztą jeszcze nie dowodzi, aby różnic takich nie było.

2) Można stwierdzić wszelkie możliwe przejścia od komórek neuroglii, występujących u podstawy komórek nerwowych, do komórek neuroglii, które znajdują się w bezpośredniem zetknięciu z główną wypustką protoplazmatyczną.

3) Jądra neuroglii, zupełnie podobne do tych, jakie występują u podstawy komórek nerwowych piramidowych, otaczają także takie komórki nerwowe, w których nie można odróżnić żadnej podstawy, jak np. komórki nerwowe ostatniej warstwy komórkowej, przyczem komórki nerwowe są otoczone ze wszystkich stron przez jądra neuroglii.

4) Gdy występuje więcej komórek neuroglii przy jednej komórce nerwowej, to znajdują się one tak przy podstawie, jako też po bokach komórki nerwowej.

Że atoli trabanty mają niejako dążność do trzymania się podstawy komórek nerwowych, za tem przemawia nie tylko ten wzgląd, że w warstwach komórek piramidowych występują trabanty w znacznie przeważającej części u podstawy komórek nerwowych, ale także i to zjawisko, że gdy jakaś komórka nerwowa, np w warstwie komórek piramidowych, jest odwrócona tak, że podstawą skierowana jest ku powierzchni, — trabant wtedy również zwykle występuje u podstawy tej komórki. To ostatnie zjawisko zdaje się także przemawiać za tem, że pomiędzy trabantami, a komórkami nerwowemi istnieje jakiś związek bliższy, aniżeli tylko przypadkowe zetknięcie przestrzenne. Czy ten atoli rzeczywiście istnieje i jakim on jest, tego normalno-morfologiczne studyum rozstrzygnąć nie jest w stanie.

Panu prof. F. Nisslowi składam podziękowanie za życzliwą pomoc, okazaną mi przy wykonaniu tej pracy.

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego R. Dw. Prof. Dr. H. Jordana.

Dziewięć różnych przypadków krwisteku przewodu rodnego, ze szczególnem uwzględnieniem rozpoznania i leczenia.

Skreślił

Dr. Bruno Wojciechowski,
asystent kliniki.

(Dokończenie).

Zadanie leczenia operacyjnego daje się zasadniczo łatwo określić w jednem pojęciu i polega na zapewnieniu stałego odpływu. Zbytecznem jest przypomnienie, że postępowanie anty- i aseptyczne, z którem każdy dzisiejszy operator musi się znać wybornie, ze względu na wyżej wyłuszczone powody musi być przeprowadzone ze zdwojoną surowością. Sposób odkażenia pola operacyjnego pomijam jako rzecz zbyt dobrze znaną i przystępuję do omówienia strony technicznej.

Pomimo iż najnaturalniejszym sposobem jest stworzenie odpływu dla treści krwisteku najbliższą drogą na zewnątrz, istnieją nie bez racyi zabiegi poważniejsze, przy których obrano drogę laparotomii, w celu doszczętnego częściowego lub całkowitego usunięcia przepełnionych krwią narządów lub też w celu ich sączkowania na zewnątrz przez powłoki brzuszne. Mamy więc dwie drogi, co do wartości i doniosłości bardzo różne, a często równocześnie stosowane. W szczególności polecano i wykonano następujące zabiegi: w zwykłych przypadkach zarośnięcia otworu błony dziewiczej, przewodu pochwy lub szyi wykonywano nacięcie przegrody (względnie poprzednio robiono nakłucie trójgrańcem, aby zapobiedz zbyt szybkiemu odpływowi treści), do czego dodawano przeważnie obrąbienie brzegów, aby nie pozwolić na ponowne zarośnięcie otworu, lub też zakładano na razie sączek lub pasek gazy jodoformowej, a obrąbienie brzegu uskuteczniano dopiero po kilku dniach.

W przypadkach krwisteku macicznego bocznego przy macicy dwurożnej stosowano nacięcie od strony pochwy lub też od strony przewodu szyi połowy drożnej. Oprócz nacięcia wycinano tu niekiedy wprost kawałeczki tkanki z przegrody, aby uniknąć zarośnięcia otworu, tembardziej, że obrąbienie w razie większej grubości ściany jest trudnem. Credé przebił przegrodę od szyi zgłębnikiem (zapewne przypadkowo), co wystarczyło do wyleczenia. Olshausen był o tyle szczęśliwym, że po dwukrotnem nakłuciu krew nie nagromadzała się więcej.

Wobec krwisteku macicznego bocznego przecinano przegrodę pomiędzy obiema pochwami, jak najobszerniej w kierunku pionowym i obrąbiano brzegi, szczególnie w razie krwawienia, albo też wycinano całą przegrodę w postaci długiego pasma.

W przypadkach, gdzie laparotomię wykonywano przed operacyą pochwową dążono zwykle do usunięcia krwisteku trąbki (*salpingectomia*), a o ile się to nie udawało, wszywano ścianę trąbki w powłoki i po nacięciu drenowano na zewnątrz (salpingotomia), lub też postępowano więcej doszczętnie i wycinano albo chorą połowę macicy dwurożnej (Sławiansky), albo też całą macicę przez laparotomię. Do salpingotomii dodawano trzebienie, aby uniknąć ponownego nagromadzania się krwi. Dopiero po wycięciu trąbki opróżniano trzon przez odpowiednie nacięcie od strony pochwy.

W wyjątkowych przypadkach wykonywano też oprócz powyższych zasadniczych zabiegów i inne, rzadziej dające się zastosować. I tak Sondheimer (z kliniki Sängera) opisuje przypadek, w którym u 67-letniej staruszki powstał krwistek macicy z powodu zarośnięcia pochwy jako następstwo starczego zapalenia pochwy i rozwijającego się równocześnie raka trzonu. Wykonano odjęcie macicy nadpochwowe zaotrzewnowe, poczem otwarto pochwę od dołu i wydrenowano.

Martin zaś wykonał takąż samą operacyę w zwykłym przypadku zarośnięcia pochwy, krwisteku macicznego i jajnikowego, poczem powstała w powłokach przetoka, wychodząca z szyi macicy. Meyer w przypadku krwisteku macicznego i jajnikowego (macica dwurożna) postąpił sobie tak, że wyciął przez laparotomię trąbki i jajniki, macicę zaś pozostawił nietkniętą. Po wytrzebieniu krwistek macicy uległ powoli zupełnemu wessaniu. W innym przypadku krwisteku macicy w rogu prawym i krwisteku trąbkowego wykonał Abel całą operacyę przez pochwę, mimo iż krwistek trąbki miał rozmiary główki dziecięcej. Po nastawieniu guza trąbkowego do rany otrzewnowej pomniejszył go przez nakłucie, poczem odciął róg prawy macicy wraz z zapadniętą trąbką. (Dobry wynik w tym przypadku nie zachęca jednak do stosowania drogi pochwowej w podobnych razach. Pęknięcie kruchej ściany rozciągniętej trąbki może bardzo łatwo przy tak dużych rozmiarach guza zdarzyć się, co w razie własności zakaźnych krwisteku pociąga za sobą ciężkie następstwa).

W najnowszych czasach radzi Pfannenstiel w przypadku krwisteku macicy przy braku górnej części pochwy i trudności dostania się do guza od dołu wykonać laparotomię, otworzyć dno macicy, a po opróżnieniu jamy macicznej przebić silnym zgłębnikiem ścianę macicy ku pochwie w najodpowiedniejszem miejscu, przeprowadzić silną pętlę jedwabną przez miąższ macicy ku pochwie, zaszyć od góry macicę i powłoki, potem ściągnąć macicę za pętlę jak najniżej i przyszyć brzegi stworzonego w niej otworu do brzegów pozostałej części pochwy. Operując tak w jednym przypadku miał P. wynik dobry.

W sposób podobny postąpił sobie niedawno Halban. Chodziło o krwistek w rogu dobrze rozwiniętym macicy dwurożnej przy zarośnięciu przewodu rodnego w szyjce i braku górnej części pochwy. Zamiast wykonywanego zazwyczaj w tych przypadkach wycięcia macicy zrobił H. po otwarciu jamy brzusznej otwór w dnie macicy, a opróżniwszy jamę, wprowadził macicę w tak silne przodozgięcie, że mógł przyszyć dno macicy do pozostałej części pochwy. Napięcie nie było zbyt duże i nastąpiło przygojenie się z wynikiem dobrym.

Byłyby to prawie wszystkie zabiegi zasadnicze, dotąd wogóle wykonywane.

Wskazania do tego, kiedy dążyć wyłącznie przez pochwę, kiedy przez laparotomię i pochwę, kiedy wreszcie tylko przez laparotomię, aczkolwiek są wielkiej wagi, ustalić się nie zdołały, a to nietylko dlatego, że materyał z po-

wodu rzadkości tych przypadków jest zbyt skąpy, lecz, co ważniejsze, że każdy prawie przypadek posiada szczegóły i właściwości różniące go od innego podobnego. Indywidualizowanie każdego przypadku jest tu może więcej potrzebne niż gdzieindziej.

Sądzę, że będzie to z korzyścią dla zrozumienia rzeczy i ułatwi samodzielne oryentowanie się przy ocenie wartości i wyborze pojedyńczych sposobów operacyjnych, względnie da podstawę do zastosowania sposobu oryginalnego, jeżeli na tem miejscu omówię niebezpieczeństwa połączone z niektórymi zabiegami.

Największe bezpośrednie niebezpieczeństwo każdej operacyi krwisteku polega na tem, że łatwo przyłącza się zakażenie. Było ono według dawnych statystyk przed erą antyseptyczną tak częste, że zaledwie kilku chorych na sto operowanych uchodziło śmierci. Późniejsze statystyki wykazują stopniowo coraz to lepsze wyniki, a ogłoszenia z lat ostatnich odnoszą się prawie wyłącznie do przypadków, uleczonych różnymi sposobami, co byłoby objawem jeszcze więcej pocieszającym, gdybyśmy mieli pewność, że równie chętnie ogłaszają operatorowie przypadki niepomyślne, jak i szczęśliwe. W każdym razie spory szereg ostatnich przypadków każe wnosić, że wraz z umiejętniejszem przestrzeganiem zasad postępowania bezgnilnego widmo zakażenia zaczyna się cofać.

Powikłanie z krwistkiem trąbkowym mieści w sobie również szereg przykrych możliwości. Boyer i Dupuytren byli widocznie na tem polu zupełnie nieszczęśliwi, co skłoniło ich do cokolwiek zadaleko idącego twierdzenia, wypowiedzianego w swoim czasie, że każdy przypadek powikłany krwistekiem trąbki uważać należy za bezwzględnie śmiertelny, a niezbyt dawno jeszcze zestawił Fuld 39 przypadków krwisteku macicznego, leczonych operacyjnie, z tego 12 przypadków powikłanych krwistekiem trąbki, z których tylko 3 pozostały przy życiu. Tu znowu zakażenie, o które łatwo, odgrywa pierwszą rolę, a przyłączyć się może łatwo, jeżeli trąbka z powodu zrostów i zagięcia lub z powodu zbyt wązkiego połączenia z jamą trzonu nie zdoła się dość szybko i dokładnie opróżnić. Dalsze niebezpieczeństwo grozi chorej w razie pęknięcia trąbki w czasie operacyi, po niej, lub niezależnie od niej. Spostrzegano nawet pęknięcie niedokładnie opróżnionej trąbki dopiero 19 dnia po zabiegu, szczególnie wskutek nowego przypływu krwi przy najbliższej miesiączce. Istnieje kilka czynników ułatwiających to zdarzenie. Łatwo sobie wyobrazić, że otwierając drogę ku pochwie i opróżniając niezbyt powoli trzon macicy, sprowadza się nagle zmiany w warunkach ciśnienia, pod którem dotąd trąbka pozostawała; wskutek czego zostaje ona ze strony tłoczni brzusznej nagle ugnieciona w kierunku mniejszego oporu, a nie mogąc się dostatecznie poddać, pęka. Cieniutkie, rozciągnięte ściany trąbki są z natury rzeczy bardzo kruche, a kruchość ta jeszcze się zwiększa w razie przyłączenia się zakażenia i wywiązania sprawy zapalnej w samej ścianie trąbki. Wynika stąd zasada, aby krwistek opróżniać jak najwolniej. Lecz nawet w razie bardzo powolnego opróżniania treści grozi przedarcie kruchej trąbki, jeżeli istnieją zrosty pomiędzy nią a otoczeniem, t. j. jelitami, siecią, lub otrzewną ścienną, które nie pozwalają trąbce się kurczyć i poddać z jednej strony działaniu tłoczni brzusznej, z drugiej strony pociąganiu ze strony opróżniającej się i kurczącej się coraz bardziej macicy. Pęknięcie trąbki pociąga za sobą wylanie się treści do jamy otrzewnowej i najczęściej ostre zapalenie otrzewnej. Nadto możliwe jest przedarcie przy tej sposobności naczynia przebiegającego w ścianie trąbki i skrwawienie się chorej tą drogą. Przedarcie trąbki może też nastąpić w czasie odleglejszym od operacyi, wskutek zbyt nagłego podniesienia ciśnienia ze strony tłoczni brzusznej, przy gwałtownym ruchu, kaszlu, parciu na stolec lub zadziałaniu urazu od zewnątrz.

Możliwy jest dalej krwotok do wnętrza nagle opróżnionej jamy macicznej, jako następstwo wielkiej różnicy ciśnienia na zewnątrz i wewnątrz ściany macicy. W razie zrostów z jelitami może wreszcie pętla odpowiednia, pociągana przez obniżającą się trąbkę, lub macicę, uledz zagięciu, z następowymi objawami zwężenia lub zamknięcia jelita. Jako wyjątkowe powikłanie opisuje Beutenmüller tężec po operacyi krwisteku.

To byłyby wszystkie mniej lub więcej groźne zajścia, które mogą towarzyszyć zabiegom operacyjnym. Uwzględniliśmy je przy wyborze sposobu operacyjnego w naszych przypadkach. Decyzya zazwyczaj nie była trudną. Nadmienię, że wahać się można było, czy pójść drogą pochwową czy też przez laparatomię jedynie w przypadku VI, powikłanym dużym krwistkiem trąbki. Po dłuższym namyśle obrano drogę pochwową z powodu, że, o ile badanie dokładne i w tym przypadku łatwe pozwalało wnosić, guz trąbkowy okazywał ruchomość i gładką powierzchnię, a więc wolny był od zrostów; — ponadto zdawał się pozostawać w szerokiem połączeniu z jamą trzonu, jak o tem świadczyły zarówno kształt całości przy badaniu zestawionem, jakoteż bardzo łatwo występujące równoczesne uczucia chełbotania w trzonie i trąbce. Brak wyraźniejszej bolesności, podrażnienia obszernej i podwyższenia ciepłoty nie pozwalały na przypuszczenie, aby treść krwistku miała własności zakaźne. Laparatomię pozostawiliśmy w rezerwie na wypadek zakażenia treści krwisteku i pierwszego zaraz podwyższenia się ciepłoty, dalej, czego się spodziewać wcale nie było podstawy, na wypadek zagięcia trąbki i zalegania w niej treści, wreszcie w razie pęknięcia guza trąbkowego.

Nakoniec kilka słów o przypadku *IX* (*fig. 9*): *Defectus vaginae, haematometra*, zajmującym w szeregu naszych przypadków odrębne stanowisko — i o zastosowanym tu sposobie postępowania. Najwięcej uwagi godny szczegół polega tu na braku pochwy, któremu przeważnie towarzyszy równoczesny brak lub bardzo znaczny zanik macicy, względnie przydatków, przedstawiających się w takim razie najczęściej w postaci cienkich postronków, ledwo wybadalnych. W ostatnich 10 latach ogłoszono 6 przypadków, podobnych do naszego:

I tak Da Costa stwierdził u 17-letniej murzynki krwistek macicy obok zupełnego braku pochwy i sromu. Guz miał rozmiary macicy w IV miesiącu ciąży. Szyja była na nim zaznaczona. Tuffier ogłasza przypadek bardzo zbliżony do naszego, gdzie cewka, rozszerzona wskutek spółkowania, dała powód do pomyłki tego rodzaju, że uważano ją za pochwę zwężoną w tem miejscu, gdzie się znajdowała szyjka pęcherza, którą też chciano z początku rozszerzać blaszkownicą. Decio i Andrews spostrzegali obok braku pochwy i krwistek macicy obustronny wraz z krwi-

stekiem trąbkowym. Macica w przypadku tym odpowiadała wielkością swą III miesiącowi ciąży. Wreszcie Levers, i Fleck ogłaszają również przypadki podobne do naszego. Zupełny wrodzony brak przewodu szyi, niewytworzenie się ujścia wewnętrznego i brak wszelkiego wyraźniejszego odgraniczenia pomiędzy szyją a trzonem, spostrzegane w naszym przypadku, stwierdzano również bardzo rzadko (Paulli Treub i L. Landau). Prawie wszyscy autorowie zgadzali się zawsze w przypadkach krwisteku macicy obok wrodzonego zupełnego braku pochwy na wycięcie macicy przez laparatomię. Tembardziej jest to postępowanie usprawiedliwione, gdy guz, jak w naszym przypadku leży dość wysoko. Starając się jednak być do ostatnich granic zachowawczymi, chcąc nadto mieć zupełną pewność, że rzeczywiście powyżej niema żadnego zaułku pochwy, dążono w naszym przypadku do guza pomiędzy pęcherzem o odbytnicą. Okazał się przytem zupełny brak pochwy i nie znaleziono nigdzie ujścia, ani też części odpowiadającej szyi. Ogromna grubość ściany macicy nie pozwalała na myśl o utworzeniu nowego ujścia i utrzymaniu jego drożności wobec równoczesnego braku pochwy. Wycięcie następowe macicy było zatem w naszym przypadku zupełnie usprawiedliwione. Powolne rozszerzanie szczeliny pomiędzy pęcherzem a odbytnicą wytworzyło wcale niezłą pochwę. Nie zatrzymując się wcale nad kwestyą plastyki pochwy, przypomnę tylko, że idąc tą samą co my drogą, wielu autorów otrzymało wynik zadowalniający.

Niestety, nie zdołałem od naszej pacyentki otrzymać odpowiedzi, czy operacya w tym przypadku wystarcza na stałe utrzymywanie mniej więcej prawidłowych stosunków płciowych. Wyżej opisane sposoby Pfannenstiela (przedziurawienie i przyszycie najniższej części guza do zaułka pochwy), jakoteż Halbana (stworzenie otworu w dnie macicy i przyszycie dna do zaułka pochwy), nie nadawały się zupełnie w naszym przypadku, a to przedewszystkiem z powodu wielkiej grubości ściany macicznej, ponadto z powodu zupełnego braku pochwy, co sprowadziłoby nietylko zbyt wielkie napięcie szwów, lecz musiałoby zarazem wykluczyć tak pożądaną tutaj plastykę pochwy.

Możemy stwierdzić, że droga, którą obraliśmy wobec wszystkich naszych przypadków była właściwą. Świadczy o tem w każdym razie do pewnego stopnia szczęśliwy wynik ostateczny, osiągany zarazem przy pomocy zabiegu jak najłagodniejszego.

Sądzę, że dążąc do wyrobienia sobie pewnych, przeciętnie dających się zastosować, zasad leczenia krwisteku macicznego i zastanawiając się nad wartością porównawczą polecanych sposobów operacyjnych, chodziłoby w pierwszej linii o określenie tego, które przypadki nadają się do wyłącznego leczenia przez pochwę, które do skombinowanego przez pochwę i drogą brzuszną, a wreszcie które do samej laparotomii.

Każdy się łatwo zgodzi, że wszystkie przypadki, niepowikłane krwistekiem trąbki, a dostępne od pochwy nadają się jedynie do operacyi pochwowej.

Do wycięcia macicy w całości przez laparatomię rzadko tylko zdarzy się uzasadniona sposobność. Jestto zabieg sprowadzający stałe skaleczenie chorej, więc tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach (np. w przyp. IX) znajdzie usprawiedliwienie. Nie ulega wątpliwości, że drogę tę stosowano rzadziej dla rzeczywistej konieczności, a częściej wskutek pomyłek rozpoznawczych, od których zresztą i na przyszłość trudno będzie się ustrzedz. Wskazanie do wyjęcia macicy przez laparotomię stanowiłby krwistek powikłany z brakiem pochwy — względnie krwistek przy niezwykle utrudnionym dostępie od pochwy, i niemożliwości wykonania operacyi plastycznej, zapewniającej odpływ treści.

Na uznanie zasługuje dalej myśl, aby w przypadku krwisteku w jednym rogu macicy dwurożnej i utrudnionego z jakichkolwiek powodów dostępu od pochwy, wyciąć chorą połowę macicy przez laparotomię.

Najwięcej trudności w wyborze drogi operacyjnej sprawia powikłanie krwistekiem trąbki. W tym przypadku należałoby trzymać się dwu punktów oryentacyjnych. Mając tę świadomość, że głównem niebezpieczeństwem jest pęknięcie trąbki i wylanie się płynu do jamy otrzewnowej, należy:

1) przekonać się zapomocą nakłucia, wykonanego *lege artis* przez pochwę na 1—2 dni przed oznaczonym terminem operacyi i badania bakteryologicznego uzyskanej treści, czy treść krwisteku jest jałową, czy nie.

2) starać się stwierdzić, czy trąbka posiada warunki do dokładnego opróżnienia się, — o czem świadczą gładka powierzchnia guza i łatwa ruchomość t. j. brak zrostów, jakoteż łatwe przenoszenie się chełbotania z jednej jamy do drugiej, co dowodzi dość szerokiego połączenia guza trąbki z jamą macicy,

Jeżeli treść okazuje się jałową, łatwiej już będzie zdecydować się przy innych do tego wskazaniach (trudny dostęp od pochwy, duże rozmiary guza trąbkowego, obok braku warunków, sprzyjających opróżnieniu się trąbki), — na laparotomię i wycięcie trąbki (*salpingectomia*), mając na względzie możliwość zetknięcia się treści krwisteku mimo wszelkiej ostrożności z wolną jamą otrzewnową. Krwistek macicy otwiera się bezpośrednio potem przez pochwę.

W razie stwierdzenia obecności drobnoustrojów w treści krwisteku wskazanem jest zasadniczo operowanie od pochwy, bez względu na to, czy badanie każe domyślać się warunków korzystnych dla doszczętnego opróżnienia się trąbki, czy nie; laparotomię zaś należałoby, jak *malum necessarium* wykonać *à priori* tylko w razie technicznej niemożliwości zastosowania drogi pochwowej; — poza tem zaś zastosować, jako operacyę wtórną w razie wystąpienia w przebiegu pooperacyjnym (po operacyi pochwowej) wyraźnych do tego wskazań (pierwsze podwyższenie ciepłoty, pierwsze objawy podrażnienia otrzewnej) Niedaje się bowiem zaprzeczyć, że trąbka nawet pozrastana i wązkim kanałem połączona z jamą macicy powoli dokładnie opróżnić się może; — wśród wycięcia zaś trąbki szczególnie otoczonej zrostami przez laparotomię, może mimo ostrożnego postępowania pęknąć krucha ściana i treść wylać się do otrzewnej. Jeżeliby podczas laparotomii całkowite wycięcie trąbki bez przedziurawienia ściany napotkać miało z jakich-

kolwiek powodów na trudności, dążyć należy, o ile tylko ruchomość i umiejscowienie guza na to pozwalają, do wszycia trąbki w powłoki i wysączkowania jej na zewnątrz (*salpingotomia*). Postępowanie dwuczasowe w przypadkach mniej naglących byłoby przytem właściwem.

Wobec przypadkowego lub samoistnego przedarcia trąbki i przedostania się treści do jamy otrzewnowej, pozostaje po jak najstaranniejszem oczyszczeniu jamy brzusznej wacikami, względnie po przepłukaniu jej fizyologicznym roztworem soli kuchennej, założenie worka Mikulicza.

Wreszcie słów kilka o leczeniu pooperacyjnem. Zapobiegając rozkładowi obficie wypływającej treści krwisteku powinno się stosować częste obmywanie zewnętrzne płynami przeciwgnilnymi sromu i jego otoczenia i pokrywać potem srom gazą jodoformową suchą i grubym pokładem waty Brunsa, w celu szybkiego wchłaniania wypływającej treści, jakoteż podtrzymywania i przyśpieszania ciągłego prądu na zewnątrz. Opatrunek zmieniać należy skoro tylko przesiąknie, w każdym razie przynajmniej co kilka godzin. Przestrzykiwania samej jamy krwisteku płynami przeciwgnilnymi mniej się zalecają, — gdyż właśnie wśród nich i przez nie sprowadzić można ropienie, wprowadzając drobnoustroje z niższych części dróg rodnych do wyższych.

Z obawy przed zbyt szybkiem opróżnieniem krwisteku, przed pęknięciem trąbki lub jej zagięciem, poleca się chorej bezwzględny spokój przez czas trwania tego niebezpieczeństwa, — a więc spokojne leżenie na wznak, unikanie gwałtownych ruchów, kaszlu, parcia na stolec, wogóle wszystkiego, co wywołuje nagłe wahania ciśnienia w jamie brzusznej. W tym celu niektórzy operatorowie stosują również opaskę brzuszną łagodnie uciskającą, makowiec lub morfinę w większych dawkach i odżywiają chorą tylko płynami. Są również tacy, którzy obawiając się możliwości ponownego nagromadzenia krwisteku trąbki podczas najbliższej miesiączki, pozwalają chorym opuścić łóżko dopiero po szczęśliwem jej przebyciu.

Dla utrzymania drożności otworu wytworzonego przez operacyę, polecano, o ile od razu obszycia brzegów dokonać nie było można lub nie chciano, n. p. przy zarośnięciu przewodu w szyjce, założenie sączka na kilka dni, poczem się go usuwa i brzegi wśród dogodniejszych warunków odpowiednio obszywa. (W VI naszym przypadku przekonaliśmy się o niepraktyczności sączka). Przy obszyciu dąży się do zespojenia ze sobą brzegów błon śluzowych.

Cel ten daje się przy cienkiej i dostępnie usadowionej przegrodzie łatwo osiągnąć; w innych przypadkach nastręcza on pewne trudności. Gdzie mimo obszycia dążność do zmniejszenia się otworu jest zbyt silną, tam stosuje się ponowne, szersze nacięcie i systematyczne powiększanie otworu zapomocą odpowiednich rozszerzadeł. Za lepszy i racyonalniejszy sposób postępowania uważałbym jednak wykonanie operacyi plastycznej, odpowiednio do przypadku obmyślanej (Przyp. *VI. fig. 6)*.

Ciężkie powiklanie pooperacyjne stanowi stosunkowo często zdarzające się zropienie treści krwisteku, co prowadzi niekiedy, jak n. p. w przypadku Pozziego do objawów posocznicy. Zropienie krwisteku pochwy lub macicy traktuje się jako ropień zwykły, — czyli że leczenie polega na jak najszerszem nacięciu miejsca zwężonego, wydrenowaniu i częstem przepłókiwaniu jamy. Zropienie pooperacyjne krwisteku trąbki wymaga zastosowania tych samych zasad leczenia, jakie przed chwilą uważaliśmy za odpowiednie wobec przypadków krwisteku trąbki o własnościach zakaźnych, stwierdzonych przed przystąpieniem do pierwszego zabiegu operacyjnego.

Czcigodnemu szefowi memu, radcy dworu prof. drowi H Jordanowi wyrażam mą wdzięczność za pozwolenie ogłoszenia powyższych przypadków, jakoteż za łaskawie udzielane mi wskazówki.

Uwzględnione piśmiennictwo:

(Skrócenia: C. = Centralbl. f. Geb. u. Gyn. F. = Fromel. Jahresber. üb. Geb. u. Gyn. S. = Str.).

Abel: 1) Berl. klin. Woch. 1901. Nr. 51. 2) C. 1902. S. 791. Andrews Frank T.: F. 1900. S. 61. Bäcker: C. XX. S. 883. Backhaus: C. 1899. S. 1037. Baer: 1) F. 1895. S. 49. 2) tamże (2 przyp.). Barone: F. 1897. S. 53. Boari A.: C. 1901. S. 239. Boije: C. 1901. S. 631. Boissard: C. 1898. S. 911. Borelius: Hygiea. LIX. Nr. 5. Bouman J.: C. 1803. S 384. Bousquet: F. 1896. S. 228. Brennecke: F. 1900. S. 62. Bulius: C. 1901. S. 723. Bunzel: Prager med. Woch. 1900. Nr. 30. Calderini G: Policlinico I. p. Chirurg. f. 3. Calmann: F. 1896. S. 66. Chodakowski: Przegl. lek. 1887. S. 360. Chrostowsky: Festschr f. Prof. Slawiansky. Cocchi: F. 1900. S. 72. Conte G. C. 1903. S. 473. Cullingworth; F. 1893. S. 187. Da Costa: F. 1894 S. 212. Decio: F. 1897. S. 57. Dolore: 1) F. 1897. S. 56. 2) F. 1897. S. 471. Donati: C. 1901. S 626. Eberlin: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXXI. H. 2. Engström: C. 1899 S. 923. Fisher: F. 1900. S. 63. Fleck: Monatschr. f. Geb u. Gyn. XIII. S. 419. Fleischl: 1895. S. 49. Foges: C. 1898. S. 69. Francké: C. 1901. S. 723. Franck: F. 1893. S. 188. Gardette: C. 1899. S. 1429. Gerlach: F. 1898, S. 481. Giglio: F. 1900. S. 64. Godart: F 1900. S. 64. Goubareff: F. 1896. S. 229. Grenn: F. 1894. S. 212. Gross: C. 1901. S. 1189. Halban: C. 1903. S. 463. Hall: F. 1897. S. 56. Hanssen: Hygiea. LVII. Nr. 6. Hart: F. 1896. S. 229. Haultain: F. 1900. S. 64. Hegar: A. Beitr. z. Geb. u. Gyn. I. H. I. Heinricus: F. 1900. S. 65. Hertzsch: C. XIV. S. 801. Herz: Wien. med. Woch. 1902. N. 23—25. Heydenreich: 1) Semaine méd. XIV. S. 81. 2) Sem. méd. 1895. S. 378 3) C. 1895. S. 1073. Hirst. F. 1895. S. 217. Hirst-Maier: F. 1888. S. 481. Holländer: C. 1896. Nr. 31. Horn: C. 1899. S. 608. Jallot F. 1895. S. 215. Kelly: F. 1894. S. 213. Kleinhaus: Monatschr. Geb. u. Gyn. Bd. 5. S. 231. Lackie: C. 1898 S 341. Landau: C. 1901. S. 776. Langer: Wien. med. Woch. 1895. Nr. 23. Lewers: F. 1896. S. 230. Tenże: F. 1897. S. 56, Litkens. J. f. Geb. u. Gyn. 1893. Mai. Löhlein: C. 1893. S. 997. Ludwig: F. 1900. S. 66. Lwoff F. 1893. S. 191. Mackenrodt: Zeitschr. f. Geb, u. Gyn. XXXV. S. 302. Martin: 1) F. 1898. S. 62. 2) F. 1897. S. 55. Meyer R. 1) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXXIV. S. 456. 2) XXXVI. S. 310. 3) C. 1894. S. 1335. Mettenheimer: F. 1896. S. 232. Murphy: F. 1895. S. 218. Myers: F. 1896. S. 227. Nagel: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXXIV. S. 381. Neugebauer F.: 1) Kron. lek. XIV. S. 131. 2) Medycyna. 1893. Nr. 21 3) Festschr. Berlin. 1895. 4) VII. Zjazd lek. i przyr. pol. Lwów. Olshausen: C. 1899. S. 1444. Opitz: C. 1901. S. 752. Pasteur and Andreas Clark: F. 1898. 481. Pauer: C. 1902. S. 660. Paulli: C. 1893. S. 823. Pfannenstiel: C. 1903 S. 91. Pichevin: Nouv. arch. d'obst. et de gyn. 1893. Nr. 6. Pozzi: C. XIX. S. 1074. Prokofiewa: F. 1898. S. 482. Rauscher: C. 1903. S. 285. Reid: C. 1900. S. 1254. Rempe de Meerdervoort: F. 1895. S. 51. Ribbius: C. 1902. S. 595. Rittstieg: Münch. med. Woch. 1895. Nr. 46. Rosenthal: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. VIII. H. 3. Rosiński: Allg. med. Ztg. 1892. S. 2041. Rosner: Rocznik. Tow. gin. krak. VI. S. 10. Rossa: 1) C. XVII. S. 422. 2) F. 1896. S. 64. 3) C. 1896. Nr. 6. Rudolph: F. 1895. S. 52. Sänger: C. XX. Nr. 3. Schmid: C. 1899. S. 1037. Schramm: C. XXII. Nr. 48. Sękowski: Medycyna XXII. S. 335. Senger: C. 1903. S. 619. Sicherer: Arch. f. Gyn. Bd. 42. H. 2. Simon: C. XVII. S. 951. Skałkowski: Przegl. lek. 1895. Nr. 22. 23. 24. Sondheimer: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. I. H. 4. Staude: C. 1902. S. 240. Stratz: C. 1900. S. 737. Tenże: C. 1901. S. 851. Świtalski: Roczn. Tow. gin. krak.

VI. S. 3. Thompson: F. 1894. S. 216. Tischmeyer: C. 1901. S. 237. Treub: F. 1899. S. 391. Tuffier: C. 1896. S. 309. Tussenbroek: C. 1900. S. 36. Veit: Berl. klin. Woch 1896. Nr. 16. Vignard: C. 1900. S. 239. Vollmer: F. 1895. S. 221. Wagner: C. 1897. S. 1536. Wendling: Wien. klin. Woch. 1896. Nr. 2. Westermayer: F. 1894. S. 54. White: F. 1897. S. 471. Wieczorkiewicz. Czasop: lek. 1899. S. 23. Wilbert: C. 1900. S. 936. Wilson: F. 1897. S. 470. Winter: Verh. der Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin 1898. Zillesen: C. 1900. S. 958.

IV. Wyciągi.

Pick. **Nowy przyczynek do sprawy funkcyi hamującej słuchowego ośrodka mowy w lewym płacie skroniowym.** (*Wiener klinische Wochenschrift*, 38, 1903). Już na międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Paryżu wykazał autor, że cały szereg objawów afatycznych, szczególnie zaś wielomówność w afazyi czuciowej, oraz echolalię, odnieść należy do ustania wpływu hamującego, wywieranego przez słuchowy ośrodek mowy, znajdujący się w płacie skroniowym, na ruchowy ośrodek mowy. Na potwierdzenie tego zdania przytacza Pick nowy, przez niego spostrzegany przypadek, w którym wyraźna parafrazya przy braku głuchoty wyrazowej, afazya amnestyczna, zbliżona do wzrokowej, zaburzenia w pisaniu przy częściowo utrzymanej możności czytania, wskazywały na uszkodzenie lewego płatu skroniowego z nieznacznym współudziałem lub bez współudziału pierwszego jego zwoju. Oględziny pośmiertne wykazały raka oskrzela z kilku przerzutami w mózgu; między innymi guz w średniej jamie czaszkowej, wciskający się głęboko w płat skroniowy. Do tego ostatniego ogniska odnosi autor wymienione wyżej objawy zaburzeń w płacie skroniowym, szczególnie zaś napadowe wyrzucanie niezrozumiałych zgłosek, które, zdaniem autora, tłómaczyć należy ustaniem wpływu hamującego uszkodzonego ośrodka słuchowego w płacie skroniowym na ośrodek ruchowy mowy w płacie czołowym. *Spira.*

Urbantschitsch. **Niedowłady odruchowe mięśni kończyn i mowy, wywołane przez narząd słuchowy.** (*Monatsschrift f. Ohrenh.*, 1903). W wielu chorobach usznych, zwłaszcza w chorobach ucha środkowego, mogą występować niedowłady odruchowe mięśni kończyn górnych, dolnych lub mięśni mowy. Zaburzenia inerwacyi ramienia prawego pojawiają się nierzadko w zmianach pisma, przyczem w wielu przypadkach wykazać można zależność pisma od każdorazowego stanu ucha. W kończynach dolnych niedowład również może występować od stopnia lekkiego aż do zupełnego porażenia. W jednostronnem cierpieniu usznem niedowład odruchowy uwydatnia się wyłącznie albo przeważnie po tej samej stronie ciała. Niedowłady te czasem przemijają prędko, albo też trwają dłuższy czas, nawet cały miesiąc. Szybko przemijające niedowłady mięśni kończyn mogą być wywołane także przez różnego rodzaju zadziałania na ucho, jak cewnikowanie, zgłębnikowanie trąbki usznej, przestrzykiwanie ucha, ucisk na ściany ucha zewnętrznego lub środkowego i t. p. W bardzo wybitnych przypadkach niedowłady te mogą pozorować chorobę rdzenia pacierzowego. Zależności tych niedowładów od stanu narządu usznego dowodzi ich poprawa, względnie ustąpienie przy stosownych zabiegach leczniczych, kierowanych przeciw chorobie usznej. Niedowład mięśni mowy wyraża się w szybkiem znużeniu głosu, w utrudnionem lub niemożliwem wymawianiu pojedyńczych liter lub zgłosek. Lekkie w początku zaburzenie mowy potęguje się w miarę dalszego czytania i dochodzi do zupełnej niemożności czytania. I te zaburzenia poprawiają się pod wpływem zabiegów leczniczych usznych. Szczególnie uderzającemi są zaburzenia mowy, wywoływane przez tamponadę uciskową ucha środkowego, ustępujące szybko po usunięciu tamponady. Rzadko występuje pomieszanie liter lub jąkanie. Równoczesne wystąpienie niedowładu mięśni kończyn i mowy może dać obraz schorzenia, łudząco podobny do ogniska w płacie skroniowym lewym. W szeregu takich przypadków spostrzegano równocześnie objawy astenopii, t. j. niemożność czytania przez dłuższy czas, z powodu wystąpienia na przeciąg kilku minut licznych punktów czarnych w polu widzenia do tego stopnia, że pole to wydaje się całkowicie czarnem. *Spira.*

Dr. Brecelj. **Zbiór objawów rzekomobłoniczych u noworodków.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1904, Nr. 1). Przez mechaniczne zranienie i tarcie u noworodków i osesków powstają łatwo na błonie śluzowej podniebienia rozpadliny i ubytki przybłonka. Większe uszkodzenia i czynność bakteryi, znajdujących się w jamie ustnej, mogą nadać tym procesom rozpadowym i zapalnym charakter większy, aniżeli to odpowiada zwyczajnej formie pleśniawek Bednara, powstać mogą rozległe obumarcia przybłonka i błony śluzowej, rzeczywiste wrzody i naloty błoniaste, które są wprawdzie natury niezłośliwej i są tylko podobne do błon błoniczych. Opisana przez Epsteina *„pseudodiphtheritis septica“* oseskόw powstaje, wedle zdania autora, skutkiem odczynowych zmian miejscowych w gardle i przełyku w miejscu wejścia procesu posokowatego, lub jako drugorzędne zmiany posocznicze. Zarówno zmiany lokalne w górnych drogach połykywych i oddechowych, jak i ogólny przebieg choroby wskazują na pewne podobieństwo do błonicy. Autor spostrzegał nową jeszcze grupę przypadków, zbliżonych do błonicy, dotyczącą noworodków, które cierpiały na ciężkie utrudnienie oddechu, wywołane przez ucisk na tchawicę wskutek wrodzonego wola lub powiększonej grasicy. Nierozpoznanie tego cierpienia prowadzi często do bezcelowych zabiegów w jamie ustnej i w gardle, naruszających całość błony śluzowej, na których występują zmiany, zbliżone do obrazu błonicy.

Dr. Bolesław Komorowski.

Kugelshofer. **Próchnienie kręgów z szczególniejszem uwzględnieniem późniejszego przebiegu.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 58. B. B. II. I, 1903). Gruźlicze próchnienie kręgów, tak jak i gruźlicze próchnienie innych kości, występują częściej u płci męzkiej. Początek tej choroby najczęściej sięga wczesnego wieku, a trzeci rok życia jest jakby uprzywilejowany do tej sprawy. Prawie w połowie przypadków można wykazać istniejącą skłonność dziedziczną, podczas gdy uraz należy odnieść zaledwie do $^1/_4$ części. Miejscem wybranem gruźlicy jest dolna połowa kręgosłupa i to najczęściej 1-szy kręg lędźwiowy. Z powikłań klinicznie można wykazać w $^2/_5$ przypadkach ropnie i to szczególnie w zakresie mięśnia lędźwiowego, wychodzące najczęściej z kręgów lędźwiowych. Porażenia występują w 10% przypadków, najczęściej przy zajęciu kręgów szyjnych i kończą się w $^2/_5$ śmiertelnie. Zwyrodnienie skrobiowate występuje w $^1/_{10}$ przypadków, a ogólna gruźlica w $^2/_5$ przypadków. Rokowanie w próchnieniu kręgów jest wątpliwe, gdyż śmiertelność wynosi 57·6 prc., a wyleczenie w 31·3 prc. Ostateczne wyniki leczenia ze stanowiska kosmetycznego są bardze niedobre, a co do zdolności zarobkowania, oraz możności i zdolności ruchów wogóle, są ledwo zadowalniające. Leczenie powinno być następujące: 1) zaraz w początku choroby powinno się rozpocząć leczenie miejscowe i ogólne i to, o ile możebne, w zakładzie; 2) miejscowe leczenie polega na ułożeniu poziomem, nieraz połączonem z wyciąganiem. W rozpoczynającem się stężeniu należy założyć gorset Sayra aż do okresu ukończonego wzrostu ciała; a nawet później chory taki winien być pod opieką lekarską; 3) ropnie opadowe, grożące przebiciem lub wywołujące wielką gorączkę i zagrażające życiu, należy wcześnie otwierać, zaś wszystkie inne ropnie leczyć wstrzykiwaniami jodoformowemi.

Dr. Bolesław Komorowski.

Katz. **Zapobieganie rakowi żołądka.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 47, 1903). Do czynników, mogących się niejednokrotnie przyczynić do rozwoju raka, zaliczają oddawna dziedziczność, wiek i temu towarzyszące zmiany w naczyniach, urazy, blizny, wpływy odżywcze, czasem i zakażenia na tle pasorzytniczem, nigdy jednak nie udowodniono bez zarzutu, że jedna z powyższych przyczyn jest w tym lub owym przypadku istotną przyczyną raka żołądkowego. Inaczej rzecz się ma z przewlekłem drażnieniem: klinicznie jest prawie udowodnioną rzeczą, że długotrwałe mechaniczne lub chemiczne drażnienia są w stanie wywołać raka; dość przypomnieć raka wargi, lub ust po drażniącem kaleczeniu ostrym zębem; raka macicy pod wpływem noszenia krążka i t. d.; raka odźwiernika, jelita grubego albo odbytnicy; wszystko są to miejsca narażone na mechaniczne obrażenia, ucisk, tarcie i t. p. Jeśli się dalej weźmie pod uwagę miejsca, w których z szczególnem upodobaniem usadawia się rak przewodu pokarmowego, to można stwierdzić, że najczęściej w żołądku, bardzo rzadko w jelicie cienkiem lub w przebiegu jelita grubego, znów częściej w dolnym odcinku tejże kiszki. Temu usadowieniu dziwnie odpowiada treść przewodu pokarmowego: w żołądku, z wyjątkiem płynów, jest treść mazista i zmieszana ze znaczną ilością cząstek twardych, w jelicie cienkiem jest płynna, w kiszce grubej staje się treść znów twardą, zbitą masą. Z tego wynika, że rak znachodzi się w tych miejscach, w których twarda treść pokarmowa wywiera ustawiczne drażnienie; niema go zaś tam, gdzie treść jest płynna. Jakżeż więc temu zapobiedz? Srodki ochronne były już niejednokrotnie podawane: ze względu na częste pojawianie się raka macicy, proponuje n. p. Dührssen niszczenie błony śluzowej macicy zapomocą waporyzacyi u każdej kobiety, przechodzącej w wiek zwrotu płciowego; Behla ostrzega przed jedzeniem surowych owoców i jarzyn i t. d.; na za-

sadzie jednak powyżej przytoczonych uwag polegałoby zapobieganie na wprowadzaniu do żołądka miękkawo-płynnej treści pokarmowej. Im bowiem twardsze są cząstki pokarmowe, wprowadzone do żołądka, tem większe jest tarcie o ściany żołądka i więcej czasu potrzeba do strawienia. Pierwszym więc warunkiem jest należyte i dokładne żucie, z którem połączone jest obfite ślinienie, nadające kęsowi mazistą lub półpłynną zbitość, drugim nieodzownym warunkiem, by pokarmy były gotowane: doświadczenie bowiem poucza, że takie pokarmy bywają szybciej i lepiej trawione, aniżeli surowe. Popijanie wody lub innego obojętnego płynu byłoby trzecim i ostatnim warunkiem; całe tedy zapobieganie zmierza do jak największego „szanowania“ zagrożonego narządu.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Hecker **O przyrządzaniu kefiru.** (*Therap. Monatshefte*, XVII. Str. 622). Autor podaje bardzo prosty i tani sposób przyrządzania kefiru w domu. Należy się zaopatrzyć w małą ilość zaczynu kefirowego, sprzedawanego w aptekach tak zw. „ziarn kefirowych“ (Kefir-Körner). Ilość, jaką nabyć można w Niemczech za 60 fenigów, wystarcza na litr mleka. Połowę kupionych ziarn kefiru wsypuje się do flaszki litrowej, poczem nalewa się mleka, nie wypełniając flaszki, lecz zostawiając przestrzeń wolną, odpowiadającą grubości palca, dla pomieszczenia gazów. Flaszkę zatyka się luźnie czystym korkiem. Następnego dnia wypełnia się w podobny sposób mlekiem drugą litrową flaszkę i dodaje resztę ziarn kefiru. Flaszki należy chronić przed bezpośrednimi promieniami słonecznymi, w lecie przechowywać w miejscu chłodnem i wstrząsać je co 2 do 3 godzin. Na trzeci dzień kefir jest gotowy do użytku; osad z mlekiem, t. j. warstwę grubości dwóch palców na dnie flaszki, zostawia się, dopełnia mlekiem w sposób wyżej podany i otrzymuje się po 2 dniach nową porcyę kefiru. Czynność tę ponawiać można w nieskończoność, używając ciągle tego samego niezniszczalnego zaczynu kefirowego. Po kilku dniach używania ciągłego ziarn kefirowych można je wyłowić z mleka, przepłókać przegotowaną wodą, wysuszyć na słońcu i przechować na później w suchem miejscu do ewentualnego użytku. Do dalszego przyrządzania kefiru wystarcza już pozostałość mleka kefirowego, które teraz zastępuje w przyrządzaniu ziarna kefirowe. Sposób postępowania przypomina sporządzanie zakwaszki (Sauerteig) przy pieczeniu chleba. Autor zaznacza, że w ten sposób otrzymany kefir zupełnie dorównywa smakiem i wartością spożywczą kefirowi, dostarczanemu przez zakłady na wielką skalę, dodając przytem, że pastylki kefirowe, reklamowane z różnych stron, nie różnią się niczem w działaniu od ziarn kefirowych, znajdujących się w każdej aptece, lub sporządzanych w domu. Pomijając powszechnie znaną wartość odżywczą kefiru, podnosi autor jako zaletę kefiru wobec mleka jego ubóstwo w bakterye chorobotwórcze. Przyrządzanie kefiru dokonywa się dzięki silnemu rozwojowi żyjątek kefirowych, który przygłusza rozwój innych drobnoustrojów mleka, lub wprost istnienie ich uniemożliwia. Wskutek tego nie trzeba wyjaławiać mleka, przeznaczonego na kefir. Tem samem kefir zapobiegaćby winien przeniesieniu gruźlicy. Możliwem więc jest, że kefir nadaje się do odżywienia dzieci dla uchronienia ich przed niebezpieczeństwem zakażenia gruźlicą. *Orzechowski.*

Lewitt. **O kilku nowych przetworach odżywczych.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 43, 1903). 1) *Sanatogen*, składający się z 95% kazeiny i 5% glicero-fosforanu sodowego, przedstawia się w postaci suchego białego proszku bez smaku, lekko pęczniejącego w zimnej wodzie, a rozpuszczającego się na białe mleczko w wodzie ciepłej. Badania, tyczące się przemiany materyi przy podawaniu sanatogenu i mięsa, a przeprowadzone przez Visa i Treupela, doprowadziły prawie do jednakowych wyników: pod względem więc strawności stoi sanatogen na równi z mięsem. Dalsze badania, odnoszące się do wessalności sanatogenu, wykazały, że już w ciągu $\frac{1}{2}$—$\frac{3}{4}$ godz. zostaje ten przetwór w zdrowym żołądku zupełnie wessany, w chorym zaś ustroju, względnie żołądku, rzecz się ma cokolwiek inaczej; w każdym jednak razie sanatogen jest bardziej strawny, aniżeli białko innego pochodzenia, co za tem idzie, że chorzy mogą spożywać dziennie 50 grm. i więcej tego przetworu bez szkody dla ustroju. Dzieciom podaje się w mleku, w kakao, czekoladzie 8—10 grm. dziennie, czyli mniej więcej 3—5 łyżeczek kawowych; chorym, którzy po jakimś czasie nie okazują przybytku na wadze, należy dawkę powiększyć; nigdy jednak więcej niż 15 grm. dziennie. Rybiczka podawał sanatogen w chorobach krwi, w przypadkach zboczeń układu nerwowego, w cierpieniach żołądka i kiszek: na zasadzie więc swych nader pomyślnych wyników podnosi autor wysoką siłę odżywczą tego przetworu, przyczem nadmienia, że łaknienie widocznie się wzmagało, przypadłości nerwowe, a szczególniej bezsenność, zwolna, ale stale znikały, a nie brakło także przypadków, w których ilość hemoglobiny wyraźnie wzrosła. Sickinger i Probst donoszą o bardzo dobrych wynikach po sanatogenie u umysłowochorych, a fizycznie wycieńczonych, nawet w jednym przypadku obłąkania wystąpił w krótkim stosunkowo czasie niezwykły spokój i pogoda umysłu, a po kilku miesiącach wyleczenie. Przetwór ten znakomicie zazwyczaj działa w nerwicach, połączonych z fosfaturyą, w stanach trwogi, lęku, zadumy, a szczególniej u umysłowo chorych, nie przyjmujących jadła. W końcu nadmienić należy, że na wzrost i rozwój osesków (Meitner) wywiera sanatogen bardzo dobry wpływ.

2) *Higiama*, przetwór sproszkowany, zawierający mleko, słód, kakao, cukier i istoty klejowate, jest szczególniej wskazany w cierpieniach żołądkowo-jelitowych, raku, wrzodzie żołądka, w chorobach nerek i płuc, niedokrewności, zołzach, w stanach gorączkowych i rekonwalescencyi, wreszcie dobrze oddziaływa w ciąży i okresie karmienia; dodany do napoju, przewyższa o wiele kawę, herbatę lub kakao. Schürmayer podawał higiamę chorym na kamicę żółciową i zauważył bardzo pomyślny wpływ — Godarel-Danhieux, słynny znawca chorób żołądkowych, polecał ten przetwór w dwóch przypadkach wrzodu żołądkowego: w obydwóch szło o odżywienie bardzo wyniszczonych chorych; podawano więc higiamę w lewatywach odżywczych, które z zadziwiającą łatwością bywały wessane, z czego wynika, że to postępowanie jest dzielnym środkiem pomocniczym w leczeniu wrzodu żołądkowego. Sposób zaś przyrządzania takiej lewatywy jest następujący: 40—50 grm. proszku higiamy miesza się z małą ilością gorącej wody, następnie gotuje z 300 grm. mleka, poczem dodaje się 3 grm. soli kuchennej, względnie jedno jajo, a wreszcie w odpowiednich przypadkach trochę alkoholu. Również w chorobach dzieci uważano bardzo dobre wyniki po stosowaniu higiamy, zwłaszcza w niedokrewności, krzywicy, po chorobach zakaźnych, u dziewcząt zaś w okresie pokwitania, według następującego przepisu: $1\frac{1}{2}$—2 łyżeczek proszku gotuje się z $\frac{1}{4}$ litra mleka, którą to ilość podaje się według wieku 2—3 razy dziennie.

3) *Roborat*, przetwór roślinno-odżywczy, zawierający obok białka znaczną ilość fosforu w postaci lecytyny, o przyjemnym smaku, skutkiem czego może być dodawany bez przeszkody do najrozmaitszych potraw. Doświadczenia wykazały, że z rzędu innych przetworów odżywczych (tropon, aleuronat, plasmon i t. d.) roborat bywa najlepiej trawiony, nawet przez chorych, nie okazujących w żołądku wolnego kwasu solnego, stoi więc prawie na równi z mięsem. Dr. Hoppe stwierdził, że białko, podawane w postaci roboratu, wytwarza daleko mniej kwasu moczowego, aniżeli w dyecie mieszanej, wobec tego byłby robotat wskazanym w zaburzeniach nerkowych, zwłaszcza, że jest zupełnie nie drażniący. Schlesinger stosował roborat u 42 chorych, bądź to niedokrewnych, bądź w cierpieniach żołądkowo-jelitowych u osób dorosłych i dzieci, przyczem wszyscy niemal chorzy znosili roborat bardzo dobrze i okazywali po kilku już tygodniach przybytek na wadze. Także u chorych gruźliczych okazał się ten przetwór korzystny. Cohn donosi, że podawał go 14 chorym ze znakomitym wynikiem; Pickart zaś w przypadku wrzodu żołądkowego ze świeżym krwotokiem stosował ogrzany roborat w lewatywie 4 razy dziennie, według następującego przepisu: 1—2 łyżek roboratu, 250 grm. mleka, łyżeczka miałkiego cukru, dwie szczypty soli, pół szklanki wina czerwonego, dwa żółtka i dwie krople nalewki makowca.

Sposób podawania tego przetworu jest różny: zmieszany z drobną ilością wody, jako dodatek do mleka, kakao, zupy lub do jarzyn, mniej już do bulionu, największą zaś jest zaletą roboratu, że go można piec, zmieszany bowiem z pszenną (30%) lub innymi gatunkami mąki, daje znakomite — o smaku chleba — pieczywo dla chorych na cukrzycę, znane pod nazwą chleba anamylowego (Anamylbrot) i z tego też względu zasługuje na jak największe rozpowszechnienie.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

C. E. Bloch. **Uwiąd osesków a komórki Panetha.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1904, z. 1). Sprawę uwiądu osesków jedni autorowie uważają jako następstwo przewlekłego zakażenia, będącego dalszym ciągiem zakażenia, wywołującego ostry lub przewlekły, istniejący poprzednio nieżyt kiszek, inni zaś tłómaczą ten proces zmniejszonem wchłanianiem pożywek i zanikający stan następowy osesków zaliczają do następowych objawów degeneracyjnych i zapalnych, które wywołał poprzedzający nieżyt błony śluzowej kiszek i żołądka. Lekarze francuzcy, nie znajdując żadnych zmian mikroskopowych w przewodzie pokarmowym w przebiegu uwiądu osesków, utrzymują, że kiszki osesków, zmarłych na uwiąd, są znacznie dłuższe, niż w warunkach prawidłowych, co ma być objawem cechującym. Znane są i opisywane przez Heubnera przypadki uwiądu osesków, w których przez odpowiednie leczenie dyetetyczne w krótkim czasie nastąpiło wyleczenie, a zatem w tym stanie chorobowym idzie więcej zdaniem Heubnera o zaburzenie czynnościowe, niż o zmiany anatomiczne. Badania Blocha mają na celu rozstrzygnąć, czy badaniem histologicznem można wykazać u dzieci więdniejących

powód zmniejszonego chłonienia pożywek, a tem samem wyjaśnić stan chorobowy? Do badań używał zwłoki osesków, którym bezpośrednio po śmierci ustalał jamę brzuszną zapomocą wstrzykiwania 10% formaliny, a główną metodą barwienia było podwójne barwienie metodą Ehrlich-Biondi-Heidenhaina. Autor przedstawia badania 3 przypadków, gdzie klinicznie rozpoznano: uwiąd i nieżyt przewlekły żołądka i kiszek i stwierdza, że wejrzenie zanikowe kiszek w przebiegu uwiądu osesków polega na zwyczajnem ich rozszerzeniu, a nie na swoistym zanikowym procesie, opisywanym przez francuzów jako długa kiszka, a przez Bagińskyego jako cienka ściana kiszek z zanikającą błonę śluzową. Błona śluzowa kiszek jest zupełnie prawidłową, a we wszystkich gruczołach kiszek cienkich, a nawet grubych, są liczne komórki Panetha, wypełnione cieczą pokarmową, zaś w gruczołach Lieberkühna okazują komórki gruczołowe pewne zmiany, wskazujące, że gruczoły te, jako gruczoły surowicze trawieńcowe, nie funkcyonowały. Jeżeli więc stwierdzonemby było, że gruczoły Lieberkühna, tak jak Pawłow wykazał u psów, wytwarzają u człowieka ferment, to łatwo zrozumieć można, że zmniejszone wydzielanie tego, trwające dłuższy czas, może być przyczyną zaniku. To jednakowoż jest pewnikiem, że uwiąd osesków przebiega bez głębszych zmian w przewodzie pokarmowym, a niedostateczne trawienie pokarmów, będące przyczyną tej choroby, polega nie na zniszczeniu tkanek, lecz na czynnościowych zaburzeniach tych narządów.

Dr. Bolesław Komorowski.

Wagner. **Leczenie wrzodu żołądka.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 1904, Nr. I. II). Autor sądzi, że długotrwająca ścisła dyeta, odżywianie chorego zapomocą lawatyw odżywczych jest powodem, że leczenie wrzodu żołądka tak długo się przeciąga. Już i tak wyniszczonego chorego formalnie głodzi się, przez co i zabliźnianie się wrzodu żołądka tak powolnie następuje. Stosowanie wlewań rozczynu soli kuchennej uważa wprost za szkodliwe po krwotoku żołądkowym, gdyż podnosząc parcie krwi, możemy wywołać świeże krwawienie. Sposób leczenia według autora powinien być następujący: 1) bezwzględny spokój do 4 tygodni; 2) worek z lodem na okolicę żołądka; 3) odpowiednie odżywianie chorego, przedewszystkiem pożywkami białkowatemi, aby w ten sposób usuwać nadmierną kwasotę. W czasie krwotoku podawać tylko mleko mrożone w ilości 300 grm. dziennie. Trzeciego dnia po krwotoku wolno używać mleko łyżkami i całe dwa jaja ubite, również mrożone; w ciągu 24 godzin zażyć 3 razy d. po 2 grm. bizmutu (nigdy nie wlewać cewnikiem). Zazwyczaj drugiego dnia bole ustępują. Każdego dnia autor dodaje choremu o 100 grm. mleka i o jedno jajo surowe więcej tak, że ósmego dnia chory otrzymuje w ciągu dnia 800 ctm. mleka i 8 jaj. Ósmego dnia po krwotoku podaje w kilku dawkach skrobane mięso surowe (35 grm. dziennie). Po 14 dniach kleiki i sucharki, a po 4 tygodniach mięso pieczone, lub dobrze gotowane (jarzyn żadnych). Bizmut stosuje się przez 10 dni. W drugim tygodniu po krwotoku, jeżeli potrzeba wymaga, poleca się żelazo, np. Blauda. Tak postępując w klinice prof. Lenhartza, otrzymał autor wyniki bardzo dobre i nigdy nie potrzebował uciekać się do środków kojących bole. *J. Opolski.*

Zuntz. **Wpływ chyżości, ciepłoty ciała i wprawy na przemianę materyi w spokoju i podczas pracy mięśniowej.** (*Archiv f. d. gesammte Phys.* XCV. S. 192. 1903). W przeciwstawieństwie do człowieka i konia nie wpływa widocznie chyżość u psów na stopę przemiany materyi w stosunku do jednostki przebytej drogi. Przy podwyższonej ciepłocie zużycie substancyi ustroju spoczywającego i pracującego jest zwiększone; atoli mięśnie wykonują pracę przy podwyższonej ciepłocie z temże zużyciem substancyi, co i przy ciepłocie prawidłowej. Wartość zużycia dla poszczególnych rodzajów pracy obniża się znacznie pod wpływem wprawy. Wprawa w pewnej czynności nie powoduje równego zaoszczędzenia przy innych zajęciach, w których specyalne wyćwiczenie nie ma miejsca.

Orzechowski.

Garatt. **Zmiany moczu po wysiłkach fizycznych.** (*Journal of Physiol.* XXIX. 1. Str. 9. 1903). Badanie moczu podczas pracy mięśniowej (jazda na kole) i po niej, wykonywane w krótkich odstępach czasu, wykazało, że praca wywołuje szybkie wydzielanie kwasu siarkowego (jako soli potasowej i amonowej); *maximum* wydzielania przypada o kilka godzin wcześniej, niż *maximum* wydzielania całego azotu. Kwas fosforowy wydziela się w zwiększonej ilości (w połączeniu z ziemiami alkaliów i amoniakiem). Równocześnie wzmaga się wydzielanie mocznika i podnosi się odczyn kwaśny moczu. Prawidłowy stosunek chloru do sodu nie ulega zmianie.

Orzechowski.

V. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 18 lutego.

* Szósty zeszyt dzieła »Nauka o chorobach wewnętrznych«, wydawanego przez prof. W. Jaworskiego, opuścił prasę. Zeszyt ten zawiera: »Choroby płuc« przez doc. dr. Lud. Korczyńskiego i »Choroby serca« przez prof. dr. Ant. Gluzińskiego i jest do nabycia: we Lwowie w księgarni Altenberga, w Krakowie w księgarni S. A. Krzyżanowskiego — po cenie 3 kor. Zeszyt VII wyjdzie w m. kwietniu.

* Minister oświaty zatwierdził uchwałę kolegium profesorów lwowskiego Wydziału lekarskiego, nadającą Dr. Maksymilianowi Władysławowi Hermanowi stanowisko docenta chirurgii w tamtejszym uniwersytecie.

* Następcą profesora dermatologii w Wiedniu, Dr. Neumanna, ma zostać Dr. Ernest Singer, syn prof. b. szkoły chirurgów we Lwowie, urodzony i wychowany w tem mieście.

* Wrzawa, podniesiona przez dzienniki, zniewoliła poniekąd rząd francuski do wynajęcia stosownego budynku pod zakład prof. Curie, który do tej pory mieścił się w małych, ciemnych i zimnych izbach, nie odpowiadających zupełnie swemu przeznaczeniu. Zakład prof Curie nie posiadał do tej pory etatowego szefa pracowni: minister oświaty zaproponował tę posadę Drowi chemii, pani Curie: pierwszy to jest przypadek, że stanowisko etatowe *„chef de laboratoire“* oddane zostanie kobiecie.

* Dr. Wrzosek, bibliotekarz Towarz. lekar. krakowskiego, wyraża swe podziękowanie prof. Wicherkiewiczowi za roczniki czasopism lekarskich i prof. Ciechanowskiemu za dzieła i rozprawy: ofiarodawcy przeznaczyli te dary do księgozbioru Towarz. lekarskiego krakowskiego.

* Zwyczajne Walne zgromadzenie Towarzystwa samopomocy lekarzy odbędzie się w niedzielę, dnia 28 lutego, o godzinie 10 przed południem, w sali Kopernika *(Collegium novum)*. Na porządku dziennym, obok czynności wstępnych, ma być zmiana statutu i oznaczenie stopy wkładki miesięcznej na r. 1904.

* Trudności, na jakie natrafia w Wiedniu rząd austryacki przy obsadzaniu opróżnionych katedr, objaśniły go wreszcie, że każdy poważny kandydat żądać będzie przedewszystkiem warunków do pracy naukowej, których zakłady wiedeńskie przeważnie nie posiadają. Temu uświadomieniu zdaje się przypisać należy zamiar rządu wybudowania nowego Instytutu higienicznego, który obejmie prócz tego zakład dla badania środków spożywczych, zakład seroterapeutyczny, oraz Instytut patologii ogólnej i doświadczalnej.

* Nowe czasopismo, p. t. »Centralblatt für normale und pathologische Anatomie mit Einschluss der Mikrotechnik«, poczęło wychodzić od stycznia bież. roku pod redakcyą prof. Krausego i Dr. Mosse z Berlina. Nakładcą jest firma Urban i Schwarzenberg.

* III Kongres niemieckiego Towarzystwa chirurgii ortopedycznej rozpocznie się w Berlinie d. 5 kwietnia b. r. — Zbiorowy referat na temat »Patologia i terapia przykurczeń stawowych« wygłoszą profesorowie: Mikulicz, Ludloff i Gocht.

* W żadnem państwie nie zdarza się tyle przypadków uduszenia osesków przez rozespane matki lub mamki, ile ich bywa w Anglii. W r. 1900 stwierdzono urzędownie 1774 takich uduszeń, chociaż liczba ta stanowczo nie obejmuje wszystkich przypadków, gdyż najczęściej matki, a zwłaszcza mamki, starają się ukryć istotną przyczynę śmierci dziecka. Przyczyny tych nieszczęśliwych wypadków należy szukać w rozpowszechnionem opilstwie kobiet w Anglii.

* Między 2 a 8 b. m. doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), podhajeckim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), trembowelskim (4 gm.), turczańskim (1 gm.), zaleszczyckim (2 gm.), złoczowskim (2 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Na posadę po zmarłym psychiatrze berlińskim, prof. Jolly, powołany został prof. Ziehen. Profesorem paryskiej kliniki chirurgicznej, w miejsce prof. Duplaya, mianowany został Dr. Berger.

Nekrologia. Dr. Cezary Okołów, lat 63, zmarł w gub. mińskiej. Dr. Wincenty Tyszkiewicz, poprzednio lekarz praktykujący

w Zakopanem, a w ostatnim czasie w Cieszynie, o którego zniknięciu w d. 26 września z. r. doniosły dzienniki, został pogrzebany d. 10 b. m. w Cieszynie. Zwłoki znaleziono w leśnej gęstwinie, należącej do wsi Stanisławice pod Cieszynem. Dr. Bernard Szancer, zmarł d. 13 b. m. w Warszawie, licząc lat 65

Bibliografia:

— *Zdrowie* Z. 2. Mesz: Jak powinny być urządzone stacye klimatyczne dla chorych piersiowych. Wesołowski: Morfologia i biologia lasecznika gruźliczego.

— *Kronika lekarska* Z. 3. Niedzielski: Amputacya międzyłopatkowo-piersiowa (c. d.). Andrzejewski: Krwotoczność zimnicza oraz o krwotokach i krwawieniach zimniczych (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 6. Pruszyński: Ś. p. Władysław Turczynowicz-Wyżnikiewicz (Wspomnienie pośmiertne). Dmochowski: Przypadek nagłej śmierci z zatoru powietrznego skutkiem uszkodzenia żył kostnych. Serkowski i Maybaum: Materyały do etyologii i statystyki raka (c. d.). Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomopatologicznych skóry w *herpes progenitalis* (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 6. Goldflam: Przyczynek do patologii odruchów na dolnych kończynach ze szczególnem uwzględnieniem odruchu Babińskiego (c. d.). Wołyński: Przyczynek do leczenia płonicy surowicą przeciwpłoniczą.

— *Głos lekarzy* Nr. 4.: Stosunek lekarzy rządowych i wojskowych do Izb lekarskich. — Ordynacya dla lekarzy (c. d.). — Ambulatorya bezpłatne (c. d.). — Opinie Izb lekarskich w sprawie tytułu specyalisty. — Opinia śląskiej Izby lekarskiej. — Reforma szpitalnictwa krajowego (dok.). — Z debat sejmowych w sprawach sanitarnych. — Mowa posła W. W. Czaykowskiego wygłoszona w Sejmie dnia 24/X 1903. — Towarzystwo samopomocy lekarzy. — Nasz konkurs literacki. — Hakatyzm a wolny wybór lekarzy. — Partactwo lecznicze a § 343 u. k. — Sprawa ubezpieczenia lekarzy. — W sprawie tłumienia epidemij. — Kilka listów. — Odcinek.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 6. Čiže: Výsledky při léčeni aktinomykosy. Studnička: O některých pseudostrukturach základni hmoty v hyalinni chrupavce (dok.). Mladějovský: Diabetes (dok.).

— *La Presse médicale* N. 10. Tuffier: Promienie Roentgena a leczenie raka. Béclère: Dozowanie w radioterapii. Postępowanie i przyrządy.

N. 11. Ardin-Delteil i Rimbaud: Pneumotyfoid a prątek okrężnicowy. Martinet: Jak należy polecać antypirynę.

— *Berliner klin. Wochenschrift* N. 6. Fibiger i Jensen: Przenoszenie się gruźlicy na bydło. Meyer: Przyczynek do leczenia lekarstwianego rwy nerwowej i mięśniowej. Alexander: Przypadek porażenia mięśnia zwrotnego u chorego na zwężenie ujścia żylnego. Siewert: Przypadek rozstrzeni oskrzelowej u chorego z odwrotnem położeniem trzew.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 6. Kreibich: O odruchu skórnym. Türk: Przyczynek do poznania obrazu objawów: policytemia z obrzękiem śledziony i »sinicą«. Schopf: Kiedy należy odjąć zranioną kończynę? Landsteiner: Mięsak woreczka żółciowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 6. Bier: O kilku ulepszeniach przyrządów, służących do przekrwień. Starck: Sprawozdanie o rozpoznawaniu ezofagoskopijnem. Steiner: Przypadek jednoczesnego współruchu zgłębnika z ruchami oddechowymi przy raku przełyku. Schiele: Cewnik żołądkowy na stałe w zwężeniu przełyku. Labhardt: Powikłanie ciąży z zapaleniem okątniczem. Raecke: Zachowanie się mowy w stanach padaczkowego zamroczenia. Prettin i Leibkind: Czy można wywołać rozedmę płuc przy wydymaniu szkła w fabrykach? Reiss: O wielorakości tasiemca strzałkowatego. Knoppel: Nowy przyrząd do aspiracyi i wdmuchiwań. Weichardt: Nowoczesne pojęcia o drgawkach. Müller: Sztuczna niedokrewność (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 7. Bendix: Przemienne stosunki między czynnością skóry a nerek. Rosenthal: Toksyna czerwonki. Hellwig: Leczenie surowicze tężca. Kolbe: Jałowe przechowanie cewników wiotkich i półwiotkich. Hoffmann: Znikanie stłumienia wątroby w następstwie nieprawidłowego położenia jelita grubego (dok.).

Redakcya otrzymała. Popielski: 1) O srawnitielnych kaczestwach biskwit i galet. 2) Wkus i potrebnosti organizma. Bogdanik: Kriminelle Fruchtabtreibung mit Uterusperforation. Reiss: Ueber atrophische Formen des Lichen planus.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 6 (od 7/II do 13/II) **urodziło** się dzieci: żywo: chł. 22, dz. 28; nieżywo: chł. 1, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 12, kob. 15; zamiejscowych: męż. 20, kob. 18.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 8, ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 8, ob. 5 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 4. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. 1. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 6. 21) nowotwory: miej. —, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 4, ob. 9. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 27. obcych 38.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 24 lutego, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej profesora Szajnochy,* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Wachholz mówić będzie: „O pożarach teatrów ze stanowiska sądowo-lekarskiego."

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L. 213.

Konkurs.

Wydział powiatowy w Sanoku rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w mieście Jaśliska, z płacą roczną w kwocie 1400 kor. i ryczałtem na służbowe podróże w kwocie 800 koron rocznie.

Okręg sanitarny Jaślisk obejmuje 18 gmin, a mianowicie: Jaśliska, Posada jaśliska, Dalejowa, Szklary, Królik polski, Królik wołoski, Kamionka, Zawadka rymanowska, Bałucianka, Lipowiec, Czeremcha, Wola niżna, Wola wyżna, Rudawka jaśliska, Jasiel, Surowica, Polany surowiczne, Moszczaniec — z ludnością 9.600 głów i obszarem 213.9 klm².

Podania o tę posadę należy wnieść do Wydziału powiatowego w Sanoku w terminie dni 30-tu zaopatrzone w świadectwa:

1. dostatecznej fizycznej zdatności, stwierdzonej przez c. k. lekarza powiatowego;
2. że petent posiada prawo obywatelstwa austryackiego;
3. dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
4. nieskazitelnego charakteru;
5. znajomości języków krajowych;
6. świadectwo praktyki przynajmniej dwuletniej w zawodzie lekarskim.

Lekarz okręgowy w Jaśliskach ma obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Z Wydziału Rady powiatowej. 149

W Sanoku dnia 6 lutego 1904.

Wydział krajowy
L. 13894.

Konkurs

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza w szpitalu powszechnym w Stryju.

Kandydaci powinni najpóźniej do dnia 1 marca 1904 wnieść podanie do Wydziału krajowego z dołączeniem:

a) metryki urodzenia na dowód, że kandydat nie przekroczył 40 r. życia:

b) dowody obywatelstwa austryackiego;

c) dyplomu doktora wszech nauk lekarskich na jednym z uniwersytetów Monarchii austryackiej, upoważniającego go do wykonywania praktyki lekarskiej.

Do posady tej jest przywiązaną płaca o rocznych 1000 Koron. 135

Lwów dnia 5 lutego 1504.

L. 193.

Konkurs.

Wydział Rady powiatowej w Drohobyczu rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Medenicach z roczną płacą w kwocie 1200 kor. i ryczałtem na objazdy w kwocie 640 koron rocznie.

Do objazdu tego należy 20 gmin z ludnością 24.470.

Lekarz okręgowy w Medenicach nie ma obowiązku utrzymywać apteki domowej.

Kandydaci wykazać się mają:

1. obywatelstwem austryackiem;
2. dyplomem doktora wszech nauk lekarskich;
3. świadectwem zdrowia przez c. k. lekarza powiatowego wydanem, lub przez niego potwierdzonem;
4. świadectwem moralności;
5. znajomością języków krajowych;
6. najmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim — a otrzymujący tę posadę stosować się winien ściśle do instrukcyi służbowej zamieszczonej pod Nr. 83 w części XXII dz. ust. kraj.

Pierwszeństwo mają kandydaci posiadający dwuletnią praktykę szpitalną lub egzamin fizykacki.

Termin do wnoszenia podań, które do Wydziału powiatowego w Drohobyczu wnosić należy — upływa z dniem 15 marca 1904 r. 148

Z Wydziału powiatowego.

W Drohobyczu dnia 30 stycznia 1904 r.

Ks. Serwacki wr.

Rok XLIII. Kraków 27 Lutego 1904. Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Krótki pogląd na obecny stan techniki chirurgicznej w Stanach Zjednoczonych Ameryki na podstawie własnych spostrzeżeń[1]).

Podał

Dr. Roman Barącz

Docent chirurgii Uniwersytetu lwowskiego.

Jednym z najważniejszych czynników postępu nowoczesnej chirurgii jest udoskonalona technika operacyjna. Jeżeli w Europie w ostatnim lat dziesiątku osiągnęła ona wysoki stopień rozwoju, to w bijącej gorączkowem tętnem Ameryce dąży ona do udoskonalenia daleko jeszcze szybszym krokiem. Na tem miejscu pozwalam sobie zdać sprawę ze swoich spostrzeżeń, które miałem sposobność poczynić w mojej podróży ubiegłej zimy po Stanach Zjednoczonych, w dwóch największych tamtejszych ogniskach nauk lekarskich, t. j. w Nowym Yorku i Chicago.

Przedewszystkiem muszę podnieść na wstępie, że urządzenia szpitalne nietylko nie ustępują europejskim, ale o wiele je przewyższają. Szpitale, fundowane przeważnie wspaniałomyślnymi datkami pojedynczych obywateli, przeważnie bogatych przemysłowców, utrzymywane bywają prawie w połowie z funduszów, przez nich przeznaczonych na utrzymanie; w drugiej połowie zaś przez chorych płacących. W Ameryce operacyi prywatnych nie wykonywa się w pomieszkaniach chorych, ale każdy, nawet najbogatszy amerykanin po zasięgnięciu porady u chirurga wstępuje do szpitala, w którym ten jest ordynaryuszem. Każdy większy szpital ma 4, a nawet 6 chirurgów, również tylu ginekologów i internistów. Chirurdzy operują swoich prywatnych chorych, w osobnych ku temu celowi zbudowanych i urządzonych salach operacyjnych. Z większymi szpitalami zazwyczaj jest połączona szkoła lekarska lub uniwersytet, a szpital jest wtedy oficyną uniwersytetu. Chirurdzy szpitalni zazwyczaj bywają profesorami danego uniwersytetu. Np. w Nowym Yorku wspaniały i urządzony według wszelkich wymagań nowoczesnych Roosevelt Hospital jest zarazem szkołą lekarską t. zw. „Columbia University“, w której wykładają chirurdzy tej miary co: Robert Weir, L. Stimson; „Mercy Hospital“ w Chicago jest szkołą lekarską North Western University, w którym zaszczytnie znany chirurg I. B. Murphy jest profesorem chirurgii.

Aseptyka. Dzięki lepszym urządzeniom szpitalnym, użyciu prawie wyłącznie szkła, żelaza, a nawet białego marmuru jako ścian i materyału na drzwi w salach operacyjnych, dzięki nadzwyczaj inteligentnym dozorczyniom szpitalnym[2]), które po 3 latach szkoły i zdaniu egzaminu dopiero bywają użyte do usługi i asystowania przy operacyach, dalej obfitości wody wyjałowionej gorącej i zimnej, aseptyka w ścisłem tego słowach znaczeniu jest lepiej przeprowadzona w Ameryce, aniżeli w Europie.

Antyseptyka rąk jest przeprowadzona nadzwyczaj skrupulatnie. Podnieść tu muszę sposób odkażania rąk, wprowadzony przez Roberta F. Weira[3]), a przyjęty ogólnie tak przez chirurgów nowojorskich, jak i w innych miastach północnej Ameryki. Jestto zużytkowanie własności przeciwgnilnych chloru *in statu nascendi*. Już doświadczenia Kümmela, przedsiębrane z wodą chlorową w roku 1885, wykazały wysokie własności antyseptyczne chloru. P. Rauschenberger, aptekarz „szpitala Roosevelt“, polecił pierwszy mieszaninę podchlorynu wapna, czyli sprzedażnego chlorku wapna ($CaCl_2O$) i zwykłego węglanu sodowego, czyli sprzedażnej sody (Na_2CO_3), która przy małym dodatku wody wywiązuje wolny chlor, zmydla i rozpuszcza tłuszcz i naskórek. Działanie chemiczne nie jest jeszcze dokładnie wyjaśnionem, jednak jest rzeczą stwierdzoną, że wytwarza się przy tem podchloryn sodowy w stanie płynnym, zwany pod nazwą płynu Labarraquea. Sposób użycia jest bardzo prosty. Na jednej miseczce kładzie się garść zwykłego chlorku wapna, na drugiej parę kawałków zwykłej sody, mniej więcej na cal grubych, a $1/2$ cala szerokich. Po dokładnem mechanicznem oczyszczeniu rąk zapomocą szarego mydła, wody ciepłej i szczotki, bierze się na dłoń około łyżkę stołową chlorku wapna i kryształ sody. Po dodaniu odrobiny wody rozciera się kryształem sody chlorek wapna; przez to tworzy się na ręce gęsta pasta, kryształ sody zmniejsza się, ręka doznaje z początku uczucia ciepła, a później chłodu. Wcieranie trwa od 3—5 minut. Ręce opłókuje się wodą jałową, poczem stają się nadzwyczaj gładkie i czuć je chlorem. Woń chloru daje się usunąć z rąk przez obmycie je 1—5% jałowym roczynem wody amonowej *(aqua ammoniae)*. Ręce można w ten sposób odkażać 3—4 razy dziennie bez widocznych szkodliwych następstw dla skóry.

Sposób ten odkażania rąk okazał się nietylko klini-

[1]) Podług wykładów wygłoszonych na XIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie dnia 15 lipca 1903 i w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem dnia 13 listopada 1903.

[2]) Przy każdym większym szpitalu jest urządzona szkoła dozorczyń szpitalnych (*the training school for nurses*). Na takie bywają przyjmowane młode inteligentne kobiety w wieku lat 25—35, które mogą się wykazać odpowiedniem wykształceniem. Prócz wskazówek przy łóżku chorego, lekarze szpitalni dają im odpowiednie kursa z demonstracyami. Po odbyciu 3-letnich studyów i zdaniu egzaminu otrzymują dyplomy, jako egzaminowane dozorczynie chorych.

[3]) Por. *Medical Record 1897, April 3.*

cznie najlepszym, ale i próby bakteryologiczne w porównaniu z innymi sposobami odkażania rąk (sposób Fürbringera, odkażanie sublimatem) dały najlepsze wyniki. Na 42 doświadczeń, w 40-tu okazały się ręce zupełnie jałowe, zatem zupełna aseptyka daje się osiągnąć w 95% przypadków przy użyciu tego sposobu.

Amerykanie operują pomimo bardzo dokładnego odkażania rąk prawie zawsze w cienkich wygotowanych lub w parze wyjałowionych rękawiczkach gumowych, wprowadzonych przez Mc. Burneya i twierdzą, że od czasu ogólnego wprowadzenia tych rękawiczek znacznie zmniejszyła się liczba przypadkowych ropień po operacyach. Wyjaławianie opatrunków, materyału do podwiązek i narzędzi odbywa się w podobny sposób, co u nas. Katgut wyjaławiają po największej części sposobem Elsberga (wygotowanie w wysyconym rozczynie siarkanu amonowego przez $^1/_2$ godziny, stwardzenie w absolutnym wyskoku i przechowanie w olejku jałowcowym). W ostatnich czasach używa N. Senn (Chicago) z bardzo dobrym skutkiem katgutu jodowego. Katgutu tego nie sporządza on sposobem Blocha, opisanym niedawno przez M. Claudiusa[4]), tylko w sposób następujący: najpierw wyjaławia się go znanym sposobem Hofmeistera, następnie nie przechowuje go w czystym wyskoku sublimatowym, tylko w następującym rozczynie: *alcohol. absol. 950, glycerini 50, jodoformii 100.* Wyskok rozpuszcza jod, który przenika katgut, przez co staje się podobnym do katgutu jodowego, sporządzonego sposobem Blocha, b. silnym i aseptycznym.

Bardzo rozpowszechnionym materyałem do szwów powierzchownych, tak przy operacyach plastycznych, jak i przy laparotomiach, jest t. zw. silkwormgut (*crine de Florence*). Jestto materyał nadzwyczajnie mocny, mający tę tylko wadę, że jest za mało podatny (zbyt sztywny).

Gazy używają Amerykanie prawie wyłącznie bez dodatków przetworów przeciwgnilnych, tylko wyjałowionej. Jako znakomity środek zastępczy jodoformu, dający się bez szkody na sucho wyjaławiać, nie mający nieprzyjemnej woni, bardzo antyseptyczny i wysuszający, a zarazem pobudzający tworzenie się zdrowej ziarniny, poleca Murphy tlenojodek bizmutu (*bismuthum subjodatum*, BiOJ). Przetwór ten na podstawie własnego doświadczenia mogę bardzo polecić.

Ponieważ skóra brzucha bardzo trudno daje się zupełnie wyjałowić, używa Murphy często przy laparotomiach specyalnie spreparowanego i wyjałowionego przylepca: *Murphy adhesive rubberdam.* Jestto przylepiec gutaperkowy, który w odpowiednim kawałku przylepia się przed laparotomią na powłoki brzuszne. Przez ten przylepiec prowadzi się przedtem obmyślane cięcie powłok brzusznych, a po wykonaniu usuwa się go. Przy cholecystostomii lub otwarciu ropni brzusznych pozostawia się go po operacyi w celu zapobieżeniu wypryskom, wywołanym wydzieliną.

Zamiast zwyczajnych drenów lub w miejsce tamponów z gazy używają chirurdzy amerykańscy t. zw. *cigarette drains.* Pasma gazy chłonącej wilgoć różnej długości owija się cienką warstwą papieru gutaperkowego i wyjaławia w parze wodnej. W ten sposób przyrządzone sączki (dreny) wprowadza się do rany. Sączki te mają podwójną korzyść: 1. bardzo łatwo i bez bólu dają się wyjąć z rany; 2. łączy się w ten sposób sączkowanie za pomocą rurki z sączkowaniem włosowatem gazy chłonącej wilgoć. Sączki te wydały mi się bardzo praktyczne.

Formalina bywa używaną przez chirurgów amerykańskich, jako środek przeciwgnilny w trojakim celu: 1. ginekolodzy używają jej w rozczynie 1‰ do przestrzykiwania części rodnych; 2. Murphy używa jej jako domieszki 2% do zawiesiny jodoformu z gliceryną w celu wzmocnienia działania przy wstrzykiwaniach w stawy gruźlicze; 3. wreszcie Barrows w Nowym Yorku użył jej podczas mojego pobytu w Ameryce, wrzekomo z dobrym skutkiem, do desinfekcyi krwi przez wstrzykiwania śródżylne w rozczynie 1 : 5000 w kilku przypadkach zakażenia połogowego[5]).

(Nawiasowo nadmienić muszę, że po powrocie moim z Ameryki stosuję wstrzykiwania zawiesiny jodoformowej w glicerynie z 2% dodatkiem formaliny w zapaleniach gruźliczych stawów, bez żadnych niekorzystnych następstw; o wynikach i korzyściach tej modyfikacyi jeszcze zdać sprawy nie mogę dla zbyt krótkich obserwacyi tych przypadków. Wstrzykiwania śródżylne formaliny w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej stosowałem również wspólnie z kol. Arnol em na jego oddziale chorób zakaźnych szpitala powszechnego we Lwowie w ciężkim przypadku zapalenia opon na podstawie mózgu bez najmniejszego wpływu na przebieg choroby; przypadek zakończył się zejściem śmiertelnem. Również w przypadku duru brzusznego nie uważaliśmy żadnego dodatniego skutku po wstrzykiwaniach śródżylnych formaliny).

Znieczulanie chorych. Do uśpień używano przeważnie chloroformu, posługując się metodą podawania go kroplami na masce Esmarcha. Ginekolodzy w tym celu używają przeważnie eteru, albo łączą tlenek azotu (gaz rozweselający) z eterem (rozpoczynają usypianie tlenkiem azotu, a kończą eterem). Bardzo praktycznemi do krótkotrwałych operacyi u dzieci okazały mi się znieczulenia, wywołane przez nalanie naraz małej ilości (około 10,0—15,0) eteru do improwizowanej maski w postaci torebki, którą się szczelnie przykłada na usta i nos. Maski te, zrobione w kształcie torebki graniastej, można łatwo sporządzać z kilku warstw papieru i serwetki lub kawałka płótna, którym obszywa się torebkę. Do maski wkłada się kawał gazy, złożonej w kilkanaście warstw i wlewa naraz 10—15 grm. eteru. Maskę nakłada się szczelnie przed usta i nos i już po kilku minutach następuje bezbolesność (analgezya) zu-

[4]) Porównaj: *Deutsche Zeitschr. für Chirurgie, Tom 64, 1902.*

[5]) Doświadczenia Barrowsa z formaliną w celu odkażania krwi przez wstrzykiwanie śródżylne należało przyjąć z wielką ostrożnością, raz z powodu działania bardzo drażniącego formaliny, powtóre dlatego, że B. nie używał wcale do rozcieńczenia formaliny fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, tylko czystej wody przekroplonej. Wiemy atoli, że woda czysta użyta do wstrzykiwań śródżylnych, rozpuszcza hemoglobinę ciałek czerwonych krwi, działa tem samem zabójczo na ustrój zwierzęcy. Doświadczenia Barrowsa powtórzył później W. Bauer *(New York med. Journal 1903 z 21 Marca)* i stwierdził niekorzystne działanie podobnych wstrzykiwań: jeden przypadek zakażenia paciorkowcowego zakończył się śmiercią chorego; w drugim podczas wstrzykiwań wystąpiła sinica i tylko bezpośredniemu wstrzyknięciu fizyologicznego rozczynu soli kuchennej również śródżylnie zawdzięcza B. ocalenie chorego. Doświadczenia, przedsięwzięte przez B. na szczurach, wykazały, że szczury, leczone wstrzykiwaniami śródżylnemi formaliny prędzej zdychały, aniżeli zwierzęta użyte do kontroli.

pełna i sen trwający kilka minut, z którego chorzy budzą się nagle, nie mając zupełnej świadomości o przebytej operacyi. Jestto znieczulenie podobne do tego, które wywołuje Sudeck: wywołanie zupełnej bezbolesności i odurzenia bez doprowadzenia do okresu podniecenia, różni się jednak od sposobu Sudecka spotrzebowaniem mniejszej ilości leku odurzającego i odcięciem zupełnem dopływu powietrza atmosferycznego.

Do znieczulań miejscowych, które wogóle rzadziej w Ameryce bywają stosowane, używają Amerykanie kokainy, eukainy *B* w rozczynie 6% i nirwaniny. Znieczulenia ogólne zapomocą wstrzykiwań kokainy lub tropakokainy w przestwory podpajęcze rdzenia zostały w Ameryce po wielokrotnych próbach prawie zupełnie zaniechane.

Natomiast rozpowszechnia się w Ameryce sposób znieczulania większych części ciała, a osobliwie kończyn, przez wstrzykiwania słabych rozczynów kokainy w pnie nerwowe (*endoneural injections*), zaopatrujących te części ciała. Jestto metoda, polecona prawie równocześnie przez R. Matasa (Nowy Orlean), Crilego (Cleveland, Ohio) i Cushinga (Baltimore, Maryland). Przez wstrzyknięcie słabych rozczynów kokainy w pnie nerwowe nie tylko znosi się czucie i władzę w kończynie, zaopatrzonej przez te pnie, ale i odruchowość nerwowa bywa zniesiona. Według Crilego znosi się przez wstrzykiwania śródnerwowe kokainy odruchy oddechowe i naczynioruchowe, a tem samem wstrząs chirurgiczny. Przez zablokowanie nerwu kokainą wstrzymuje się w nim przewodnictwo tylko na parę godzin, poczem władza i czucie powracają zupełnie; przytem nie występuje nigdy zwyrodnienie, ani też zapalenie nerwu. Według Crilego sposób ten znieczulania jest wskazany w tych przypadkach, gdzie istnieje przeciwwskazanie do ogólnego znieczulenia. Przy amputacyach kończyn dolnych wstrzykuje się kokainę w 3 główne pnie nerwowe, zaopatrujące kończynę, zatem w nerwy: skórny uda zewnętrzny, udowy i kulszowy; przy operacyach na przedramieniu, w miejscach zaopatrywanych przez nerw łokciowy, wstrzykuje się kokainę w ten nerw w miejscu jego przebiegu w rowku pomiędzy wyrostkiem łokciowym, a kłykciem wewnętrznym kości ramieniowej; przy wyłuszczaniu kończyny górnej wraz z łopatką wstrzykuje się kokainę w pojedyncze pnie, tworzące splot ramieniowy i uciska czasowo tętnicę ramieniową kleszczykami (Crile), poczem wyłuszczenie kończyny w stawie barkowym daje się wykonać bezboleśnie i bezkrwawo. Cusching zastosował tę metodę do doszczętnych operacyi przepuklin pachwinowych. Jeżeli po zakokainizowaniu skóry i przecięciu powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego brzucha wstrzyknie się kokainę w pnie nerwów: biodrowo-brzusznego, biodrowo-pachwinowego i łonowo-udowego, całe pole operacyjne jest następnie znieczulone i manipulacye na jelitach samych są mało bolesne. Cusching posługuje się przy operacyach większych wstrzykiwaniami śródnerwowemi jedynie w celu wstrzymania wstrząsu, dlatego używa ich nawet przy ogólnych znieczuleniach, przytem posługuje się zawsze eterem.

Sposób wyżej opisany znieczulania pni nerwowych musi być wypróbowanym na znaczniejszym materyale, zanim będzie można wydać sąd stanowczy o jego wartości. W każdym razie już samo zabezpieczenie się przed wstrząsem przy zabiegach znaczniejszych na kończynach, osobliwie u osób wyniszczonych, zachęca do podjęcia dalszych prób. Na przeszkodzie rozpowszechnieniu tego sposobu znieczulania będzie w każdym razie dość trudna technika operacyjna; należałoby się też przekonać, czy sposób ten nie pozostawi po sobie jakich niekorzystnych następstw na układzie nerwowym! (C. d. n.)

II. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Pawłowa w Petersburgu.

Próby szczepienia kiły na prosiętach.

Podał
Z. Sowiński
Dr medycyny.

Już w odległych czasach, kiedy nie miano dokładnego pojęcia o istocie kiły, wrzodzie twardym i zapaleniu cewki moczowej, jako o cierpieniach samoistnych i kiedy cała treść nauki o tych chorobach stanowiła labirynt poplątanych i oderwanych pojęć, już wtedy — powtarzamy — zaciekawiało lekarzy pytanie, o ile wogóle zwierzęta ulegają zakażeniu wenerycznemu. Chociaż z jednej strony jest rzeczą widoczną, iż sprawa przez nas poruszona była opracowywaną w ciągu paru stuleci i zdawało się, że powinna by się opierać na pewnych już podstawach, to jednak z drugiej strony ciągłe wznawianie jej w różnych zakątkach świata lekarskiego, dowodzi samo przez się, iż kwestya ta, jeżeli nie została już rozstrzygniętą w sensie ujemnym, to przynajmniej po dziś dzień zostaje nierozwiązaną. Jak wiadomo, koniec wieku XV zaznaczył się rozwojem w Europie najcięższej epidemii kiły, która robiła wrażenie tak strasznej choroby nagminnej, jakiej nie widziano ani przedtem, ani potem nigdy. Ponieważ choroba ta grasowała najbardziej wśród żołnierzy francuskich, będących podówczas we Włoszech, więc zaczęto szukać przyczyny w sposobie ich życia. Okazało się, iż moralność armii francuskiej znajdowała się na nader nizkim szczeblu i Francuzi, w braku kobiet, uciekali się do stosunków płciowych ze zwierzętami, a mianowicie z klaczami, skąd staje się jasnem, dlaczego w nauce w ciągu tylu wieków panował pogląd, iż kiła dostała się ludziom od koni.

Jak w arytmetyce ma znaczenie próba, tak w medycynie doświadczenie. Chociaż do tego ostatniego uciekano się prawie od stu lat, jednak z żalem wyznać musimy, iż w sprawie wyjaśnienia wrażliwości zwierząt na zarazek kiłowy stoimy w tem samem miejscu, co nasi poprzednicy dawno minionych czasów.

Cały świat lekarski pamięta badania Ricorda, który dzięki doświadczeniom swym mógł wyróżnić pojedyncze postacie chorób wenerycznych i zniszczyć sieć pajęczą, rozciągniętą na teoryach tych cierpień. Doświadczenia nad gonokokami dowiodły, iż ustrój zwierzęcy przedstawia pod każdym względem glebę, nieodpowiednią dla ich rozwoju. Chociaż drobnoustrój ten nie tak szybko zostaje pochłanianym przez białe ciałka krwi i nie tak szybko ginie w ustroju zwierzęcym, jednak dowiedzionem zostało, iż ginie on i nie rozmnaża się.

Widocznie nie znajdują tu gonokoki warunków dla

swego rozwoju; lecz na czem polega ta wyjątkowa właściwość w stosunku do ustroju zwierzęcego lub osobliwa, że tak powiem, skłonność do błony śluzowej człowieka, nie wiemy, pomimo iż tutaj mamy możność pracować nad samą przyczyną, wywołującą chorobę, a nie iść poomacku, jak to się dzieje w doświadczeniach nad kiłą. W szczęśliwszych warunkach znajduje się sprawa wrzodu miękkiego, zbadanego we wszystkich warunkach, nie wyłączając drogi doświadczalnej, która dała wyniki zupełnie dodatnie przy szczepieniu czystej hodowli. Jedyna tylko teorya kiły do dziś dnia nie może uwolnić się od przygniatających ją objęć empiryzmu. Wielokrotnie udawało się znajdować istotną przyczynę kiły, jak również niejednokrotnie udawały się szczepienia tego zarazka zwierzętom, — a pomimo to wszystko możemy jeden tylko wyprowadzić wniosek: kiła jest chorobą, właściwą jedynie ludzkiemu ustrojowi, a zarazek stanowi dla nas *terram incognitam*.

Oto dla czego sprawa szczepienia kiły na zwierzętach, chociaż stara, zawsze jednak będzie nową i palącą, będzie zajmować lekarzy, póki nareszcie nie będzie wynaleziona istotna przyczyna tej plagi ludzkości. Pomimo mnóstwa badań bakteryologicznych otrzymano jedynie wyniki ujemne; nic więc dziwnego, iż lekarze wobec takich wyników uciekali się coraz do nowych zwierząt, jak psy, koty, króliki, świnki morskie, kozy, cielęta, owce, małpy, salamandry, kury, gołębie i wreszcie świnie.

Na dowód przytoczę krótki zarys piśmiennictwa prób szczepienia kiły na zwierzętach. Naturalnie, iż nie będę dotykał tych czasów przedhistorycznych, kiedy to teorye o powstawaniu chorób narządów płciowych bujały w sferze wyobrażeń, kiedy w osnowie czynników przyczynowych nawet luminarze ówczesnej medycyny nie wahali się kłaść rozpusty lub kary bogów. A było to bodaj, czy nie w drugiej jeszcze połowie ubiegłego stulecia.

Ricord*) robił najróżniejsze doświadczenia, ale badania te są powszechnie znane, więc wspomnę tylko, iż pod względem szczepienia kiły na zwierzętach otrzymał on wyniki ujemne. Ricord szczepił nacieczenia kiłowe i wydzieliny na psach, kotach, świnkach indyjskich, królikach i gołębiach. Wkrótce po nim Davasse[1]) opisał swe doświadczenia (o wynikach ujemnych) na dwóch świniach, jednym psie i małpie, którym szczepił ropę z trzech różnych wrzodów twardych. Sperino[2]) szczepił wrzód twardy koniowi i otrzymał w miejscu szczepienia stwardnienie, które rozeszło się po 20 dniach. Maunoury[3]) po całym szeregu prób ze szczepieniem dochodzi do wniosku, że ani przy użyciu wydzieliny kiłowej, ani stwardnienia pierwotnego nie można otrzymać na zwierzętach wyników dodatnich. Puche[4]) w notatce swej wspomina o dużej liczbie szczepień kiły, wykonanych na królikach, kotach, świnkach indyjskich, kurach i t. d., ale ani razu nie mógł dopatrzeć się wyników dodatnich. Hertwig[5]) czynił doświadczenia ze szczepieniem na zwierzętach kiły, wziętej od osób płci obojga, które nie przechodziły leczenia swoistego.

Do doświadczeń Hertwig używał koni, kóz, świń, psów i królików; zauważył on zaledwie nieznaczny stan zapalny w miejscach szczepienia jadu i to przemijający po kilku dniach bez śladu. Basset[6]) ani razu nie otrzymał wyników dodatnich, pomimo to, iż, jak powiada, przeprowadził mnóstwo badań. Depaul[7]) robił doświadczenia na kurczętach, ale otrzymał wyniki ujemne. W tym samym roku A. Fournier[8]) ogłosił sześć doświadczeń na kurczętach z wynikiem ujemnym. Amilcare Bicordi i Felice Dell' Acona[9]) robili znaczną liczbę doświadczeń ze szczepieniem, ale z wynikiem także ujemnym. Legros[10]) po kilku szczepieniach nieudanych na psach i szczurach zapewnia, iż na świniach indyjskich otrzymał objawy miejscowe kiły, a raz nawet i ogólne. Lancereaux wyraża się sceptycznie o tych wynikach. Bradley[11]) używał do swych doświadczeń małp, młodych kotów i świń gwinejskich, którym szczepił wydzielinę kiłową. Większa część doświadczeń dała wyniki ujemne, tylko w dwóch (na świni gwinejskiej i jednym kocie) w 2- 3 tygodni po szczepieniu spostrzegał autor miejscowe stwardnienia. Świnia padła w miesiąc potem, a kota zabito w końcu 8-go tygodnia i na sekcyi znaleziono kilaki w nerkach i wątrobie. Zjawisk ogólnych autor nie spostrzegał. Klebs[12]) używał do doświadczeń różnych zwierząt: psów, królików, świń, kóz i małp. Na psach, kozach i królikach spostrzegał po szczepieniu zmiany w narządach wewnętrznych, które wedle jego zdania miały wielkie podobieństwo do zmian kiłowych. Jednej małpie autor wprowadził pod skórę brzucha i pod skórę wewnętrznej powierzchni łapy lewej kawałek twardziny kiłowej. W siódmym tygodniu zaczęła się pojawiać w różnych miejscach wysypka guzkowa. Zjawieniu się wysypki towarzyszyło podniesienie ciepłoty, dreszcze i rozwolnienie, oraz brak łaknienia. Po 20 tygodniach od chwili szczepienia zrobiono sekcyę, która dała jednak wyniki ujemne w sensie zakażenia kiłowego. Pomimo to autor uważał ten przypadek szczepienia kiły na małpach za dodatni. Ale, jak wiadomo, Pick na międzynarodowym Zjeździe w Kopenhadze obalił (w r. 1884) przypuszczenia Klebsa, dowiódł bowiem, że wysypkę opisaną przez niego należy uważać za ospę (variola), a nie za kiłową, tembardziej, iż w owym czasie grasowała w mieście Pradze epidemia ospy, której uległa nawet rodzina samego Klebsa. Haensell[13]) wstrzykiwał rozpadające się kilaki do przedniej komory oka. Jedno z jego doświadczeń polegało na tem, iż wziąwszy treść kilaka od pewnej chorej, wstrzyknął ją strzykawką Pravaza do przedniej komory obydwu oczu królika, drugiemu zaś królikowi tylko do oka prawego, a trzeciemu w miąższ rogówki. Pierwszy królik padł po 19 dniach, ale objawów kiły nie znaleziono; u dwóch pozostałych stwierdził autor tylko groźne objawy zapalne w miejscu szczepienia. Dalej wstrzykiwał autor dwom królikom do przedniej komory oczu lepieże. Po trzech miesiącach na sekcyi znaleziono w wątrobie guzy, które pod względem swej budowy były bardzo podobne do gruzełków. Szóstemu królikowi autor wprowadził do przedniej komory kawałek niezropiałej twardziny kiłowej Na 32 dzień spostrzegał autor objawy, spotykane w kiłowem zapaleniu tęczówki u ludzi. Po czterech miesiącach na sekcyi nie znaleziono nic nieprawidłowego w narządach wewnętrznych. Ostatnie wreszcie doświadczenie polegało na tem, iż królikowi do przedniej komory oka wstrzyknięto treść kiłowej krosty, lecz prócz objawów zapalenia tęczówki nic więcej nie spostrzeżono.

W tym czasie zaczęła rozwijać się nauka o niższych ustrojach. Lekarze, zdziwieni wynikami prac Pasteura, zaczęli poszukiwać drobnoustrojów we wszystkich chorobach zakaźnych wogóle, a kile w szczególności. Klebs, a za nim Aufrecht, opisali drobnoustrój kiły, znaleziony przez nich we krwi lub płynie surowiczym, wypływającym z przerosłych pęcherzyków kiłowych po ich nacięciu. W równej mierze pracowano usilnie nad tą sprawą i we Francyi.

Tak np. Martineau i Hamonie[14] w roku 1892 opisują swój laseczniк kiły, z którym przeprowadzili nawet szereg doświadczeń. Nie będę opisywał sposobu, w jaki autorowie ci otrzymali swój drobnoustrój, ale wspomnę o tym fakcie, że hodowlę swą zaszczepili prosięciu samcowi pięciomiesięcznemu do tkanki podskórnej w okolicy dołu biodrowego. Dnia następnego znaleźli 7—8 pęcherzyków wiel-

*) Ricord. Leçons sur le chancre. Rédigées et publiées par Fournier. Paris 1860. II ed. p. 114.

kości ziarnka prosa. Po kilku dniach wystąpiły nowe pęcherzyki na plecach. W głębi prącia zauważono twarde bolesne obrzmienia, wielkości laskowego orzecha. W fałdach płciowych trzy niewielkie twarde i bolesne guzki. Dalej szczepili wspomniani autorowie na młodem prosięciu wydzielinę wrzodu twardego. Chcąc uniknąć zarzutu, że być może mieli do czynienia nie z wrzodem twardym, lecz miękkim, zrobili chorej, która była przedmiotem badania, autoinokulacyę na wewnętrznej powierzchni biodra, ale wynik był ujemny. Samo szczepienie na zwierzęciu odbywało się igłą szczepienną w skórę prącia prosięcia. Po czterech dniach przy badaniu drobnowidowem świeżo wypuszczonej krwi z żyły brzusznej prosięcia autorzy znajdowali wspomniany laseczniki kiły. Na dziewiąty dzień notują oni stwardnienie w miejscu szczepienia o wejrzeniu pergaminu, a jeszcze po sześciu dniach znaleźli na skórze brzucha kilka niewielkich różowawych plamek, które zupełnie przypominały pęcherzyki u pierwszego prosięcia. Wysypka stawała się coraz obfitszą, a miejsce przez nią zajmowane coraz rozleglejszem.

W dwa miesiące po szczepieniu plamki zniknęły zupełnie, a wraz z niemi i inne objawy, o których wspominają autorzy. Z pomocą hodowli, otrzymanych z tego prosięcia, zrobili oni jeszcze dwa szczepienia pod skórę: jedno trzymiesięcznemu prosięciu w okolicę dołu biodrowego, drugie młodemu koźlęciu, ale badania te dały wynik ujemny pod każdym względem. Ostatnie doświadczenie autorów tyczyło się małpy, której zastrzyknięto również pod skórę dołu biodrowego hodowlę laseczników, znalezionych u pierwszego prosięcia. Sądząc z opisu samej hodowli, nie była ona zupełnie czystą: były tam i mikro- i diplokokki; doświadczenie wyników nie dało W trzy miesiące po ostatniem szczepieniu próbowali autorowie jeszcze raz zaszczepić małpie wydzielinę kiłową z wargi małej kobiety, chorej na kiłę. Na 28 dzień wystąpiły w miejscu szczepienia dwa wrzody twarde, następnie wieloogniskowe zajęcie gruczołów chłonnych, a na 55 dzień pojawiła się plamista osutka kiłowa. Po 19 dniach osutka znikła. W 10 miesiącu powstało owrzodzenie kiłowe na podniebieniu, a w 13 miesiącu plamki kiłowe na prawej stronie moszny. W 14 miesiącu pokazała się znowu osutka, po której w ciągu roku prawie nie spostrzegano żadnych objawów skórnych.

Rebatel i Blanc[15]) oprócz doświadczeń ze szczepieniem wydzieliny rzeżączkowej i wrzodu miękkiego próbowali szczepić kiłę na młodej suce; drugiemu psu wprowadzili do żyły szyjnej 150 grm. odwłóknionej krwi chorego z objawami wtórnymi. W obydwóch przypadkach autorowie ci otrzymali wynik ujemny. Sigmund[16]) robił szczepienia na kotach, psach, owcach, kozach, koniach i cielętach, a z nich znowu na ludziach i otrzymał wyniki dodatnie.

Dalej, Neumann[17]) robił szczepienia na różnych zwierzętach, jakoto: małpach, koniach, świnkach morskich, myszach białych i kotach, ale nie otrzymał wyników dodatnich. W tym samym roku Bayer[18]) szczepił wydzielinę wrzodu twardego na jednym koniu i takież szczepienie wypociny kiłowej na prosięciu. Czas obserwacyi szczepionego zwierzęcia nie podany, ale o wyniku ujemnym mówi autor wyraźnie. Później Bayer prowadził dalej swe próby na prosiętach i kozach, ale także bez wyników dodatnich. Zeissl[20]) szczepił krew żylną i wydzielinę miesiączkową, wprowadzając je pod skórę królikom i gołębiom, ale wyników dodatnich nie otrzymał.

Oto przegląd prób ze szczepieniem kiły na zwierzętach do r. 1888. W ciągu pewnego czasu sprawa ta była ucichła zupełnie, lecz w roku 1897 poruszoną została na nowo przez Döhlego[21]). Autor ten przypuszczał, iż świnki morskie są wrażliwe na jad kiłowy. Szczepił więc kawałki kilaków z płuc, wątroby i śledziony, ale żadnych zmian na miejscach szczepienia nie otrzymywał. Zwierzę w ciągu pierwszych miesięcy po takiej operacyi napozór czuło się doskonale, dopiero w 4—5 miesiącu widać było, że jest ono chore, coraz bardziej słabło, a w 8—9 miesiącu następowała śmierć. Sekcya nie wykryła jednak żadnych zmian w narządach wewnętrznych. We krwi zwierząt znaleziono jakieś ciałka poruszające się, o których wspomina autor przy badaniu krwi chorych na kiłę. Naturalnie doświadczenia Döhlego nie mają żadnego znaczenia. W tym samym roku Adrian[22]) w klinice prof. Wolffa w Strasburgu pracował nad szczepieniami, które co do swego sposobu mogą być podzielone na dwa szeregi: szczepienia twardzin kiłowych i wprowadzanie pod skórę zwierzętom krwi, otrzymanej aseptycznie od chorego na kiłę z objawami drugiego okresu. Do doświadczeń pierwszej grupy użyto dwa króliki i dwie świnie, a do szczepień drugiej — dwa króliki i dwa psy, przyczem w tym przypadku krew wprowadzano kilkakrotnie w dłuższych i krótszych odstępach czasu (od 20 dni do 7 miesięcy) i ilość jej dochodziła od 115—1250 ctm. sześć. Po takim sposobie, zdaniem naszem, trudno było spodziewać się jakichkolwiek wyników dodatnich, ponieważ — przeciwnie — powyższy sposób postępowania mógł tylko uodpornić zwierzę, nawet gdyby przypuścić, iż było ono wrażliwe na jad kiłowy. U prosięcia-samca, któremu zaszczepiono twardzinę kiłową, zaczęło się tworzyć po dwóch tygodniach w miejscu wstrzyknięcia nacieczenie, a po dwóch miesiącach zaczęły pokazywać się grudki. Objawy zewnętrzne kiły także w postaci grudek pokazały się u prosięcia-samicy w ośm dni później. Wreszcie zrobiono sekcyę wspomnianych zwierząt, a jeszcze za życia powycinano z różnych miejsc grudki i przygotowano skrawki, które, naszem zdaniem, nie dowodzą tożsamości z grudkami kiłowemi u człowieka. W zakończeniu autor uważa spostrzeganą przezeń osutkę za kiłową, a sprawę wrażliwości prosiąt na jad kiłowy rozstrzyga w sensie dodatnim. Po pewnym czasie z tej samej kliniki Wolffa wyszła praca Hügela i Holzhausera. Autorowie, otrzymawszy aseptycznie 7 ctm. sześc. krwi z żyły szyjnej chorego na drobnogrudkowatą osutkę kiłową, wprowadzili po 2 ctm. sześć. pod skórę świni na brzuchu z prawej i lewej strony od linii środkowej na wysokości 3-go sutka, pozostałą część krwi w równych częściach wprowadzono pod skórę ucha i do żyły usznej. Po dwóch tygodniach stwierdzono powiększenie gruczołów chłonnych, a po miesiącu plamki, które wyraźniej występowały po stronie lewej. Po dwóch tygodniach potem zjawiła się grubogrudkowata osutka. Prof. Wolff zgodził się ze zdaniem autorów, iż była to osutka kiłowa. Wycięto kawałki skóry w miejscach plamek, przygotowano skrawki z obrzękłych gruczołów i poddano je badaniu anatomopatologicznemu; ale z rysunków, podanych przez autorów, niezupełnie wynika, aby zmiany te należało przyjmować za niewątpliwie kiłowe. Oprócz tego autorowie badali skrawki i pod względem bakteryologicznym, ale otrzymali wyniki ujemne. Drugie doświadczenie polegało na tem, iż prosięciu-samcowi, uprzednio pozbawionemu jąder, wprowadzili autorowie kawałek twardziny kiłowej pod skórę brzucha i prawego ucha. Prosię znajdowało się pod obserwacyą autorów w ciągu 2-ch miesięcy, ale żadnych objawów kiły nie spostrzegano. Obydwa zwierzęta były jednego wieku; doświadczenia na samicy zaczęto w 2 miesiącu życia, a na samcu w 3-cim. Na zasadzie poprzednich doświadczeń autorowie twierdzą, że zarazek kiłowy udziela się wogóle zwierzętom, a świniom w szczególności.

Brieger-Uhlenhut[24]) także robili doświadczenia ze szczepieniem kiły na świnkach morskich, kozach, kurach, salamandrach i żabach, ale bezskutecznie. Podobne doświadczenia ze szczepieniem kiły na prosiętach prowadzone były na klinice prof. J. F. Zieleniewa w r. 1900, ale z wynikiem ujemnym.

Próby szczepienia kiły były robione i przez Neissera[25]), który użył w tym celu 18 prosiąt. Doświadczenia te dają się podzielić na 4 kategorye: 1) siedmiu prosiętom w wieku 3—7 tygodni szczepił autor krew kiłowych nieleczonych z osutką pierwotną; 2) pięciu prosiętom wprowadzono pod skórę tkankę (grudki) wziętą z chorych na kiłę;

3) jednemu prosięciu autor robił wcierania w skórę wydzieliny wrzodu twardego; 4) dwojgu prosiętom robiono w ciągu czterech tygodni wielokrotne wstrzykiwania surowicy krwi ludzkiej tak, iż ogółem wprowadzono każdemu prosięciu po 350 ctm. sz. Jedno prosię otrzymywało surowicę krwi zdrowego człowieka, drugie — chorego na kiłę, lecz nieleczonego. Później jednocześnie obydwu zwierzętom wprowadził autor kawałki świeżo wyciętej twardziny kiłowej. Pierwszy szereg doświadczeń prowadził autor prócz tego nad dwojgiem zwierząt po uprzedniem zatruciu ich w ciągu 2-ch tygodni florydzyną i alkoholem. Ale autor nie mówi o tem, czy oznaczano cukier w moczu, czy nie. Dalej, nic nie powiedziano także, jakie dawki alkoholu były stosowane, nie wiadomo też nic o sile tego środka, oraz o tem, jak go zwierzęta znosiły.

Oto rodzaje doświadczeń, jakie przeprowadził Neisser. Co się zaś tyczy wyników tych badań, co tylko w jednym przypadku udało mu się otrzymać wynik dodatni. Samicy czterotygodniowej wprowadzono do pochwy moknącą grudkę z napletka chorego na kiłę i nieleczonego, a po miesiącu przeszło mógł autor stwierdzić u zwierzęcia wystąpienie na skórze osutki grudkowatej. Kawałki tkanki, na której znajdowały się grudki, zostały po wycięciu zaszczepione trzem zdrowym świniom, ale doświadczenia te nie dały żadnych wyników. Z badań anatomopatologicznych kawałków skóry, dotkniętych osutką, prowadzonych przez Scholtza, widać, iż zmiany w skórze nic swoistego dla kiły nie przedstawiały. Pomimo to Neisser, nie zbijając wywodów Scholtza, próbuje utrzymać się przy twierdzeniu swem o swoistości wspomnianych objawów skórnych, przytaczając bardzo słaby dowód, że, być może, grudka kiłowa człowieka i zwierzęcia jest tworem niezupełnie identycznym. Dalej przytacza autor cały szereg punktów — za i przeciw — swym wywodom, ale koniec końców sprawę przenoszenia kiły na prosięta uważa za nierozstrzygniętą.

(Dokończenie nastąpi)

III. Z kliniki chorób dzieci prof. Jakubowskiego i pracowni bakteryologicznej zakładu prof. Nowaka w Krakowie.

O aglutynacyi paciorkowców i o próbach serodyagnostyki w płonicy.

Podał

Dr. Tadeusz Żeleński,
asystent kliniki chorób dzieci.

(Według odczytu wygłoszonego w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem dnia 20 stycznia 1904).

(Dokończenie).

W metodzie, którą stosowałem w moich doświadczeniach, zatrzymałem myśl Hasenknopfa i Salgego sporządzania równomiernej zawiesiny paciorkowca, lecz starałem się tę zawiesinę otrzymać w sposób bardziej zbliżony do warunków naturalnych. Postępowanie, zapomocą którego można to osiągnąć, jest niezmiernie proste: Jak wiadomo wzrost paciorkowca na agarze jest zupełnie odmienny, niż w bulionie. Na preparacie barwionym z agaru spostrzegamy przeważnie dwoinki, bardzo krótkie łańcuszki i nieliczne kępki. Różnica wzrostu jest tak wybitna, że nieraz z hodowli agarowej nie możemy orzec, czy rzeczywiście z paciorkowcem mamy do czynienia i ażeby się o tem przekonać, musimy uciec się do przeszczepienia hodowli do bulionu. Otóż zbierając ostrożnie zapomocą łopatki platynowej hodowlę agarową paciorkowca z jednej lub kilku probówek do roztworu fizyologicznego soli kuchennej, otrzymujemy w sposób zupełnie jałowy i niezmieniający warunków naturalnych bardzo delikatną i jednostajną zawiesinę paciorkowca. Zawiesina ta przy ostrożnem zebraniu jest można powiedzieć idealną, gdyż, jak to można widzieć pod mikroskopem, składa się już nie z pojedynczych łańcuszków, jak to było celem postępowania Hasenknopfa i Salgego, lecz z samych niemal dwoinek z dodatkiem tylko nielicznych bardzo krótkich łańcuszków. Ruch drobinowy pojedynczych dwoinek i łańcuszków paciorkowca jest w zawiesinie tej bardzo żywy. Zawiesinę tę można sporządzać w dowolnej gęstości; jedyną ostrożnością, jaką należy zachować, jest delikatne zebranie hodowli bez uszkodzenia powierzchni agaru, gdyż wtedy poszczególne komórki i łańcuszki, zlepione cząsteczką agaru, mogłyby tworzyć grudki,

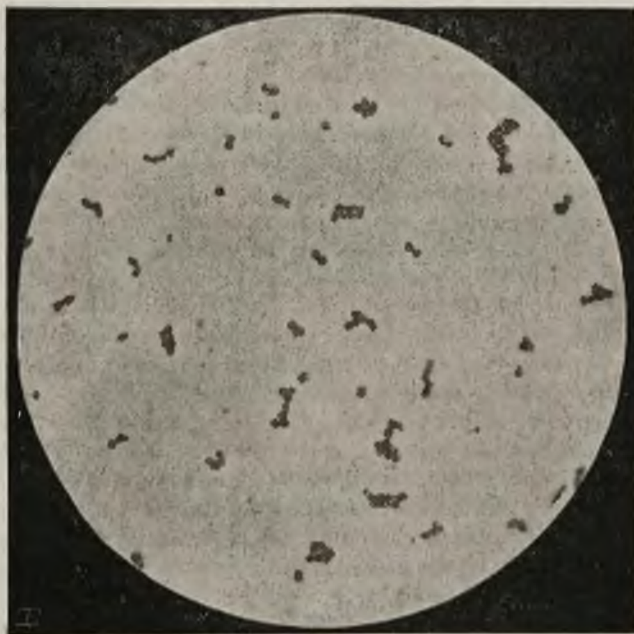


Fig. 2 Ten sam paciorkowiec (z wypociny migdałków płonicznych; patrz Fig. 1), hodowany na agarze.

dające mylne wrażenie aglutynacyi. Najlepiej się do tego celu nadaje duża tępa łopatka platynowa. Preparaty kontrolne służą nam do przekonania się, że zawiesina jest dobrze sporządzona, jak również, że przez czas badania nie uległa samoistnym zmianom. Niekiedy przeszkodę stanowi zbyt skąpy wzrost paciorkowca; wówczas dla otrzymania dostatecznej ilości hodowli można zasiewać paciorkowcem powierzchnię płytek agaru glicerynowego, lub wzmacniać obfitość wzrostu paciorkowca hodowaniem go przez czas jakiś w bulionie z surowicą. Prosty ten sposób pozwala nam zatem z wszelką łatwością i bez specyalnych przygotowań badać aglutynacyę na każdej prawie odmianie paciorkowca i to zawsze w jednostajnych warunkach.

W doświadczeniach moich posługiwałem się metodą mikroskopową, gdyż wydaje mi się ona znacznie ściślejszą od makroskopowej. Obrazy aglutynacyi, jakie pod mikroskopem otrzymywałem, były tak znamienne, że nie pozostawiały miejsca na żadną wątpliwość, ani dwuznaczność; przebieg aglutynacyi możemy tutaj śledzić wprost okiem i oceniać wszystkie jej najdelikatniejsze odcienia. Ujemne strony stosowania próby mikroskopowej dla paciorkowców podkreśliłem już poprzednio; przez użycie jednak zawiesiny paciorkowców z agaru wszystkie te braki zostają usunięte,

a powstają te same zalety, które mikroskopowej próbie Widala dla prątków durowych zyskały powszechne prawo obywatelstwa.

Proces aglutynacyi, której przebieg i stopniowe postępowanie można przez cały czas śledzić, ustawiwszy kroplę wiszącą pod mikroskopem, przedstawia się w zawiesinie paciorkowców następująco: Już po kilku lub kilkunastu minutach, niekiedy jednak znacznie później, można zauważyć zczepianie się pojedynczych łańcuszków i dwoinek w ten sposób, że zawiesina wydaje się złożona prawie z samych dłuższych łańcuszków. Następnie łańcuszki te łączą się pod kątem między sobą i całe pole widzenia przedstawia się jak jednostajna siatka. W dalszym ciągu siatka ta się rozrywa, tworząc tu i ówdzie małe kępki, aż wreszcie przy zupełnej aglutynacyi spostrzegamy same duże zbite kępy (*Fig. III*) na zupełnie czystem i wolnem od łańcuszków polu widzenia. W kępach tych możemy wyróżnić splątane długie łańcuchy, jakich w pierwotnej zawiesinie zupełnie nie było. Łańcuchy te wyraźnie są widoczne, zwłaszcza w zewnętrznych częściach zaglutynowanej kępki; sam środek tworzy zwykle zbitą masę o zatartym rysunku. Zresztą obraz aglutynacyi nie zawsze jest jednakowy; niekiedy widzimy duże kępy zupełnie zaglutynowane, a tuż obok nich wolne pojedyncze dwoinki o zachowanych żywych ruchach drobinowych; kiedyindziej znowu wolnych łańcuszków zupełnie niema, aglutynacya jest zupełna, lecz złożona z samych gęsto rozmieszczonych niedużych kępek.

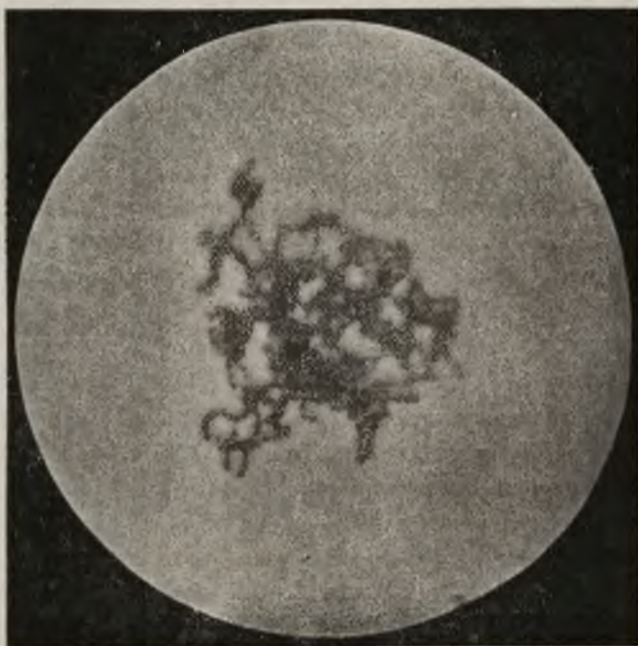


Fig. 3. Obraz aglutynacyi zupełnej, jakkolwiek nie najwybitniejszej. Na obrazie tym można rozróżnić wyraźnie pojedyncze komórki i łańcuszki; natomiast przy bardziej wybitnym obrazie aglutynacyi tworzą one zbitą bezpostaciową masę.

Ciekawem jest zachowanie się ruchów drobinowych: zwykle w przypadkach ujemnego wyniku próby są one doskonale zachowane, niczem nie różniące się od kropli, użytej do kontroli; jednakże w niektórych próbach, pomimo że nie było ani śladu aglutynacyi, ruchy drobinowe były w pierwszych rozcieńczeniach zupełnie zniesione, a w dalszych zachowane. Zachowanie to jest tem dziwniejsze, że, — jak wspomniałem, — nieraz można widzieć w próbach o dodatnim wyniku obok zupełnie zaglutynowanych kęp pojedyncze dwoinki o żywych ruchach drobinowych.

Proces aglutynacyi występował zwykle kolejno, rozpoczynał się najpierw w najsilniejszych rozcieńczeniach i zjawiał się prawie że miarowo w następnych, słabszych. Jednakże niekiedy spostrzegałem, że pierwsze ślady aglutynacyi pojawiały się w dalszych rozcieńczeniach w czasie, gdy w rozcieńczeniach pierwszych ani śladu aglutynacyi widać nie było. Później jednak zjawiała się aglutynacya i w pierwszych rozcieńczeniach tak, że ostateczny wynik w poszczególnych próbach był stale proporcyonalny do siły rozcieńczenia. N. p. w jednej z prób badanie preparatów, przedsięwzięte w 45 minut po ich sporządzeniu, wykazało wyraźny początek aglutynacyi w rozcieńczeniu 1 : 16 i ślad w dalszych aż do 1 : 1000, podczas gdy w rozcieńczeuiu 1 : 4 próba była zupełnie ujemną. Badanie preparatów po 24 godzinach wykazało jednak najwybitniejszą aglutynacyę w rozcieńczeniu 1 : 4 i stopniowo malejącą w dalszych próbach. Nie zapuszczając się w tłómaczenie wspomnianego zjawiska, chcę tylko mimochodem zaznaczyć, że jest ono właściwie różnem od objawu, polegającego na zupełnym braku aglutynacyi w pierwszych rozcieńczeniach i występowaniu jej dopiero w dalszych rozcieńczeniach; objawu, tłómaczonego bądźto stopniem rozcieńczenia, który ma mieć przynajmniej dla pewnych surowic swe *optimum*, w którem aglutynina najchciwiej się łączy (Mesnil), bądź też obecnością w surowicy aglutynoidów[20]. W naszych przypadkach stopień aglutynacyi stał zawsze w stosunku prostym do rozcieńczenia, a tylko aglutynacya występowała niekiedy wcześniej w rozcieńczeniach słabszych, niż w rozcieńczeniach silniejszych. Być zresztą może, że i tu stopień rozcieńczenia odgrywał pewną rolę o tyle, że w rozcieńczeniach słabszych aglutynina może rozpocząć wcześniej swe działanie.

Czułość zawiesiny agarowej w roztworze fizyologicznym soli kuchennej jest stosunkowo bardzo znaczna. Badając własności aglutynacyjne surowic ludzkich, mogłem spostrzegać wyraźny ślad aglutynacyi aż do 1:1000. Przy końcu tej pracy przedstawię wyniki porównań co do czułości pomiędzy zawiesiną z agaru, a innemi metodami mikroskopowemi.

Rozcieńczenia surowicy sporządzałem zawsze oddzielnie i dopiero potem mieszałem je z odpowiednią ilością hodowli paciorkowców. Przytoczony powyżej sposób, używany przez Mosera i v. Pirqueta dla otrzymywania rozcieńczeń, jest wprawdzie dogodny, teoretycznie jednak ze względu na ścisłość nie jest bez zarzutu. Jeżeli bowiem dodamy do 3 kropli hodowli 1 kroplę surowicy, po wymięszaniu przeniesiemy jedną kroplę tej mieszaniny do następnych 3 kropli hodowli, stąd po wymieszaniu jedną kroplę znowu do następnych i t. d., to wiemy wprawdzie, że do drugiego rozcieńczenia wprowadziliśmy $^1/_4$ kropli surowicy, do trzeciego $^1/_{16}$ i t. d., lecz nie mamy żadnej pewności, czy równocześnie wprowadziliśmy odpowiadającą tej ilości surowicy zawartość wolnej istoty aglutynującej. W przypuszczeniu bowiem, że łączenie się aglutyniny występuje szybko, możliwem przeto jest, że przenosząc kroplę mieszaniny do następnego rozcieńczenia, wprowadzamy do niego tylko tę

[20]) Eisenberg i Volk: Untersuchungen über die Agglutination (*Zeitschr. f. Hyg. 1901*).

nadwyżkę aglutyniny, która nie została związaną; w dalszych rozcieńczeniach nadwyżka ta mogłaby być równa zeru.

Pierwotnym moim zamiarem było badanie swoistych własności aglutynacyjnych surowicy chorych płoniczych. Jednakże pewne zjawiska spostrzegane w ciągu tych doświadczeń, skłoniły mnie przedewszystkiem do zbadania zachowania się prawidłowej surowicy ludzkiej względem paciorkowców rozmaitego pochodzenia.

Paciorkowce, którymi się posługiwałem, pochodziły wszystkie z przypadków o znanym mi przebiegu klinicznym. Były to: paciorkowce płonicy (z wypociny migdałków i ze zropiałego gruczołu szyjnego), paciorkowce mieszkowego zapalenia gardła, paciorkowiec róży, paciorkowiec z kału czerwonki, gdzie znajdował się obok prątka Shigi, paciorkowiec, wyhodowany z błony błoniczej obok prątka Löfflera, wreszcie paciorkowiec, wyhodowany z jamy płucnej zmarłego suchotnika.

Surowice pochodziły z przypadków płonicy (w 3, 4 i 16 dniu choroby), z przypadków róży, od ozdrowieńca po mieszkowem zapaleniu gardła i wreszcie od całego szeregu dzieci i osób dorosłych zdrowych i prawidłowych.

Wyniki doświadczeń były następujące:

Surowica osobników zdrowych aglutynowała paciorkowce w ogromnej większości prób i to tak surowica osób dorosłych, jak też i dzieci, między niemi takich, które rzeczywiście nigdy nie przebywały płonicy, róży, ani też żadnego cierpienia, mającego związek z paciorkowcami. Własności aglutacyjne surowicy prawidłowej nie były jednakowe względem paciorkowców rozmaitego pochodzenia, a nawet względem poszczególnych szczepów paciorkowców analogicznego pochodzenia, lecz przeciwnie — przedstawiały bardzo znaczne różnice tak co do jakości wyniku, jak i co do stopnia aglutynacyi.

Bardzo znamiennem zachowaniem zwracały na siebie uwagę przedewszystkiem dwie odmiany paciorkowca: Paciorkowiec, wyhodowany z kału w przypadku czerwonki [21]); na bulionie rósł w postaci jednostajnego zmącenia, które przedstawiało się pod mikroskopem w postaci krótkich łańcuszków, złożonych z ziarnek nieregularnego kształtu i dość licznych lancetowatych dwoinek. Biała myszka, zaszczepiona 1 sz. ctm. 24-godzinnej hodowli bulionowej padła po 72-godz; z serca i śledziony otrzymano pod względem morfologicznym identycznego z wstrzykniętym paciorkowca, który jednak w ciągu dalszego hodowania zatracił odrębność postaciową. Paciorkowiec ten odznaczał się wysoką wrażliwością względem surowicy ludzkiej wszelkiego pochodzenia. Aglutynacya występowała zawsze już po krótkim czasie w sposób bardzo wybitny i sięgała wysokich rozcieńczeń. Rozcieńczenia, stanowiące kres aglutynacyi, wynosiły zawsze ponad 1:150, w większości prób dochodziły do 1:300 i wyżej.

Zupełnie przeciwnie zachowywał się paciorkowiec, wyhodowany z jamy gruźliczej. Paciorkowiec ten, badany z całym szeregiem rozmaitych surowic, dawał zawsze wynik aglutynacyi najzupełniej ujemny. Ruchy drobinowe były również po 24 godzinach bardzo żywe tak, że nawet najniższe rozcieńczenie nie różniło się niczem od kropli, użytej do kontroli. Również surowica chorego na gruźlicę płuc rozpadową o typie gorączki trawiącej dała wynik aglutynacyi z tymże paciorkowcem zupełnie ujemny. Zachowanie to było tem szczególniejsze, że paciorkowiec ten nie przebywał w jamie w roli przygodnego gościa, lecz został wykazany nietylko w tkance ścian tej jamy, ale także i w innych ogniskach płuca, jako jeden z czynników daleko posuniętego zakażenia mieszanego [22]).

W wysokich stosunkowo rozcieńczeniach dawał aglutynacyę jeden z paciorkowców, wyhodowanych z wypociny migdałków w płonicy. Większość surowic aglutynowała go w rozcieńczeniu 1:60, niektóre bardzo wyraźnie aż do 1:250.

Inne paciorkowce różnego pochodzenia wykazywały prawie we wszystkich próbach aglutynacyę niewątpliwą i nieraz bardzo wybitną, jednakże nie sięgającą wysokich rozcieńczeń. Liczby rozcieńczeń wynosiły przeważnie 1:4, 1:16, w kilku próbach 1:25.

Różnice zatem co do pojawiania się objawu aglutynacyi i co do wysokości rozcieńczeń zależały prawie wyłącznie od pojedynczych odmian paciorkowca, które, jak widzieliśmy, zachowywały się w tym kierunku bardzo różnie. Doświadczenia te dowodzą, że o zdolności lub niezdolności prawidłowej surowicy ludzkiej aglutynowania paciorkowców w ogólności, ściśle biorąc, mówić nie możemy.

Różnice pomiędzy własnościami aglutynującemi poszczególnych surowic osób zdrowych były znacznie mniej wybitne i nie okazywały jakichś cech prawidłowości.

Własności te prawidłowej surowicy ludzkiej utrudniają niezmiernie badanie i ocenienie objawu aglutynacyi swoistej u paciorkowców. Wobec tego, że nietylko pojedyncze odmiany paciorkowca, lecz nawet poszczególne szczepy jednej odmiany mogą zachowywać się co do stopnia aglutynacyi z prawidłową surowicą bardzo rozmaicie, należałoby każdego paciorkowca przed rozpoczęciem badań w kierunku aglutynacyi swoistej wypróbować z całym szeregiem surowic prawidłowych, aby ustalić jego indywidualne pod tym względem własności.

W kilkunastu próbach, przeprowadzonych w kierunku swoistej aglutynacyi surowicy chorych płoniczych, wyniki wypadły niemal zawsze ujemnie. Z wyjątkiem jednej kombinacyi, w której wyraźny ślad aglutynacyi paciorkowca z gruczołu płoniczego pod wpływem surowicy, pochodzącej ze świeżego przypadku płonicy, sięgał rozcieńczenia 1:1000, działanie surowicy chorych płoniczych na paciorkowce płonicy nie różniło się wogóle od działania surowic innego pochodzenia i prawidłowych.

Wogóle próby te wykazały, że zachowanie się paciorkowców pod tym względem jest bardzo zmienne i nieuchwytne: n. p. ten sam paciorkowiec, który z surowicą płoniczą wykazał aglutynacyę aż do rozcieńczenia 1:1000, z inną surowicą płoniczą dawał aglutynacyę tylko do 1:4. Inny, wspomniany wyżej paciorkowiec płonicy, który pod wpływem prawidłowych surowic rozmaitego pochodzenia dawał aglutynacyę w rozcieńczeniach 1:160—1:250, pod wpływem

[21]) Paciorkowiec ten został mi uprzejmie odstąpiony przez prof. Raczyńskiego, który wyhodował go z kału czerwonki obok typowego prątka Shigi.

[22]) Paciorkowiec ten został mi uprzejmie odstąpiony przez Dr. Drobę, który go też wykazał w odpowiednio zmienionej tkance.

surowicy płoniczej dawał aglutynacyę wyraźną, lecz w rozcieńczeniu nie wyższem niż 1:64.

Działanie surowicy róży i mieszkowego zapalenia gardła na homologiczne paciorkowce nie okazywało żadnych cech swoistości.

Jedynem zjawiskiem, które we wszystkich próbach pojawiało się z pewną prawidłowością, był stale ujemny wynik działania aglutynacyjnego surowicy róży na paciorkowce płonicy, jakkolwiek te same paciorkowce dawały wyraźną aglutynacyę pod wpływem prawidłowej surowicy ludzkiej rozmaitego pochodzenia. Jednakże ustalenie tego zjawiska wymagałoby dalszych prób w tym kierunku na większym materyale.

Doświadczenia te dowodzą, że stosunki, dotyczące aglutynacyi paciorkowców, są bardzo zawiłe i nie dadzą się na razie ująć w jakieś stałe prawidła; budzą one również pewne wątpliwości, czy na tej drodze uda się kiedyś rozjaśnić owe wspomniane na wstępie zagadnienia, których nie mogły rozstrzygnąć badania postaciowych i hodowlanych własności paciorkowców. Zamiarem moim w tej pracy było zwrócenie uwagi na pewne, może dotąd nie dosyć uwzględnione właściwości prawidłowej surowicy ludzkiej, jak również przedstawienie sposobu, który pozwala badać aglutynacyę paciorkowców w sposób ścisły i dogodny.

Na zakończenie przytoczę szereg prób, przeprowadzonych dla porównania czułości sporządzonej przezemnie zawiesiny z czułością zwykłej hodowli bulionowej i hodowli, rozdrobnionej prądem powietrza sposobem używanym przez Mosera i v. Pirqueta. W każdej z prób badałem równolegle dwoma sposobami działanie aglutynacyjne tej samej surowicy względem tego samego paciorkowca. Używając zwykłej bulionowej krótkołańcuszkowej hodowli, przekonałem się, że surowica, która aglutynowała zawiesinę z agaru jeszcze w rozcieńczeniu 1:64, dawała zupełnie ujemny wynik z hodowlą bulionową. W innej próbie, do której użyłem paciorkowca, wyhodowanego z przypadku płonicy, i surowicy płoniczej, różnica była następująca:

zawiesina agarowa: 1:4, 1:16 nadzwyczaj wybitna aglutynacya
1:64, 1:250 mniej wybitna, jednak b. wyraźna ($\frac{a}{2}$)[23])
1:1000 ślad wyraźny ($\frac{a}{4}$)

hodowla bulionowa zwykła: 1:4 bardzo wyraźna aglutynacya
1:16 i następne — zupełnie ujemna.

Nie wiele lepiej wypadło porównanie dla hodowli, rozdrobnionej prądem powietrza, jakkolwiek badana pod drobnowidem składała się z samych krótkich łańcuszków i licznych dwoinek o dość żywym ruchu drobinowym:

Paciorkowiec z kału czerwonki — obojętna surowica ludzka:

zawiesina agarowa: 1:4, 1:8, 1:25 zupełna aglutynacya
1:75 wybitna, obok wolnych dwoinek o ruchach drobinowych zachowanych
1:150, 1:300 = $\frac{a}{2}$

[23]) Posługuję się znakami, używanymi przez Mosera i v. Pirqueta dla stopniowania aglutynacyi: a = zupełna, $\frac{a}{2}$ = częściowa, $\frac{a}{4}$ = ślad wyraźny.

hodowla bulionowa: 1:4, 1:16 zupełna aglutynacya,
1:64 ślad — dalsze ujemne.

Ten sam paciorkowiec — inna prawidłowa surowica ludzka:

zawiesina agarowa: 1:4, 1:10, 1:25 = a
1:75, 1:150, 1:300 = $\frac{a}{2}$

hodowla bulionowa: 1:3 zupełna a
1:12 ledwo ślad, dalsze ujemne.

Jak z powyższego zestawienia widać, stopień aglutynacyi badanej w bulionie jest bardzo nizki w porównaniu z wynikami, otrzymanymi w sposób, polegający na sporządzeniu zawiesiny z hodowli agarowej w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej. Ważną rolę, jaką odgrywa obecność soli w tworzeniu się zjawiska aglutynacyi wykazały już badania Bordeta. Badania te przedstawiają się następująco:

Do zawiesiny przecinkowców cholerycznych w rozczynie fizyologicznym soli dodaje się surowicy przeciwcholerycznej. Po wystąpieniu aglutynacyi centryfuguje się, zlewa się rozczyn soli, a osad dzieli się na dwie części: Do jednej *A*) dodaje się ponownie rozczynu fizyologicznego soli, do drugiej (*B*) — wody przekroplonej i centryfuguje się znowu. W części *A* osad tworzy się znacznie szybciej, niż w części *B*. Osad z części *B* dzieli się ponownie na dwie części i powtarza się to samo. Po pewnym czasie A_1 okazuje osad, B_1 nie; jednakże, gdy do B_1 doda się rozczynu fizyologicznego soli kuchennej, aglutynacya zjawia się ponownie.

Skądinąd jednak wiemy, że do wytworzenia się aglutynacyi wystarcza zupełnie minimalna ilość soli, znacznie mniejsza od tej, jaką zawiera bulion, służący za pożywkę; musimy zatem przypuścić, że właśnie obecność soli w takiem środowisku, jak rozczyn fizyologiczny, więcej sprzyja wytwarzaniu się aglutynacyi, niż jej zawartość w bulionie. Czy zależy to od bardziej złożonych stosunków chemicznych, jakie w składzie bulionu napotykamy, czy też grają tu rolę czynniki raczej mechanicznej natury, musi na razie zostać nierozstrzygniętem.

Zestawione w krótkości wyniki moich doświadczeń przedstawiają się następująco:

1) Sprzeczności dotychczasowych wyników badania w kierunku aglutynacyi paciorkowców zdają się zależeć w znacznej części od różnorodności metod, jakiemi się posługiwali poszczególni autorowie.

2) Zawiesina hodowli agarowej w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej jest środowiskiem, pozwalającem nam badać aglutynacyę prawie każdego paciorkowca w sposób ścisły, czuły i dogodny.

3) Wyniki, tym sposobem otrzymane, nie dadzą się ująć w jakieś stałe prawidło, tak co do własności aglutynacyjnej surowicy prawidłowej ludzkiej w ogólności, jak co do aglutynacyi swoistej w zakażeniach paciorkowcowych w szczególności. Jednakże

4) w ogromnej większości prób surowica prawidłowa ludzka posiadała zdolność aglutynowania prawie wszystkich odmian paciorkowca i to nieraz do wysokich rozcieńczeń.

W końcu niech mi będzie wolno złożyć na tem miejscu podziękowanie memu czcigodnemu szefowi prof. Jakubo-

wskiemu za pozwolenie korzystania z materyału szpitalnego, prof. Nowakowi, w którego zakładzie badania bakteryologiczne zostały wykonane i którego uprzejmości zawdzięczam załączone fotogrammy, oraz asystentowi zakładu dr. Drobie.

W chwili oddania tej pracy do druku napotkałem w świeżo wyszłej pracy Karwackiego p. t. „Badanie krwi z punktu widzenia dyagnostyki chirurgicznej“ (Przegląd chirurgiczny, 1903, T. V) doniesienie o kilku próbach, wykonanych przez autora w kierunku aglutynacyi paciorkowców, w których autor również posługiwał się zawiesiną hodowli agarowej w fizyologicznym rozczynie. Bliższych szczegółów technicznych autor nie podaje.

IV. Wyciągi.

Kłodnicki. **W sprawie przedostawania się żółci do dwunastnicy.** (*Rozprawa na stopień dokt. medycyny. Petersburg* 1902). Przeprowadziwszy w pracowni prof. Pawłowa na psach szereg doświadczeń, dotyczących przechodzenia żółci do dwunastnicy, przyszedł K. do wniosków następujących: 1) żółć wydziela się okresowo podczas trawienia, zależnie i odpowiednio do przedostawania się treści żołądkowej do dwunastnicy; 2) od chwili wprowadzenia do żołądka pokarmu do chwili okazania się żółci mija pewien czas, tak zw. utajony okres wydzielania się żółci; podczas karmienia mlekiem okres ten wynosi 20', mięsem 36', chlebem 47'; 3) w tym okresie utajonym można odróżniać 2 części: czas niezbędny dla trawienia żołądkowego i czas właściwego odruchu żółciowego, który trwa od chwili rozpoczynającego się przedostawania treści z żołądka do dwunastnicy aż do ukazania się żółci; 4) okres odruchu żółciowego trwa dla mleka 5', dla mięsa 21', dla chleba 19'; 5) oprócz obecności pokarmu w dwunastnicy, dla otrzymania odruchu żółciowego, niezbędny stanowią warunek jeszcze ruchy jelit; 6) żółć może wydzielać się przez krótki czas i samowolnie, niezależnie od trawienia, wskutek asocyacyi odruchów złożonych, powstających w jelitach, z aktem odruchowo-ruchowym wydzielania się żółci; 7) wydzielanie się żółci do różnych gatunków pokarmów odznacza się stałą typowością i ulega pewnym prawom, mianowicie: *maximum* wydzielania się żółci po spożyciu mleka przypada na 3-ą godzinę, *minimum* na koniec 1-ej i początek 2-ej; po 3-ej godzinie wydzielanie żółci zaczyna powoli obniżać się; po spożyciu mięsa *maximum* wydzielania przypada na 1 lub 2-gą godzinę, następnie wydzielanie szybko spada; po spożyciu chleba spostrzega się długotrwałe jednostajne wydzielanie niewielkich ilości żółci; 8) ilość żółci jest w prostym stosunku do równoważników azotu, zawartego w pokarmie; 9) żółć z pierwszych godzin odznacza się większym ciężarem właściwym i zawiera więcej pozostałości suchej, niż zebrana w godzinach następnych; 10) zawartość zaczynów w żółci jest nieznaczną; siła działania zaczynu skrobiowego jest największą w żółci, zebranej w pierwszych godzinach, zwłaszcza zaś w żółci po spożyciu chleba; najszybsze rozpuszczenie się włóknika następuje w żółci po spożyciu tłuszczów i mleka; 11) istotnymi czynnikami, wywołującymi wydzielanie się żółci, są tłuszcze i przetwory trawienia białka przez sok żołądkowy; 12) wydzielanie się żółci po spożyciu mleka i mięsa przedstawia typ, jednostajny z wydzieliną soku trzustkowego; po spożyciu chleba zaś typ jest różny, gdyż kwas nie wywiera wpływu na przyrząd wydzielniczy żółci; 13) wobec wszystkich tych danych należy zaliczyć żółć do rzędu płynów trawiących, którego zadaniem jest brać czynny udział w trawieniu mleka (tłuszczów) i mięsa (białek). *Witold Orłowski* (Ptbg).

Ponomarew. **Fizyologia odcinka Brunnerowskiego dwunastnicy u psa.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny. Petersburg* 1902). P. badał w pracowni prof. Pawłowa własności soku gruczołów Brunnerowskich. Sok ten przedstawia gęstą, bezbarwną ciecz, z domieszką śluzu, o cięż. właśc. 1,005—1,020, oddziaływania zasadowego, jakkolwiek w słabszym stopniu, niż soku trzustkowego i w mocniejszym w porównaniu do soku odźwiernikowego. Sok wydziela się bez przerwy, niezależnie od stanu przewodu pokarmowego i od rodzaju pokarmów; na godzinę wydziela się przeciętnie 0,06—0,18 sz. ctm. soku. W środowisku alkalicznem sok nie działa na białko; w środowisku kwaśnem przeciwnie trawi on białko dzięki zawartości swoistego zaczynu, dla działania którego najpomyślniejszą jest kwasota, odpowiednia kwasocie soku odźwiernikowego, więc o 5 razy słabsza od kwasoty soku z dna żołądka. Działanie trawiące soku prawie o 5 razy jest słabsze od siły soku żołądkowego. Sok ścina powoli mleko, lecz tylko w środowisku kwaśnem. Dodany do soku trzustkowego, sok gruczołów Brunnerowskich podnosi w wysokim stopniu siłę zaczynu białkowego, w słabym stopniu zaczynu tłuszczowego, a zarówno i skrobiowego, jakkolwiek ostatniego nie stale. Sok tych gruczołów wywiera tamujący wpływ na trawienie białka przez sok z dna żołądka; przeciwnie, na sok odźwiernikowy tego działania on nie ma. Żółć, dodana nawet w niewielkiej ilości, niszczy trawiące działanie soku na białko. Do czynników swoistych, wywołujących wydzielanie soku, należą tłuszcze; płynne gatunki pokarmu tłuszczowego zwiększają wydzielinę soku przeważnie w pierwszych godzinach po spożyciu, stałe zaś w późniejszych. Wlewanie do jelita oliwy i innych tłuszczów zwiększa wydzielinę soku w mniejszym stopniu, podnosząc jednak niekiedy siłę zaczynu białkowego, niż wlewanie soku z dna żołądka i przetworów przetrawienia przez ten sok włóknika; w ostatnim razie ilość soku zwiększa się w silniejszym stopniu, lecz siła zaczynu białkowego nie ulega zmianie. Wydzielina soku zwiększa się wreszcie już pod wpływem wprowadzania do jelita rureczki dla zbierania soku. *Witold Orłowski* (Ptbg).

F. Hupfer. **Wpływ kwasu chinowego na wydzielanie kwasu moczowego i hippurowego.** (*Zeitsch. f. phys. Chemie*, XXXVII. H. 4. S. 302. 1903). Weiss wystąpił z twierdzeniem, że kwas chinowy powoduje zwiększone wydzielanie kwasu hippurowego, a zmniejszenie kwasu moczowego. Gdy inni autorowie zdanie to potwierdzili, rozpowszechniło się zalecanie połączeń kwasu chinowego, jako przetworów przeciwdnawych. H. wykazuje, że wprawdzie pod wpływem kwasu chinowego wzrasta wydzielanie kwasu hippurowego, jednak wydzielanie kwasu moczowego nie ulega zmniejszeniu. Sprzeczność wniosków swych z poglądem Weissa tłómaczy autor krótkością jego badań, opieraniem wniosków na kilku początkowych oznaczeniach, nie oznaczeniem azotu i kwasu moczowego w pokarmach. Tem samem uważa autor polecanie połączeń kwasu chinowego w dnie i teoryę o antagonistycznem zachowaniu się kwasów hippurowego i moczowego za pozbawione podstawy. *Orzechowski.*

Schiele. **Cztery przypadki zwichnięcia jednostronnego kręgów szyjnych.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 3, 1904). Autor podaje swój sposób odprowadzenia zwichnięć kręgów szyjnych, wymagającego zawsze nieznacznych i prostych usiłowań: 1. Uśpienie chorego zawsze jest potrzebne i stanowi samo już połowę operacyi, gdyż zachodzi potrzeba tylko zwalczenia oporów mięsnych. 2. Głowę należy zwiesić nad brzeg stołu, gdyż sam jej ciężar działa odprowadzająco, podczas gdy w postawie siedzącej lub stojącej ciężar głowy ustala zwichnięcie. 3. Silne naciąganie zwichniętej i naciągniętej już strony zapomocą ruchów głowy i bródki ku przeciwległemu barkowi. Przy powrocie z tego położenia daje się słyszeć lub czuć wśliźnięcie, jeśli odprowadzenie nie nastąpiło już wcześniej. S. nie zakłada żadnego opatrunku w przeciwieństwie do zalecanych w podręcznikach opatrunków tekturowych. *Fels.*

Bókay. **Leczenie miejscowe owrzodzeń odleżynowych krtani.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 50 9. 13. H. 2). Następowa tracheotomia z powodu wrzodów odleżynowych krtani winna uledz w praktyce intubacyjnej bardzo znacznemu ograniczeniu, a nawet powinna być zupełnie usuniętą, gdyż możebną jest rzeczą leczyć miejscowo takie odleżyny. Pierwszy O'Dwyer na posiedzeniu „American Pediatric Society“ w r. 1897 podał pomysł, by w przypadkach, gdzie ostateczne usunięcie tubusa z powodu obecności owrzodzeń odleżynowych jest niemożebne, zastosować tubus z bronzu o wązkiej szyjce, a położonym o stosunkowo niżej, a za to grubszem brzuszkowatem wysklepieniu, któryby na przestrzeni między główką a brzuszkiem przez całą długość szyjki powleczony był warstwą żelatyny z domieszką sproszkowanego ałunu. Zdaniem O'Dwyera zastosowanie silnego środka ściągającego lub łagodnie przyżegającego na powierzchnię odleżynową musi wywołać wyleczenie odleżyny. Amerykański lekarz Dr. E. Fischer powleka tubusy ichtyolem. Prof. Bókay przedstawia historyę 16 chorych, u których po wyjęciu tubusa ebonitowego z powodu odleżyn wzdłuż chrząstki pierścieniowatej, zakładał tubus leczniczy (żelatyno-ałunowy) z bronzu na przeciąg 3 dni, poczem możebną była zupełna detubacya; dlatego, zdaniem Bokaya, mylnem jest zapatrywanie lekarzy, by po założeniu tubusa, z obawy przed odleżyną, a niemożebności ostatecznej detubacyi z powodu jeszcze istniejącego stanu chorobowego pierwotnego krtani, dokonywać tracheotomię. Po wyjęciu tubusa leczniczego powstają na nim w charakterystycznych miejscach czarne plamy większej lub mniejszej

rozciągłości, odpowiadające wielkościom odleżyn. Bókay udowodnił, że w 16 przypadkach, w których wyjęcie tubusa po trwaniu intubacyi ebonitowej, względnie Trumppa, przez przeciąg 93—294 godzin było niemożebne, dokonalnem jest po założeniu tubusa leczniczego O'Dwyerowskiego na przeciąg czasu 52½—147—317 godzin. Zatem więc możebnem jest zupełne wyleczenie z uniknięciem tracheotomii, nawet po włożeniu tubusa na przeciąg od 179½ do 410 godzin. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Lubliński. **O powikłaniu zapalenia gardła z ostrem zapaleniem gruczołu tarczykowego.** (*Berlin. klin. Wochenschrift* Nr. 41, 1903). Autor spostrzegał 4 przypadki tego powikłania u kobiet w wieku 20—30 lat, które dawniej nigdy, nawet w czasie ciąży lub miesiączki, nie doznały żadnych zmian w gruczole tarczykowym. Zwykle podczas zapalenia gardła występuje nagle po ustaniu gorączki, przeważnie 5 lub 6 dnia, obrzmienie gruczołu tarczykowego z ponownem podniesieniem się ciepłoty i z wyraźną bolesnością tego gruczołu na ucisk, która w jednym przypadku doszła do takiego stopnia, że chora unikała starannie wszelkiego ruchu głowy. Zmian na skórze nie stwierdzono, duszność była w jednym tylko przypadku całkowitego obrzmienia, natomiast przyspieszenie tętna utrzymywało się jeszcze po ustąpieniu gorączki we wszystkich przypadkach, prawdopodobnie wskutek ucisku na nerw błędny. Gorączka utrzymywała się 2—3 dni; obrzmienie gruczołu powoli tylko ustępowało, 2 razy po 14 dniach, raz po 8 tydniach. U jednego chorego nastąpił nawrót zapalenia gardła po upływie ½ roku i znów był powikłany z lewostronnem zapaleniem gruczołu tarczykowego. Autor przypuszcza, że w takich przypadkach idzie o gośćcowe zapalenie gardła, w którem w miejsce choroby stawów przystępuje w charakterze powikłania zapalenie gruczołu tarczykowego, w przeciągu którego, właśnie z powodu gośćcowej jego przyrody, nie przychodzi nigdy do ropienia. Leczenie polega na zewnętrznem i wewnętrznem stosowaniu lodu, później zaś na wcieraniu słabej maści jodowej w obrzmiały gruczoł tarczykowy. *Spira.*

Fragstein. **Obustronne zaburzenia słuchu, połączone z obustronnymi kurczami w zakresie n. twarzowego. oraz uwagi nad obszarem, zaopatrywanym przez ten nerw.** (*Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 38, 1903). Podany przez autora przypadek jest bardzo ciekawy i pouczający ze względu na rzadkość połączenia obustronnych zaburzeń słuchu z objawami kurczowymi w obrębie obu nerwów twarzowych, jakoteż i ze względu na niektóre objawy, stojące w przeciwieństwie do panujących obecnie poglądów. U chorej 53-letniej, cierpiącej na miażdżycę tętnic rozwija się powoli obustronne przytępienie słuchu, szum w uszach zawroty w głowie, drganie w obrębie nerwów twarzowych z współudziałem dźwigacza podniebienia miękkiego, objawiającym się podnoszeniem i opuszczaniem tego podniebienia i łzawienie w obu oczach. Dokładne badanie strojnikami pozwala wykluczyć stanowczo cierpienie ucha środkowego, jak również nie daje się wykazać żadne cierpienie narządu usznego, ani kości skroniowej. W dłuższem rozumowaniu wyklucza autor również chorobę móżdżku, mózgu z powodu braku objawów uciskowych (tarczy zastoinowej, bolów głowy, wymiotów i t. d.), dalej chorobę jąder opuszkowych i przychodzi do wniosku, że najprawdopodobniej idzie tu o ognisko w śródczaszkowej części nerwów twarzowych i słuchowych. Na podstawie historyi choroby można dalej wykluczyć kiłę, gruźlicę, zapalenie opon na podstawie, zapalenie okostnej, a natomiast można tylko przypuścić zmiany miażdżycowe i tętniakowe, rozszerzenie tętnic móżdżkowych tylnych w miejscu, w którem krzyżują się z nerwami twarzowymi i słuchowymi. Obustronne łzawienie w tym przypadku stanowi znakomitą podporę poglądu, przypisującego nerwowi twarzowemu współudział w inerwacyi wydzielniczej gruczołów łzowych. Ostatnie badania Beevora i Horslaya wykazały, że dźwigacz podniebienia miękkiego zostaje zaopatrzony nie przez nerw twarzowy, jak dawniej sądzono, lecz przez nerw dodatkowy. Współudział zatem tego mięśnia w ogólnych drganiach w zakresie nerwu twarzowego w przytoczonym przypadku, w którym oprócz nerwów VII i VIII pary, wszystkie inne nerwy mózgowe nie przedstawiały żadnych zakłóceń czynności, można tylko tłómaczyć zboczeniami, jakie zdarzają się także w innych miejscach układu nerwowego. *Spira.*

H. Richartz. **Przypadek sokotoku jelitowego na tle nerwowem.** (*Münch. med. Wochenschrift*, 1904, Nr. 3). Jest to drugi przypadek znany w piśmiennictwie. Pierwszy opisał Wiek 1898 r. U mężczyzny lat 52 liczącego, dziedzicznie nerwowego, cierpiącego na stałe zaparcie stolca, występują od trzech lat bez bolów od czasu do czasu stolce wodniste do 10 dziennie. Chory nie gorączkuje, w narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego niema, mocz bez zmian. Dzienna ilość kału płynnego ponad 200 grm. Stolce są prawie przejrzyste, bez zapachu, oddziaływają alkalicznie. C. gt. 1·009—1012. Pod drobnowidem nieliczne ciałka białe, śluz i nabłonki wałeczkowate. Płyn ten zawierał HCl, CO_2, H_2SO_4, Na, Ka, Mg, Ca. Na podstawie analizy tego płynu, wykluczeniu przetok i zaułków, rozpoznano sokotok jelitowy. Leczenie polegało na przepłókiwaniach jelit kw. garbnikowym i dało wynik pomyślny. *J. Opolski.*

W. Hildebrandt. **O ciałkach eozynochłonnych w plwocinie.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 1904, Nr. 3). Na podstawie bardzo licznych, a ścisłych badań przychodzi autor do przekonania, że z obecności ciałek eozynochłonnych w plwocinie żadnych wniosków wysnuwać nie można. Znajdował je we wszystkich stanach chorobowych narządu oddechowego. Wynikami swych badań zbija zatem twierdzenie Mandybura, a obecność tych ciałek w plwocinie przemawia przeciw gruźlicy płuc. *J. Opolski.*

S. Sterling. **Rokowanie przy stałem przyspieszeniu tętna w gruźlicy płuc.** (*Münch. medizinische Wochenschrift*, Nr. 3, 1904). W rachubę bierze autor tylko przypadki bezgorączkowe i to w samych początkach choroby. Przyspieszone tętno uważano tylko jako objaw rozpoznawczy i nie nadawano mu znaczenia przy ustaleniu rokowania. Autor na podstawie spostrzegania trzyletniego chorych wyprowadza następujące zdania:

1) prawidłowa liczba tętna w gruźlicy płuc każe rokować pomyślnie;

2) stałe przyśpieszenie tętna nasuwa myśl rokowania złego i to w stosunku prostym;

3) związku między przyspieszeniem tętna, a krwiopluciem nie zauważył;

4) jeżeli brom, środki sercowe lub spokojne zachowanie się liczbę tętna obniżają, to rokowanie jest lepsze. Przyczyna przyspieszonego tętna polega na działaniu toksyn na nerw błędny lub porażeniu nerwów zwężających naczynia. *J. Opolski.*

Rosenberg. **Pokrzywka po zastosowaniu śródnosowem wyciągu nadnercza.** (*Berlin. klin. Wochenschr.*, Nr. 41, 1903). Kilka godzin po włożeniu do nosa zwitka waty, zamoczonej w wyciągu nadnercza, wystąpiła na tułowiu i na ramionach wysypka, cechująca się bąblami czerwonymi, mocno świerzbiącymi, które ustąpiły dopiero następnego dnia. Czy objaw ten, który powtórzył się u tej samej chorej drugi raz po tym samym zabiegu, należy uważać jako pokrzywkę lekarstwianą, czy też jako wywołaną na drodze odruchowej przez drażnienie nerwu węchowego. (Przy wprowadzeniu tego środka do nosa chora doznała nieprzyjemnego wrażenia węchowego), pytanie to zostawia autor nierozstrzygniętem. *Spira.*

Pletujew. **Przyczynek do kazuistyki schorzeń, pozorujących dur.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 42). Autor opisuje 2 przypadki, które odpowiadały w zupełności pod względem objawów klinicznych całokształtowi objawów duru brzusznego; w obydwóch jednak przypadkach parokrotne badanie wypróżnień wykazało jedynie laseczniki okrężnicowe. Odczyn Gruber-Widala w 14 dniu choroby wypadł w jednym przypadku ujemnie, w drugim zaś próby tej nie wykonywano, ponieważ chora ta przechodziła przed 12 laty dur brzuszny z 2 nawrotami. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Krüger. **Wpływ chlorków metalów alkalicznych i ziem na ilościowe działanie pepsyny.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 42). Dla doświadczeń używał Kr. białka jaja kurzego, poddanego dyalizie, dla pozbawienia go soli. Krążki białka umieszczały się w rozczynach pepsyny, do których dodawano jednakowe ilości normalnych roztworów soli badanych. Siła trawiąca pepsyny oznaczała się ilością białka, które nie uległo strawieniu. Na podstawie tych doświadczeń doszedł Kr. do wniosku, że chlorki metalów alkalicznych i ziem tamują działanie trawiące pepsyny i że jednakowe ilości tych soli odznaczają się jednakową siłą tamującą. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Pawłowski. **Wpływ wyskoku i napojów wyskokowych, oraz herbaty i kawy na trawienie pepsynowe.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 42). P. badał pod kierownictwem prof. Krügera działanie pepsyny na białko jaja kurzego w rozczynach, zawierających wyskok, piwo, wino i napary herbaty i kawy. Okazało się, że wyskok tamuje już w małej koncentracyi trawiące działanie pepsyny; piwo i wino odznaczają się znacznie większą siłą tamującą; herbata i kawa utrudniają również działanie pepsyny, co nie dzieje się pod wpływem kofeiny, pod tym względem obojętnej, lecz od innych części składowych. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Łunc. **W sprawie leczenia rozpadlin rzyci.** (*Wraczebnaja Gazeta*, 1903, Nr. 23). Autor stosował w 2 przypadkach świeżych rozpadlin rzyci leczenie lawatywami oleistemi, według sposobu Fleinera. Zalecił on na noc lawatywę z $1\frac{1}{2}$ szklanki oliwy o cieplocie 37,5° C., a nazajutrz zrana lawatywę z 2 szklanek ciepławej wody; przed zastosowaniem lawatyw i przed wypróżnieniem chorzy przysypywali ortoformem okolicę rzyci. Już po pierwszej lawatywie wypróżnienie nie sprawia bolu, a po 8-dobowem leczeniu rozpadliny znikły. Skuteczne działanie lawatyw oleistych w porównaniu z działaniem środków czyszczących w przebiegu rozpadlin rzyci, tłómaczy Ł. tem, że środki rozwalniające rozrzedzają w średnich dawkach tylko górną część walca kałowego, dolna zaś, pozostając twardą, drażni rozpadlinę podczas wypróżnienia; lawatywy zaś oleiste rozmiękczają dolną część kału i usuwają przez to drażnienie mechaniczne; oliwa chroni wreszcie rozpadliny od bezpośredniego stykania się z kałem. Autor sądzi, że leczenie lawatywami z oliwy może być również skutecznem i w rozpadlinach zastarzałych, jeśli jeszcze nie nastąpiło stwardnienie tkanek. Również bardzo dobre wyniki miał otrzymywać autor po stosowaniu lawatyw oleistych w krwawieniach. *Witold Orlowski* (Ptbg).

Studziński. **Kilka słów o złożonej esencyi antymelinowej** (*Essentia antimellini composita*) **w cukrzycy.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 29). Studziński stosował w klinice prof. Wagnera (Kijów) w przebiegu 3 przypadków cukrzycy u osobników młodych złożoną esencyę antymelinową, gorąco zachwalaną w cukrzycy. Okazało się, że lek ten nie wywiera żadnego wpływu na dobową ilość moczu, %-wą i dobową ilość cukru. Wobec tego autor uważa ten lek za bezwartościowy. *Witold Orłowski* (Ptbg)

Wyniki wstrzykiwań epiduralnych w kile i czynnościowych schorzeniach narządów moczowych i płciowych. (*Münchener medic. Wochenschrift*, Nr. 28, 1903). Strauss leczył 10 przypadków drugorzędnej kiły wstrzykiwaniami do przestworu między okostną kręgosłupa, a oponą twardą. Wstrzykiwał 2%-wy rozczyn sublimatu z dodatkiem 40% NaCl, lub salicylan rtęciowy w 10% płynnej parafinie. Wstrzykiwania te nie nadają się do leczenia ambulatoryjnego z powodu bardzo gwałtownych objawów odczynowych. Szczególnie uskarżali się chorzy po wstrzyknięciu na częste i utrudnione oddawanie moczu, co ważnem jest dla zrozumienia korzystnego wpływu epiduralnych wstrzykiwań w niemożności wstrzymania, oraz zastoju moczu. W zmianach kiłowych ośrodkowego układu nerwowego byłyby w każdym razie usprawiedliwione wstrzykiwania odpowiednich soli rtęciowych. W mimowolnem moczeniu nocnem oddawały dobre usługi epiduralne wstrzykiwania rozczynu kokainowego z solą kuchenną (*Cocain. hydrochl. 0.01, Natr. chlor. 0.2, Aq. dest. ster. ad 100.0, Adde aq. carbol. 5% gtts II) — w dawkach, po 5—12 ctm.*³; spostrzegano zupełne wyleczenie nawet po jednorazowem wstrzyknięciu i poprzedzającej operacyi stulejki. Wstrzykiwano strzykawką automatyczną, opatrzoną klapą ssaco-tłoczącą i igłą z platynyirydyum. Także w niemożności zatrzymania moczu i moczeniu nadmiernem u dorosłych, w częstych zmazach, niezdolności do spółkowania, płciowej neurastenii osiągnięto dobre wyniki. Przy należytej aseptyce i technice chorzy znoszą dobrze wstrzykiwania, a tylko rzadko spostrzegano silniejszy ból miejscowy, zblednięcie, poty, omdlenie. Wstrzykiwać należy 5—30 ctm.³; najlepiej rozpocząć małą dawką i powiększać stosownie do wyniku. Wielka tolerancya przestworu nadtwardówkowego zezwala na powtarzanie wstrzykiwań w krótkich przerwach. Autor odpiera zarzut, iż uzyskane dobre wyniki tłómaczyć należy poddawaniem.

Baschkopf.

VI. Poglądy lekarzy starożytnych na przyczynę, przebieg i leczenie raka.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

I.

Wychodząc z zapatrywania, że dziś, gdy pod względem etyologii raka jeszcze się znajdujemy w okresie teoryi, a wyniki lecznicze nie są zbyt pocieszające, a może nawet nie dużo lepsze od tych, jakie osiągali greccy lub rzymscy nasi poprzednicy, których wiedzą nie mamy powodu pogardzać, postanowiłem rozglądnąć się po ich pismach. Okoliczność zaś ta, że w ostatnich czasach przystąpiono z pewnem wytężeniem do studyów nad tem strasznem cierpieniem, może być także jednym z powodów do ogloszenia tych kilku uwag, gdyż ciągłość historyczną uważamy za konieczną w każdym kierunku badań naukowych. Rozpoczynając nasz przegląd od medycyny greckiej, zaczynamy oczywiście od zbioru pism Hipokratesa. W tej dla badaczy bogatej kopalni spotykamy się z kilku ustępami, z których niezbicie wynika, że autorowie tego zbioru mieli niejednokrotnie sposobność spostrzegać raka, że wyrobili sobie pewne prawidła co do przyczyn jego powstawania, przebiegu i leczenia.

Co się tyczy przyczyn powstawania raka, to z dzieł Hipokratesa wynika, że szukał on jej przedewszystkiem w nadmiernem gromadzeniu się w ustroju złych soków, a więc takich, które powinny być wydalone. Tem należy tłómaczyć, że Hipokrates podał nam z małymi wyjątkami przypadki raka u kobiety, mianowicie raka sutki i macicy, a więc narządów, odgrywających ważną bardzo rolę w życiu kobiety, gdyż na tych dwóch przykładach mógł najdobitniej wytłómaczyć swoje przypuszczenia, nie popadając w sprzeczność ze sobą. By zrozumieć jego teorye powstawania raka, musimy sobie uprzytomnić, w jaki sposób on tłómaczył powstawanie miesiączki. Według Hipokratesa miesiączka nie jest niczem innem, jak tylko oczyszczaniem się ustroju niewieściego, wynikającem z natury jego budowy. Tkanki bowiem są u kobiety („φημὶ τὴν γυναῖκα ἀραιοσαρκοτέρην καὶ ἁπαλωτέρην εἶναι ἢ τὸν ἄνδρα“ ¹) mniej zbite, aniżeli u mężczyzn i skutkiem tego przychodzi bardzo łatwo u pierwszych do dyffuzyi z przewodu pokarmowego i do następowego gromadzenia się soków w tkankach. Takie gromadzenie się soków jest tak długo prawidłowem, jak długo się odbywa w granicach fizyologicznych. Nadmiernemu gromadzeniu się ich zapobiega miesiączka. W czasie ciąży kobiety nie miesiączkują, a mimo to nie przychodzi u nich do szkodliwego nadmiaru. Części bowiem tych soków, które w stanie nieciężarnym odchodzą co miesiąc z krwią miesiączkową, zużywa płód na swoje odżywienie („τὸ δὲ παιδίον ἐν τῇ γαστρὶ συνέχον τὰ χείλεα μύζει ἐν τῶν μητρέων τῆς μητρὸς καὶ ἕλκει τήν τε τροφὴν καὶ τὸ πνεῦμα τῇ καρδίῃ εἴσω“ ²), podczas gdy druga część gromadzi się w sutkach, przechodząc w pokarm („τρέπεται γὰρ ἐς τοὺς μασθοὺς τὸ γλυκύτατον τοῦ ὑγροῦ ἀπό τε τῶν σιτίων καὶ τῶν ποιτῶν καὶ ἐκθηλάζεται“ ³). W czasie połogu wydziela się znowu nadmiar z odchodami połogowymi, a w czasie karmienia — z pokarmem, podawanym oseskowi. Jeżeli zaś miesiączka z jakichkolwiek powodów zatrzymuje się, natenczas w ustroju kobiecym przychodzi do rozmaitych następstw, a między innemi i do obrzęku sutek. Wskutek takich zaburzeń powstają rozmaite guzki, które czasem zamieniają się w raka. Ponieważ zaś kobiety w podeszłym wieku nie mają więcej miesiączki, z tego też powodu u nich najczęściej rak występuje ⁴). Gdy zaś narządami, na które miesiączka, a zwłaszcza jej brak najbardziej wpływają, są sutki i macica, gdyż one pozostają w ścisłym ze sobą związku, stąd pochodzi, że te narządy są najbardziej narażone na dostanie raka. Tak więc mielibyśmy już dwie najważniejsze przyczyny tego strasznego cierpienia, t. j. nadmiar soków i podeszły wiek. Do tych przybywaja jeszcze inne, przedewszystkiem cierpienia macicy, a mianowicie wypadanie stwardniałej macicy. „γυναικὶ ὅταν ὑστέραι σκληραὶ γένωνται καὶ εἰς τὰ αἰδοῖα ἐξίσχωσι καὶ βουβῶνες σκληροὶ γίνωνται, καὶ καῦμα ἐν τοῖσι αἰδοίοισι ἐνῇ καρκινοῦσθαι ἄρχεται“ ⁵). Co tu należy uważać za przyczynę pierwotną raka, czy wypadanie

¹) Magni Hippocratis opera omnia ed. Kuhn II. De mulierum morbis, l. I. str. 608

²) De carnibus, K. I. str. 430.

³) De mulierum morb. K. II. str 706.

⁴) Praedictorum, lib. I· K. I. 204.

⁵) De natura muliebri, K. II. 551. To samo powtarza się prawie dosłownie w »de mulierum morb. lib. II. K. II. 832 i 833.

macicy, czy też już samo jej stwardnienie, będące następstwem przebytego zapalenia, to możemy rozstrzygnąć jedynie na podstawie domysłów. W pismach Hipokratesa spotykamy się dwa razy z powyższem twierdzeniem. Obydwa razy wspomina on i o wypadaniu i o stwardnieniu samej macicy. Lecz ani razu nie zaznacza, żeby w razie podejrzenia lub rozpoznania nowotworu leczenie rozpoczynano od odprowadzenia wypadniętego narządu, lub też żeby usiłowano go wogóle odprowadzić. Owszem, z pewnym naciskiem radzi leczyć zapalenie samej macicy środkami łagodzącymi tak, że jako najprawdopodobniejsze pozostaje przypuszczenie, że nie zmianę w położeniu, lecz cierpienie dawniej przebyte uważał za przyczynę nowego.

Obok cierpień, które są w stanie spowodować rozwój raka, można go jeszcze wzniecić środkami drażniącymi; dlatego lekarz, nienależycie leczący, może przyczynić się w znacznym stopniu do jego powstania [6]).

Cierpienie to może występować w rozmaitych narządach. Hipokrates wspomina o raku przełyku, sutków, macicy, odbytnicy i o raku utajonym. Zdaje się jednak, że on rozróżniał miejsca, w których nowotwór najchętniej umiejscawia się. O raku przełyku [7]) wspomina bowiem tylko raz; o raku sutków [8]) trzy razy, macicy [9]) dwa razy, trzy razy o raku utajonym [10]) i raz wreszcie o raku odbytnicy [11]). Z tego wnosząc, należałoby przyjąć, że najczęściej spotykał się on z rakiem macicy, z rakiem utajonym i z rakiem sutków.

Co się tyczy rodzajów cierpienia tego, to spotykamy się w zbiorze pism Hipokratesa z dwoma, a mianowicie z jawnymi, podpadającymi zmysłowi wzroku (κάρκινος ἀκρόπαθος) i z utajonymi (κ. κρυπτός), które tylko dotykiem są wybadalne. Co należy przez raka utajonego pojmować, można jedynie rozstrzygnąć na podstawie domysłów i z komentarza Galena do aforyzmów Hipokratesa. Zastanawiając się nad guzkami skórnymi, przychodzi Hipokrates do przekonania, że one częściej powstają u dzieci małych, rzadziej u dzieci dorosłych, a najrzadziej w wieku dojrzałym. Guzki te u dzieci przechodzą często w ropienie, a u dorosłych spotykamy się często z rozwojem w nich raka. Tymi guzkami ropiejącymi u małych dzieci często bywają zmienione gruczoły chłonne. Jeżeli zaś u dorosłych zamiast ropnia powstaje w tem samem miejscu rak, to najbliższem prawdy będzie przypuszczenie, że wtedy idzie o raka gruczołów i to pierwotnego lub następowego. Że rzeczywiście tak należy pojmować tę sprawę, może być dowodem Galen, który, komentując twierdzenia Hipokratesa, rozróżnia dwa rodzaje raka utajonego, t. j. położonego głęboko lub też bardziej powierzchownie [12]).

Objawy cierpienia są rozmaite, zależnie od okolicy niem zajętej. Jak się objawia rak przełyku, tego Hipokrates nie podaje, wspominając tylko mimochodem o jedynym tego rodzaju przypadku, jaki widział. Dokładnie opisuje natomiast objawy, zapowiadające powstanie raka sutków, oraz towarzyszące przez cały czas jego trwania. Objawy te są następujące: gorzki smak w ustach i uczucie, że wszystkie pokarmy są gorzkie, niemożność spożywania większych ilości pokarmów z powodu skłonności do wymiotów, wzrok staje się sztywny i słabnie, nos schnie, a chora doznaje uczucia takiego, jakgdyby zmysł węchu tępiał; woskowina w uszach wysycha i twardnieje, pamięć słabnie i występują bole, rozpromieniające się ku krtani i łopatkom; brodawka sutkowa kurczy się i wydziela czasem krew [13]), a jednocześnie chorej dokucza pragnienie [14]). Przy bliższem badaniu chorej, możemy wyszukać także przyczynę choroby, a mianowicie zamknięte ujście maciczne, co pociąga za sobą wędrówkę krwi miesiączkowej do sutków. Sutki i objętość brzucha powiększają się, a badający może doznać złudzenia, że one wypełnione są pokarmem i u kobiety rozpoznać ciążę. „ἀποκλεισθέτων (ὑστερέων) δὲ ἐπαναπέμπειν τα επι μήνια ἐς τοὺς μαζοὺς καὶ βέρεότες τοῦ στήθεος ποιέει, καὶ ἡ γαστὴρ ἡ νεαίρα ἐπῆρται, καὶ δοκέουσι οἱ ἄπειροι ἐν γαστρὶ ἔχειν“ [15]). Złudzenie to może trwać jedynie aż do siódmego lub ósmego miesiąca rzekomej ciąży, gdyż w tym czasie wiotczeją i maleją sutki, objętość brzucha się zmniejsza, a w sutkach tworzą się twarde, rozmaitej wielkości guzki, które nie ropnieją, lecz rakowacieją.

Inne objawy daje rak macicy. Przy badaniu można się przedewszystkiem z tem spotkać, co spowodowało cierpienie, t. j. ze stwardnieniem macicy samej, a następnie także i gruczołów pachwinowych. Chore zaś doznają uczucia pieczenia w okolicy sromu, a to każe podejrzywać początek cierpienia [16]).

Rakowi odbytnicy towarzyszą bóle w brzuchu, czasowa niemożność oddawania stolca i wiatrów, wzdęcie brzucha, gorączka i dreszcze [17]). Objawów rozpoznawczych dla raka utajonego, prócz tego, że tworzy on guzki, nie podaje Hipokrates żadnych.

Co się tyczy przebiegu cierpienia i niebezpieczeństwa, jakie z powodu niego grozi ustrojowi dotkniętemu, to nie ulega wątpliwości, że autorowie zbioru pism Hipokratesa zdawali sobie z niego sprawę jak najdokładniej. Czasu jego trwania wprawdzie nie znajdujemy nigdzie podanego. Natomiast wspomniano w kilku miejscah, że towarzyszy ono choremu aż do śmierci [18]), jakoteż nie mniej, że ono samo często śmierć powoduje [19]). Taki wynik nie jest jednakowoż koniecznym, gdyż zdarza się, wprawdzie nie zbyt często, że chorzy mogą wyzdrowieć. Hipokrates wspomina tylko o jednym takim chorym, którego mu się udało wyrwać śmierci odpowiedniem leczeniem. Był to ten chory, u którego wystąpił rak przełyku. Dlatego też nie należy chorych takich zaniedbywać, lecz baczną trzeba na nich zwracać uwagę, by nie stracić tego czasu, kiedy się jeszcze da coś zrobić. Tym najodpowiedniejszym czasem jest sam początek cierpienia. Zadanie, jakie wtedy przypada w udziale lekarzowi, jest jednem z najważniejszych, gdyż nie często może on podług Hipokratesa w tak znacznym stopniu choremu dopomódz, jak znowu z drugiej strony nienależytem leczeniem zaszkodzić. Nigdzie może nie powinno się tak pamiętać o zasadzie „μὴ βλάπτειν“. Leczenie jest wprawdzie mozolne, lecz wyleczenie nie jest wykluczone [20]) W pierwszym rzędzie Hipokrates jest za leczeniem przyczynowem i radzi je rozpocząć wcześnie, gdyż starania lekarza mogą być w późniejszym okresie nadaremne [21]). Wychodząc z zapatrywania, że rak sutka lub macicy występuje z powodu zatrzymywania się w ustroju nadmiaru soków, stara się przedewszystkiem odpowiednimi środkami wywołać miesiączkę, a gdy te soki same odchodzą, jak to ma miejsce przy raku sutka, gdzie one się wylewają przez brodawkę, należy ich odpływ ułatwiać, a nigdy go nie wstrzymywać, by chorych nie narażać przez to na niechybną śmierć. Gdzie zaś zapalenie dawne chorobę spowodowało, należy i temu wskazaniu

[6]) De morbis vulg., lib. V. K. III. str. 556.
[7]) Ibidem, lib. VII. K. III. str. 692
[8]) Ibidem, lib. V. K. III. str. 582 i lib. VII. K. III. str 702. De mulier. morbis, lib. II. K. II. str 794.
[9]) De natura muliebri, K. II. str. 551. — De mulier. morbis, lib. II. K. II. str. 833
[10]) Praedictorum, lib. II. K. I. str. 204 i 207. — Aphorismorum sectio sexta K. III. str. 754.
[11]) De morbis vulgaribus, lib V. K. III. str. 556.
[12]) Galeni in Hypocratis aphorismos, lib. VI. 38.
[13]) De morbis vulgaribus, lib. V. K. III. str. 582 i tamże lib. VII.
[14]) De mulierum morbis, lib. II. K. II str. 794.
[15]) Tamże str. 794.
[16]) De natura muliebri, K. II. str. 551 i De mulier. morbis. lib. II. K. II. 832 i 833.
[17]) De morbis vulgaribus, lib. V. K. III. str. 557.
[18]) Praedictorum, lib. II. K. I. str. 204. — De morbis vulgaribus, lib. V. K. III. str. 557. tamże str. 587 i lib. VII. str. 702.
[19]) De mulierum morbis, lib. II. K. II str. 796. — De morbis vulgaribus, lib. V. K. III. str. 582, tamże lib. VII, str. 702.
[20]) Praedictorum, lib. II. K. I. str. 207.
[21]) De mulierum morbis, lib. II. K. II. str. 796.

przyczynowemu zadość uczynić. W tym celu można użyć dwojakiego rodzaju środków, t. j. chirurgicznych, a mianowicie przyżegania i lekarstw, odpowiednio przyrządzonych. Pisma Hipokratesa wspominają o przyżeganiu jeden tylko raz z powodu raka przełyku. Wynik uwieńczył tym razem dzieło lekarza. Z leków należy przedewszystkiem unikać środków ostrych, drażniących, gdyż nimi osiąga się częstokroć wcale niepożądane pogorszenia choroby, lub też się nawet wznieca powstanie raka tam, gdzie go poprzednio nie było [22]). Dlatego należy być bardzo ostrożnym w wyborze środków leczniczych. Czyniąc zadość wskazaniu przyczynowemu i chcąc wywołać miesiączkę tam, gdzie jej przypisywał pewne w tym kierunku znaczenie, podawał leki. sprowadzające krwawienia, środki wymiotne, czyszczące, gałki pochwowe, zalecał wykadzanie pochwy parówką [23]) i kąpiele pełne. Wszelkimi tymi lekami można było osiągnąć pożądany skutek jedynie w początkowym okresie choroby i w dodatku jeszcze tam, gdzie lekarz nie miał przed sobą raka utajonego. Skoro zaś wyleczenie tej postaci cierpienia jest już z góry wykluczone, należy raczej prób zaniechać, gdyż w przeciwnym razie przyspiesza się śmierć przez drażnienie części schorzałej. „Ὁκόσοισι κρυπτοὶ καρκίνοι γίνονται μὴ θεραπεύειν βέλτιον. Θεραπευόμενοι γὰρ ἀπόλλυνται ταχέως μὴ θεραπευόμενοι δὲ πουλὺν χρόνον διατελοῦσι“ [24]). Wyjątek pod tym względem stanowi tylko rak utajony sutka i to jeszcze w początkowym okresie. „ἢν δε πρότερον ...... θεραπευθῇ καὶ λυθῇ τα ἐπιμήνια, ὑγιὴς γίνεται“ [25]). (C. d. n.)

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w lipcu b. r.

Wydział gospodarczy X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich uchwalił następujący ogólny program Zjazdu:

We wtorek 19 lipca 1904 r. wieczorem zebranie i powitanie przybyłych uczestników w Hotelu Georgea.

We środę 20 lipca: o 9 rano uroczyste otwarcie Zjazdu w teatrze miejskim i I. posiedzenie ogólne, na którem dwóch uproszonych prelegentów wygłosi wykłady. Po tem posiedzeniu odbędzie się na Wystawie przyrodniczo-lekarskiej i higienicznej (w t. zwanym pałacu sztuki na placu powystawowym) powitanie uczestników Zjazdu przez Komitet wystawowy i gremialne zwiedzenie Wystawy. O 4 popołudniu posiedzenia sekcyjne; wieczorem przedstawienie teatralne.

We czwartek 21 lipca: od 7—9 zwiedzanie miasta i zakładów naukowych przyrodniczo-lekarskich i technicznych; o 9 rano posiedzenia sekcyjne. Popołudniu o 3-ej zebranie wszystkich sekcyi lekarskich na posiedzeniu Sekcyi dla spraw zawodowych stanu lekarskiego; wśród tego posiedzenia sekcyjne Sekcyi przyrodniczych. O 6-ej wieczorem zwiedzenie boiska sokolego, podczas czego odbędą się odpowiednie ćwiczenia i demonstracye. O 9-ej wieczór przyjęcie uczestników Zjazdu przez Wydział gospodarczy.

W piątek 22 lipca: od 7—9 rano zwiedzanie miasta i jego zakładów; o 9-ej rano posiedzenie zbiorowe wszystkich sekcyi z udziałem zaproszonych gości w sprawie alkoholizmu i zwalczania chorób płciowych: po południu wycieczka do Janowa pod Lwowem.

W sobotę 23 lipca: od 7—9 rano zwiedzanie miasta i jego zakładów; o 9-ej rano posiedzenia sekcyjne; o 4-ej popołudniu II. posiedzenie ogólne z jednym, ewentualnie dwoma, wykładami uproszonych prelegentów i zamknięcie Zjazdu.

W niedzielę 24 lipca wycieczka do Podhorzec i Oleska i wyjazd na wycieczkę do zdrojowisk krajowych.

Prace naukowe Zjazdu odbywać się będą współcześnie w 26 sekcyach, z których przeważna część umieści na porządku dziennym swych obrad kilka z góry oznaczonych tematów, przedstawionych przez uproszonych sprawozdawców. Ponadto zgłoszono już do dnia dzisiejszego około 200 samodzielnych wykładów. Ostateczny termin zgłaszania wykładów upływa 1 czerwca b. r.; do zgłoszeń winno być dołączone krótkie streszczenie zamierzonego wykładu.

Prof. Dr. E. Machek, przewodn. *Prof. Dr. J. Zakrzewski*, zast. przewodn.

Prof. Dr. W. Sieradzki, sekretarz główny (Czarneckiego, l. 3).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 25 lutego

* Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lek. krak. przyjęto na członków czynnych Tow. D-rów: Berezowskiego Tad., Cybulskiego Piotra, Progulskiego Stan., Radeckiego Pawła, Stankiewicza W. i Wojciechowskiego Brunona. Po demonstracyi chorych przez kol. T. Piotrowskiego odbył się wykład kol. prof. Wachholza: »O pożarach teatrów ze stanowiska sądowo-lekarskiego«.

* Donieśliśmy w swoim czasie, że Komitet gospodarczy przyszłego międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Lizbonie zaprosił prof. Dr. Wicherkiewicza do podjęcia się zorganizowania polskiego Komitetu narodowego, w myśl tradycyi Kongresów poprzednich. Odpowiedź prof. Wicherkiewicza na to wezwanie Komitetu lizbońskiego zawiera wiele zdań zasadniczych, żywo obchodzących szeroki ogół lekarzy polskich, przeto korzystając z łaskawego pozwolenia autora, przytaczamy ją w streszczeniu.

Prof. Wicherkiewicz podaje pobudki, które go i tym razem skłoniły do przyjęcia — bądźcobądź — mozolnego, lecz zaszczytnego mandatu, zastrzegając się jednak na wstępie, że Komitet narodowy polski, którego siedziba będzie w Krakowie, obejmie według uświęconego zwyczaju, tradycyi i słuszności wszystkich lekarzy polskich w pojęciu etnograficznem — a nie politycznem. Zastrzeżenie to uważa za niezbędne wobec tych nieporozumień, które miały miejsce podczas ostatniego Kongresu w Madrycie, a zapobieżenie którym polegać powinno w stanowczej postawie Komitetu lizbońskiego i z góry danej rękojmi Komitetowi polskiemu, że prawa narodowości polskiej na przyszłym Kongresie będą poszanowane na równi z prawami innych narodów. Prof. Wicherkiewicz wyjaśnia, że prawa do jedności cywilizacyjnej Polaków nigdy, nigdzie i przez nikogo zaprzeczane nie były i nie są, że bez względu na podziały polityczne istnieje tylko jedna i niepodzielna sztuka, literatura i wiedza polska, a to są dostateczne tytuły, które niezawodnie uzna Komitet lizboński i wraz z lekarzami polskimi podzieli przekonanie, że w chwili zgromadzenia się reprezentantów medycyny wszystkich narodów cywilizowanych, zbierających się w celu porozumienia się nad ważnemi zagadnieniami ludzkości i rozejrzenia się w tem, co zdziałano w powszechnem spółubieganiu się dla sztuki i nauki lekarskiej, — polityka ma zamilknąć, a nad waśniami podrzędnej natury powinna zapanować sprawiedliwość, wymierzona w równym stopniu nie tylko narodom szczęśliwym, lecz i wydziedziczonym.

Żywię przekonanie, kończy prof. Wicherkiewicz, że Komitet gospodarczy zechce zaszczycić mnię swoją odpowiedzią, w której pragnąłbym dopatrzeć rękojmię, że delegacya polska używać będzie istotnej wolności urzędowego reprezentowania polskiego stanu lekarskiego na Kongresie w Lizbonie. Ze swej strony Komitet narodowy polski daje rzetelną porękę, że obcą mu będzie wszelka myśl mieszania polityki do wzniosłych i wytkniętych zadań Kongresu.

Do tych słów stanowczych i pełnych godności dodajemy od siebie, że sprawę podniesioną przez prof. Wicherkiewicza, w znacznej mierze rozstrzyga dyplomacya austryacka, którą na Kongresie madryckim opanował tradycyjny duch centralistyczny. Czy Austrya tu działa z własnego natchnienia. czy też jest to »veto« zamówione przez kogoś innego, a wreszcie czy to »veto« ma mieć siłę i na Kongresie w Lizbonie, ufamy, że sprawę tę wyjaśni Czcigodny prezes Komitetu polskiego: jeśli się jednak okaże, że dyplomacya austryacka podtrzymuje precedens wytworzony w Madrycie, to nie istnieje żadna podstawa istotna, ażeby Austryę na Kongresach międzynarodowych reprezentowali tylko Niemcy wiedeńscy; reprezentować ją będą kolejno te narody, które są reprezentowane w Radzie państwa i zajmą stanowisko, jakie ze względu na swój indywidualizm narodowy uznają za stosowne, a oczywiście nie będzie to stanowisko niemieckie.

* Dr. Krzyżanowski, dyrektor Wystawy przyrodniczo-lekarskiej i higienicznej, która odbędzie się w r. b. z okazyi X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, donosi, że staraniem Komitetu Wystawowego wyjdzie ilustrowany i artystycznie wydany Ka-

[22]) De morbis vulgar., lib. V. K. III. str. 556 i 557.
[23]) De mulierum morbis, lib. II. K. II. str. 796.
[24]) Aphorismorum sectis sexta. K. III. 754.
[25]) De mulierum morbis, lib. II K. II. str. 796.

talog Wystawy wraz z przewodnikiem. Wydawnictwo to, jako rzecz artystycznie piękna, będzie stanowiło cenną pamiątkę Wystawy i zostanie rozdane w części bezpłatnie pomiędzy uczestników Zjazdu, w części zaś rozsprzedane po bardzo nizkiej cenie publiczności, zwiedzającej Wystawę.

Redakcyę tego katalogu powierzył Komitet Wystawy p. Dr. Józefowi Rosenbergowi (*Lwów, ul. Piekarska l. 52*), który też będzie dawał wyjaśnienia tak w sprawie katalogu samego, jak i mieścić się w nim mających ogłoszeń i inseratów, które stanowić będą przy katalogu osobny dział.

* Dr. *S. K.*, stosując się do orzeczenia sądu honorowego, składa za pośrednictwem redakcyi »Przeglądu lekarskiego« 25 rubli na rzecz szpitala starozakonnych i 25 rubli na rzecz Instytutu im. bar. Lenvala.

Z naszej strony upraszamy Dr. S. K. o rychłe nadesłanie dokładnego adresu obydwóch obdarowanych instytucyi.

* Asystent sanitarny, Dr. Wojciech Kurzyniec, został przeniesiony przez namiestnictwo z Bochni do Brzeska.

* Prezydentem Izby lekarskiej wiedeńskiej wybrany został doc. Dr. Ewald, zastępcą Dr. Dirmoser.

* Zjazdy: 1) Francuski Zjazd klimatologiczno-higieniczny odbędzie się od 4 do 6 kwietnia b. r. w Nicei; 2) Międzynarodowe centralne biuro Związku dla walki z gruźlicą odbędzie się od 27 do 29 maja b. r. w Kopenhadze.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Bossi mian. profesorem zwycz. położnictwa w Genui. Prof. patologii doświadczalnej, Dr. Chantemesse, mian. profesorem higieny w Paryżu.

Nekrologia. Zmarli: D. 15 b. m. zakończył życie w Tepliku (na Podolu) Dr. Ignacy Machcewicz, lekarz zdolny, człowiek charakteru nieskazitelnego. Żył lat 49. W Wiśniowczyku padł ofiarą duru osutkowego lekarz okręgowy, Dr. Karol Zierhoffer. Dr. Calvo y Martin, b. prof. chirurgicznej anatomii, zmarł w Madrycie. Dr. Emminghaus, prof. chirurgii w Fryburgu, zmarł w 59 r. życia.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 7. Pruszyński: Ś. p. Wiktor Grostern (Wspomnienie pośmiertne). Dmochowski: Przypadek nagłej śmierci z zatoru powietrznego skutkiem uszkodzenia żył kostnych (dok.). Serkowski i Maybaum: Materyały do etyologii i statystyki raka (c. d.). Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych skóry w *herpes progenitalis* (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 7. Klein i Steinhaus: O chloromacie. Goldflam: Przyczynek do patologii odruchów na dolnych kończynach ze szczególnem uwzględnieniem odruchu Babińskiego (dok.).

— *Przegląd okulistyczny* (styczeń). Rymowicz: Wpływ leczenia surowicą na przebieg zakażenia rogówki paciorkowcem ropnym podczas operacyi wyjęcia zaćmy.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 2. Zarzycki: O kanalizacyi m. Lwowa.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 2. Žirovčić: Sudbeni slučaj, u kojem je slabouman čovjek osumnjičen, da je na osebujan način usmrtio staru svoju mater. Mašek i Joanović: Slučaj aktinomykoma pazuha s kliničkog i bakteriološkog gledišta. Polášek: Semen strophanti.

— *La Presse médicale* N. 12. Jayle: Wziernik (maciczny). Martinet: Cukrzyca rodzinna

N. 13. Winter: Własności dynamiczne cieczy. Kryoskopia. Romme: Twarda opuchlina urazowa ręki.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 7. Westenhoeffer: Drogi gruźliczego zakażenia w ustroju dziecięcem. Pick: Nabłoniak chorioektodermalny. Landau: Przyczynek do klinicznego zachowania się nabłoniaka chorioektodermalnego. Meyer: Rozpoznawanie duru sposobem Fickera. Figari: Antytoksyny i aglutyniny krwi zwierząt uodpornionych. Fibiger i Jensen: Przenoszenie się gruźlicy z ludzi na zwierzęta (dok.). Rosenbach: Kiła czy też czynnik społeczny stanowi o powstawaniu wiądu?

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 7. Hauser: O niektórych doświadczeniach przy stosowaniu surowiczodyagnostycznej metody dla sądowych badań krwi. Marx i Ehrnrooth: Prosta metoda dla odróżnienia sądowolekarskiego krwi ludzkiej od krwi ssawców. Schottmüller: Przyczynek do etyologii ostrego zapalenia kiszek. Dauber: Zapobieganie śluzoropotokowi noworodków. Hofmann: Jaki udział biorą w wyleczeniu gruźliczego schorzenia szczytów płucnych stawy chrząstki pierwszego żebra i luźne połączenie między rękojeścią a trzonem mostka? Bellei: Ulepszona metoda oznaczania wartości chemicznych przetworów odkażających. Sachs: O hemolizynie prawidłowej surowicy krwi. Levy: Gliceryna a limfa. Müller: Przypadek ropnego torbielu na tle pneumokokowem. Manhenke: Przypadek posocznicy po operacyi polipa w jamie nosowo-połykowej. Weil: O sposobie stosowania mezotanu. Bleuler: Czy postępy medycyny prowadzą do zwyrodnienia ras?

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 7. Seegen: Tworzenie się cukru w wątrobie pod wpływem wyskoku. Pospischill: Nowa, uznana za samoistną osutka ostra. Exner: Sposób wstecznej przemiany przerzutów raka pod działaniem promieni radu. Stoerk: Mięsak czarny opony miękkiej. Türk: Przyczynek do poznania objawów: policytemia z obrzękiem śledziony i sinicą (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 8. Neisser i Habberstaedler: Doniesienie o leczeniu światłem metodą Dreyera. Flügge: Zwalczanie gruźlicy. Schlüter: Dyagnostyczna wartość odczynu tuberkuliny. Dungern: Przyczynek do poznania stosunków ilościowych przy łączeniu jadu błoniczego z surowicą przeciwbłoniczą. Hartz: Leczenie tiozynaminą (*thiosinamin*) zwężeń odźwiernika żołądka. Sommer: Przedstawienie zamierzonych ruchów w obrazach świetlnych i barwnych.

Redakcya otrzymała. Neumann: Ueber den sogenannten Weichselzopf.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 7 (od 14/II do 20/II) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 27, dz. 28; nieżywo: chł. 4, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 13; zamiejscowych: męż. 17, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 9, ob. 7. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. 4. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. 1, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 2. 21) nowotwory: miej. —, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 8, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 31. obcych 24.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.


APTEKA
STOMACHIN

Rok XLIII. Kraków 5 Marca 1904. Nr. 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Ze szpitala dla dzieci im. św. Zofii we Lwowie.

Ośm przypadków tężca leczonych wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej.

Podał

Dr. Teofil Hołobut

asystent Zakładu patol. ogólnej Uniw. lwowskiego.

Jednym ze środków leczniczych, stosowanych w tężcu, środków racyonalnych, mających na celu zniszczenie znajdującego się w ustroju jadu, są wstrzykiwania zawiesiny mózgowej zdrowego zwierzęcia pod skórę dotkniętego chorobą osobnika. Zastosował ją pierwszy raz u nas Dr. Krokiewicz i opisał ten przypadek w r. 1898 w „Nowinach lekarskich". Za właściwych autorów tej metody należy uważać Wassermana i Takakiego (*Berliner klin. Wochenschrift, Nr. 1, 1898*), Milchnera (*Berliner klin. Wochenschrift, 1898 Nr. 17*), Marie (*Annales d' Institut Pasteur, 1898 Nr. 2*) i innych, gdyż oni pierwsi doświadczalnie wykazali, bądź to w probówce, bądź na zwierzęciu, że mózg posiada własność łączenia się i to chemicznego z jadem tężcowym, czyli że jest obdarzony działaniem przeciwtężcowem. Na ich więc doświadczeniach oparł się Krokiewicz, zamierzył tę własność mózgu wykorzystać i zastosować w leczeniu tężca u człowieka, w tem tkwi jego główna zasługa.

Dla sporządzenia zawiesiny mózgowej używa Krokiewicz mózgu cielęcego, który rozciera należycie z fizyologicznym roztworem soli kuchennej; nie sącząc otrzymanej zawiesiny, wstrzykuje ją pod skórę. Chory, leczony temi wstrzykiwaniami, wyzdrowiał; w miejscu jednak wstrzykiwań potworzyły się ropnie.

Schramm ogłaszając wnet potem przypadek tężca, leczonego wstrzykiwaniami zawiesiny (Przegląd lekar. 1899), wprowadza dwie modyfikacye. Nie używa mózgu cielęcego, lecz króliczego, wychodząc ze słusznego zapatrywania, że można go wyjąć samemu zupełnie czysto, podczas gdy cielęcy nie daje rękojmi należytej czystości, a następnie, zawiesinę, otrzymaną przez roztarcie mózgu z roztworem fizyologicznym soli kuchennej, sączy przez gazę wyjałowioną i tym sposobem unika cząstek stałych, nieroztartych należycie, któreby mogły stać się przyczyną zadrażnienia w miejscu wstrzyknięcia. Przypadek tężca, leczony tym sposobem, skończył się pomyślnie, a w miejscu wstrzyknięcia nie zauważył Schramm rzeczywiście żadnego odczynu zapalnego.

Dalsze przypadki tężca, leczone tą metodą, ogłaszają: Krokiewicz (*Przegląd lekar., 1899*), Kadyj (*Przegląd lekar., 1899*), Mori i Salvolini (*Gazz. degli ospedali e delle chin., 1899 Nr. 48*) i inni. Dr. Radzikowski, asystent kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego, demonstrując na jednem z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego w r. 1903 przypadek tężca, leczony wstrzykiwaniami zawiesiny i to z wynikiem pomyślnym, podał równocześnie wszystkie, dotychczas ogłoszone w piśmiennictwie przypadki, leczone tą metodą; jest ich razem 21, z tego cztery zakończone śmiercią.

Liczba to nawet, jeśli dodamy do tego przypadki, które obecnie ogłaszam, zbyt jeszcze szczupła, by opierając się na niej można już było wyrobić sobie jakieś dokładne zdanie o skuteczności wyżej przytoczonej metody lub jej nieskuteczności. Tu tylko zebranie większej liczby przypadków i dokładne ich spostrzeganie może nam dać możność ocenienia wpływu wstrzykiwań zawiesiny na samą sprawę chorobową. Ogłaszając nasze przypadki tężca, mam właśnie na względzie głównie cel ostatni, t. j. dorzucenie do znanych już przypadków kilku jeszcze nowych, a tem samem przyczynienia się do zwiększenia liczby przypadków, leczonych zawiesiną mózgu; równocześnie zaś pragnę podać wyniki leczenia, jak mi się one ostatecznie przedstawiają przy zastosowaniu tej metody w przypadkach, które wnet przytoczę.

W szpitalu dla dzieci im. św. Zofii we Lwowie zastosowano metodę tę w leczeniu tężca po raz pierwszy w r. 1899, a dobre wyniki, jakie otrzymano w pierwszych przypadkach tej choroby, zachęciły do dalszego jej stosowania tak, że od roku 1899 do 1903 włącznie leczono wszystkie przypadki wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej, — a było ich ogółem ośm (z tych jeden tylko ogłoszony dotychczas przez Schramma w „Przeglądzie lekar." 1899). — Pierwszych dwóch przypadków nie znam z własnej obserwacyi, lecz tylko z historyi choroby, sześć zaś następnych sam spostrzegałem, a po większej części również osobiście stosowałem wstrzykiwania zawiesiny. Obszerniej nieco opiszę cztery, leczone w r. 1903; o innych czterech wspomnę tylko pokrótce.

1) *H. Z.*, lat 9, córka zarobnika z Barszczowic. Otrzymała dwa wstrzykiwania. Wyszła ze szpitala zdrowa. Przypadek, opisany obszernie przez Schramma (*Przegl. lek.* 1899).

2) *H. K.*, córka zarobnika z Kleparowa, lat 3. Przyjęta do szpitala 3/VII. 1899. Chora od 4 dni. Stan obecny. Odżywienie dobre W narządach wewnętrznych zmian niema. Na palcu dużym nogi lewej widać świeżą bliznę. Tężec mięśni twarzy, karku, lędźwi, brzucha, kończyn dolnych. Liczba napadów na dobę zmienna. W pierwszych siedmiu dniach gorączka (38·3° C.—39° C). 4/VII wstrzyknięcie zawiesiny mózgowej; wewnętrznie brom.; 10/VII ciepłota ciała prawidłowa i taka utrzymuje się aż do czasu wyjścia chorej ze szpitala. Opuszcza szpital ze znacznem polepszeniem d. 17/VII.

3) *M. O.*, lat 10, syn zarobnika z Chołojowa. Przyjęty do szpitala 11/9. 1902. Pierwsze objawy tężca w 2 tygodnie po wbiciu drza-

zgi pod paznogieć palca dużego nogi lewej; w dwa tygodnie od wystąpienia pierwszych objawów zgłasza się do szpitala.

Stan obecny: Odżywienie liche. Nie gorączkuje. W narządach wewnętrznych zmian niema. Tętno wolne, regularne. W miejscu wbicia drzazgi widoczna mała blizna. Tężec ogólny. Odnogi górne wolne. Od czasu do czasu kurcze tężcowe, niezbyt jednak silne. — Wstrzyknięto zawiesinę 12/IX, 18/IX i 24/IX: na wewnątrz podano brom. Przez cały czas stosowania wstrzykiwań, stan, jaki znaleziono w dniu przyjęcia, utrzymuje się nadal; poprawa następuje dopiero w kilka dni po ostatniem wstrzyknięciu; poprawa ta, choć powoli, stale jednak postępuje. Pacyent opuszcza szpital zupełnie zdrowy 7/XI.

4) *R. W.*, lat 9, syn zarobnika z Pakości p. Mościska. Przyjęty do szpitala 16/X. 1902 r. Skaleczył się kością w piętę prawą; po 10 dniach wystąpiły pierwsze objawy tężca. W 4 dni po wystąpieniu choroby zgłosił się do szpitala.

Stan obecny: Odżywienie podupadłe. W pasze prawej wypuk przytłumiony, tamże wdech słabo słyszalny. Granica serca nieco przekracza na lewo linię sutkową. Tony serca czyste. Tętno słabo napięte, 120 na minutę. W pierwszych dwóch dniach lekka gorączka, później ciepłota prawidłowa. W miejscu skaleczenia kością widoczna blizna. Tężec ogólny prócz kończyn górnych, kurcze tężcowe rzadkie i słabe. Wstrzyknięto zawiesinę 18/X i 24/X; na wewnątrz podano brom. Poprawa zaznaczyła się wnet po 2-giem wstrzyknięciu i dość szybko naprzód postępuje tak, że chory w dniu 23/XI 1902 wychodzi ze szpitala zupełnie zdrowy.

Z czterech przypadków leczonych w roku 1903:

5) *M. K.*, lat 9, córka portyera teatralnego we Lwowie. Wstąpiła do szpitala 24/IV 1903. Upadła na drzewo w ogrodzie i wbiła sobie drzazgę w ramię prawe. Pierwsze objawy tężca wystąpiły w prawem ramieniu po 3 dniach od chwili skaleczenia się; w dwa dni po zachorowaniu zgłosiła się do szpitala.

Stan obecny: Odżywienie dobre, nie gorączkuje; tętno dobre, 80 na minutę; w narządach wewnętrznych zmian niema. Twarz pokryta obficie potem. Mięśnie całego ciała, szczególnie lędźwiowe, w ciągłym skurczu tężcowym; szczękościsk; charakterystyczne tężcowe wejrzenie twarzy; kończyny dolne wyprostowane; stopy w zgięciu podeszwowem; kończyny górne zgięte w łokciach i zbliżone do tułowia. W miejscu skaleczenia ropień, który przecięło, wyjęło drzazgę, ranę oczyszczono, wytarto kwasem karbolowym i założono opatrunek przeciwgnilny. 24/IV wstrzyknięto zawiesinę mózgową. Na wewnątrz podano brom. 25/IV stan jak dnia poprzedniego; dwa silniejsze napady kurczów tężcowych. 26/IV drugie wstrzyknięcie zawiesiny. Trzy silniejsze napady kurczów; zresztą stan jednaki. 27/IV stan jak dni poprzednich. Nie gorączkuje, tętno około 90, dość dobrze napięte. Dwa silniejsze napady. 28/IV opuszcza szpital niewyleczona, na usilne żądanie rodziców, którzy nie dopatrując skutku leczenia, zażądali wypisania córki. W tydzień po wyjściu ze szpitala zmarła.

6) *S. R.*, lat 10, córka robotnika ze Stanisławowa. Przyjęta do szpitala 1/VIII 1903. Przed dwoma tygodniami skaleczyła się szkłem w nogę lewą. Rana nie goiła się przez długi czas. W $1^1/_2$ tygodnia po skaleczeniu wystąpiły pierwsze objawy tężca.

Stan obecny: Odżywienie dobre. Nie gorączkuje. Tętno 80, regularne. Sensoryum niezajęte. Oddech spokojny. W narządach wewnętrznych zmian niema. Twarz pokryta potem. Na kostce wewnętrznej nogi lewej wrzód długości 2 ctm., szerokości 1 ctm., pokryty ziarniną wiotką, szarawą. Szczękościsk miernego stopnia. Sztywność mięśni twarzy, karku, lędźwi, brzucha. Brzuch deskowato twardy, zapadnięty. Kończyny górne wolne, w dolnych tylko przy bardzo dokładnem badaniu można zauważyć lekką sztywność Przy dotknięciu chorej, stuknięciu obok niej, a także samoistnie występują kurcze tężcowe, choć niezbyt silne; powtarzają się jednak bardzo często, a chora opowiada o nich w wolnych od napadu chwilach, jako bardzo dokuczliwych. Przyjmuje przeważnie pokarmy płynne; przyjmowanie stałych utrudnione z powodu szczękościsku. Ranę oczyszczono, wytarto kwasem karbolowym i założono opatrunek przeciwgnilny. 2/VII pierwsze wstrzyknięcie zawiesiny mózgowej. Na wewnątrz zaczęto podawać brom. Aż do drugiego wstrzyknięcia zawiesiny w dniu 6/VII stan niezmieniony. 5/VII chora podaje wprawdzie, że czuje się nieco lepiej, nie można się jednak dowiedzieć, na czem opiera swe twierdzenie; być może, że jest to tylko wynikiem obawy przed nowem wstrzyknięciem zawiesiny, gdyż przedmiotowo polepszenia zauważyć nie można. Ciepłota prawidłowa Tętno spokojne, 76. Rana goi się, choć zbyt powoli.

6/VII. Drugie wstrzyknięcie zawiesiny mózgu. W dniu tym nastąpiło znaczne pogorszenie stanu chorobowego. Do objawów poprzednich, spotęgowanych teraz w wysokim stopniu, dołączył się tężec kończyn dolnych. Kończyny sztywne, stopy w zgięciu podeszwowem. Szczękościsk bardzo silny, głowa w tył wygięta, tężec tylny (*opisthotonus*) bardzo znaczny tak, że pięścią wejść można swobodnie pod kręgosłup. Kurcze tężcowe bardzo częste i bardzo silne. Przy przyjmowaniu płynnych pokarmów często się krztusi. Ciepłota prawidłowa. Tętno 80.

7/VII rano ciepłota 38·2° C. Tętno przyspieszone, około 100; po południu ciepłota 37° C., tętno 90. Stan ogólny niezmieniony, nawet może nieco gorszy.

8/VII. Trzecie wstrzyknięcie zawiesiny mózgu; aż do czwartego wstrzyknięcia w dniu 20/VII stan niezmieniony. Tężec stale się utrzymuje. Kurcze tężcowe również częste i silne. Gorączki niema. Tętno dobre, regularne.

20/VII. Czwarte i ostatnie wstrzyknięcie zawiesiny. W następnych dniach stan wciąż jednaki; kurcze tężcowe może tylko nie tak częste i silne. Poprawa stanu chorobowego widoczna dopiero 27/VII. Szczękościsk mniejszy. Kończynami dolnemi może lekko poruszać. Kurczów tężcowych niema. Ciepłota prawidłowa. Tętno dobre, 80. Od dnia tego zaprzestano podawania bromu na wewnątrz, a zaczęto stosować ciepłe kąpiele raz dziennie. W następnych dniach stan chorobowy, aczkolwiek powoli, poprawia się stale.

6/VIII chora, trzymając się łóżka, może stać. 10/VIII zasiada wspólnie z dziećmi przy stole. 15/VIII próbuje chodzić przy pomocy drugiej osoby; chodzi niezgrabnie, staje tylko na palcach, gdyż tężec obejmuje jeszcze stopy, które znajdują się w zgięciu podeszwowem. Również utrzymuje się jeszcze tężec w mięśniach brzucha.

20/VIII chora chodzi sama wciąż jeszcze tylko na palcach.

30/VIII opuściła szpital zdrowa; tężec stóp utrzymuje się jeszcze wciąż

7) *S. A.*, lat 9, syn zarobnika z Lacek wielkich. Wstąpił do szpitala 10/VII 1903 r. Skaleczył się w ogrodzie kawałkiem trzaski trzcinowej w nogę prawą. Pierwsze objawy tężca 3 dni przed wstąpieniem do szpitala, a w dwa tygodnie po skaleczeniu.

Stan obecny: Odżywienie dość liche. Lekki stan podgorączkowy (37·9° C.). Tętno 92, dobre. Na podeszwie nogi prawej naprzeciw palca średniego rana czysta, pokryta zasychającym strupem, zajmująca — jak się zdawało — tylko skórę. Ucisk na miejsce to niebolesny. W narządach wewnętrznych zmian niema. Na szyi, twarzy, górnej części klatki piersiowej — potówka. Szczękościsk dość silny; usta wprawdzie otwiera jeszcze, ale nieznacznie. Tężec mięśni twarzy, karku, brzucha — wybitny, kręgosłupa zaś i odnóg dolnych ledwie zaznaczony Nogi w kolanie zgina dobrze, choć z pewną trudnością, palcami nóg rusza dobrze. Odnogi górne wolne. Kurczów tężcowych niema.

20/VII. Ranę oczyszczono, wytarto kwasem karbolowym, założono opatrunek przeciwgnilny i wstrzyknięto zawiesinę mózgową.

21/VII. Ciepłota 39·3° C. Tętno przyspieszone, 120. Zresztą stan jak dnia poprzedniego.

22/VII. Stan niezmieniony. Ciepłota 38·9° C.

23/VII Ciepłota rano 38·4° C., tętno około 120, popołudniu 37·1° C., tętno 100. Rana ropieje dość silnie. Rozszerzono ją i przekonano się, że drąży w głąb stopy; przewód wyłyżeczkowano, przypalono kw. karbolowym i założono opatrunek aseptyczny Dnia tego stan chorego znacznie się pogorszył. Sensoryum lekko zajęte, głowa w tył odrzucona, szczękościsk silny, tężec tylny bardzo znaczny; odnogi dolne, dotychczas nieznacznie zajęte, stały się sztywne; stopy w zgięciu podeszwowem. Kurcze tężcowe bardzo częste i dość silne. Odnogi górne wolne. Chory odżywia się tylko płynami, przeważnie mlekiem, aby się nie krztusić, radzi sobie w ten sposób, że pije mleko jak oseski z flaszeczki. Na wewnątrz zaczęto od dnia tego podawać brom.

24/VII. Stan niezmieniony. Ciepłota 36·9° C, tętno 84.

25/VII. Rana ropieje wciąż. Wobec tego przewód rany przecięto; na końcu tegoż, bardzo głęboko, prawie w połowie podeszwy, znaleziono dwa spore odłamki trzciny. Ranę opatrzono aseptycznie; odtąd goi się prawidłowo. Odłamkami trzciny szczepiono szczury; na tężec

jednak nie padły. Ciepłota ciała 37·1° C., tętno 84. Dnia tego wstrzyknięto drugi raz zawiesinę mózgową.

26/VII. Stan niezmieniony, a może nawet nieco gorszy.

27/VII. Kurcze tężcowe bardzo częste i silne, męczą w wysokim stopniu chorego. Sensoryum mocno zajęte. Sztywność mięśni bardzo znaczna; chory wygięty silnie w kabłąk z głową, mocno w tył przechyloną, ma wejrzenie podobne do posągu, wykutego z kamienia.

28/VII. Stan niezmieniony. Ciepłota prawidłowa, tętno spokojne. Trzecie wstrzyknięcie zawiesiny mózgowej.

W dniach następnych stan niezmieniony. Kurcze tężcowe ciągle jeszcze istnieją, gwałtowne i częste, jak dawniej. Tężec mięśni zajętych utrzymuje się stale w jednakowym stopniu. Sensoryum nieco wolniejsze. Chory silnie wychudzony.

2/VIII. Czwarte wstrzyknięcie zawiesiny mózgu.

3/VIII, 4/VIII. Stan niezmieniony. W następnych dniach widoczne lekkie polepszenie. Sensoryum swobodne. Szczękościsk nieco mniejszy, zaczyna powoli ustępować. Kurcze jednak całego ciała wciąż jeszcze silne i częste.

7/VIII. Ostatnie wstrzyknięcie zawiesiny. W trzy dni po wstrzyknięciu utworzył się ropień w miejscu wstrzyknięcia; otwarto go 12/VIII. Od 8—12/VIII ciepłota ciała podniesiona; tętno lekko przyspieszone. Stan chorego trwale się poprawia. Kurcze tężcowe rzadsze i słabsze. Przestano podawać brom, polecono ciepłe kąpiele.

13/VIII. Sensoryum niezajęte. Chory niegorączkuje, 36·9° C., tętno 60. Tężec stale ustępuje. Szczękościsk znacznie mniejszy. Ruchy głowy prawie wolne. Tężec tylny dość silny. Odnogi dolne lekko zgina w kolanach.

18/VIII Stan chorego znacznie lepszy.

23/VIII. Skurcz prawie wszystkich mięśni ustąpił, prócz stóp, które są ustawione w zgięciu podeszwowem i mięśni brzucha, również jeszcze zajętych. Kurczów tężcowych niema.

29/VIII. Pierwszy raz chory stoi sam obok łóżka. Skóra na kończynach dolnych, brzuchu, klatce piersiowej, twarzy łuszczy się w dużych płatach.

3/IX. Tężec mięśni brzucha ustąpił, jak również stóp, które choć jeszcze zajęte, jednak w znacznie mniejszym stopniu. Chory zaczyna chodzić, trzymając się łóżka; chodzi niezgrabnie. Odżywienie chorego bardzo liche, wskutek czego męczy się on bardzo prędko; chętniej leży, niż stoi lub chodzi (oczywiście, opierając się o łóżko lub jaki inny przedmiot stały). Zaczęto podawać choremu alboferynę.

16/IX. Chodzi chory bez pomocy; chód jego robi wrażenie chodu tabetyka; nogi stawia szeroko, stopami rzuca, chodzi niepewnie, patrząc przytem na ziemię.

30/IX. Odżywienie znacznie lepsze, chód jednak wciąż jednaki; w stanie tym 4/X wychodzi ze szpitala.

8) *C. K.*, lat 8, syn dozorcy więziennego ze Lwowa. Przyjęty do szpitala 4/X 1903. Przed 5 dniami upadł z drzewa w ogrodzie i złamał przedramię prawe. Pogotowie ratunkowe założyło opatrunek prowizoryczny i poleciło udać się do szpitala. Po zgłoszeniu się chorego na drugi dzień do szpitala rozpoznano: *fractura simplex radii dextri et complicata ulnae dextrae.*

Ponieważ chory miał się zupełnie dobrze, nie gorączkował, nie było żadnych objawów zapalnych, a rana była zaraz po wypadku należycie opatrzoną, założono opatrunek ustalający i polecono zgłaszać się co dzień do wizyty.

4/X podczas zmiany opatrunku spostrzeżono lekkie kurcze w chorej kończynie; poradzono rodzicom zostawić chorego w szpitalu.

Stan obecny. Odżywienie dobre Ciepłota ciała 38° C., tętno 120. W narządach wewnętrznych zmian niema. Przedramię prawe lekko obrzękłe, bagnetowo ustawione. Na przedniej powierzchni przedramienia i na stronie wewnętrznej rana darta, na 1 ctm. szeroka; na dnie jej widać odłamki kości łokciowej. Objawów zapalnych w ranie i jej okolicy niema. Przedramię bolesne; bolesność wzmaga się przy ruchach. Przy obmacywaniu wyczuć można nieprawidłową ruchomość w zakresie obu kości przedramienia i tarcie odłamków kostnych. W ciągu nocy z 4 na 5/X wystąpił nieznaczny szczękościsk i tężec tylny, jak również lekki tężec mięśni karku. Odnogi górne, dolne i mięśnie brzucha niezajęte. Kurcze tężcowe całego ciała od czasu do czasu, niezbyt jednak silne.

5/X. Ranę rozszerzono; po stronie zewnętrznej przedramienia wykonano otwór na przelot (*contraincisio*). Sterczące ułamki kości sprychowej odpiłowano, ranę wytamponowano gazą jodoformową i założono opatrunek gipsowy. Ciepłota rano 37·8, tętno 120. Po południu o godz. 4-tej wstrzyknięto zawiesinę mózgową. O godz. 5-tej po południu ciepłota 37·8, tętno 100, dość dobre.

Stan chorego po południu znacznie się pogorszył. Szczękościsk dość silny; również znacznie zostały zajęte tężcem mięśnie twarzy i karku. Tężec tylny nieznaczny. Odnogi górne i dolne wolne zupełnie, podobnie jak mięśnie brzucha. Kurcze tężcowe całego ciała dość częste i silne. Oddech lekko charczący. Na wewnątrz podano chloral. Preparaty mikroskopowe, robione z części tkanek, wyjętych przy odejmowaniu odłamków kości sprychowej, wykazują prątki tężcowe; szczury szczepione tkankami, oraz odłamkami wyjętej kości, padły na tężec w 36 godzin po szczepieniu.

6/X. Stan chorego szybko się pogarsza. Lekkie zajęcie sensoryum. Szczękościsk zupełny; chory ust prawie zupełnie otworzyć nie może. Głowa silnie w tył przechylona. Tężec tylny nieznaczny; odnogi górne i dolne wolne zupełnie, mięśnie brzucha również. Kurcze tężcowe całego ciała dość częste i silne. Rano dnia tego wystąpiły również kurcze w zakresie mięśni oddechowych, podczas których występuje zupełny bezdech, sinica tak, że trzeba stosować sztuczne oddychanie. O godz. 4 po południu drugie wstrzyknięcie zawiesiny mózgu. Na wewnątrz chloral. Ciepłota po południu 37·5° C., tętno 100, dość liche. Oddech charczący, który wystąpił jeszcze dnia poprzedniego, utrzymuje się nadal. O godz. $8^1/_2$ wieczorem nastąpiła śmierć podczas jednego z napadów kurczów tężcowych mięśni oddechowych.

Sekcyi wykonać nie było można. W 14 godzin po śmierci wycięto strzępki mięśni w ranie, jakoteż odjęto kawałeczki odłamków kości sprychowej i wyjęto gazę jodoformową. Strzępkami mięśni i gazą jodoformową zaszczepiono szczury; z tych szczepione strzępkami mięśni padały na tężec w 48 godzin. (Dok. nast.)

II. Krótki pogląd na obecny stan techniki chirurgicznej w Stanach Zjednoczonych Ameryki na podstawie własnych spostrzeżeń[1]).

Podał

Dr. Roman Barącz

Docent chirurgii Uniwersytetu lwowskiego.

(Ciąg dalszy).

Promienie Röntgena (*x rays*) cieszą się w Stanach Zjednoczonych wielkiem zastosowaniem nietylko do celów rozpoznawczych, ale i leczniczych. W Ameryce najwięcej zastosowania znajdują przyrządy statyczne influencyjne Holza wielkich rozmiarów, jako źródło promieni Röntgena. W celach leczniczych używają skutecznie promieni Röntgena przy wilku żrącym, trądziku, łuszczycy, wypryskach i raku skórnym. Posiedzenia odbywają się 2—3 razy tygodniowo, przytem zdrowe części ciała zostają ochraniane płaszczem ołowianym. Nie tylko raki skórne, ale i głębiej sięgające raki, oraz raki powrotne zmniejszają się pod wpływem działania promieni Röntgena, o czem się sam naocznie mogłem przekonać w Chicago w Augustana Hospital na oddziale Dr. A. J. Ochsnera. Bole ustępują już po kilku posiedzeniach; z korzyścią zastosowano też promienie Röntgena przeciw nerwobolom. A. J. Ochsner stosuje też promienie Röntgena po operacyi raka sutka w celu zapobieżenia nawrotom choroby. Dr. N. Senn miał bardzo dobry wynik po zastosowaniu X-promieni przy chłoniaku złośliwym *(lymphoma-malignum)*. Co się tyczy sposobu działania leczniczego promieni Röntgena, to idzie tu najprawdopodobniej o zgorzel częściową nowotworu i wessanie rozpadłych tkanek. Sprawa ta jest zresztą zbyt świeżą, ażeby

o niej można było wydać zdanie stanowcze. Zdaje się, że dalsze doświadczenia i próby Amerykanów będą mogły wyświetlić tę ciekawą sprawę.

Z operacyi na skórze i tkance podskórnej podnieść muszę: nowy sposób leczenia naczyniaków J. A. Wyetha za pomocą wstrzykiwań gorącej wody i modyfikacyę przeszczepienia skóry sposobem Thierscha przez Edwarda H. Ochsnera z Chicago.

Wyeth wstrzykuje możliwie gorącą wodę w naczyniaki, przez co tworzy się skrzep, organizujący się powoli, a naczyniaki maleją i znikają. Przytem należy ucisnąć sąsiedztwo naczyniaka w celu zapobieżenia zatorom. Wodę gorącą wstrzykuje się w brzeg obrzęku, w ilości kilku kropli aż do $^1/_2$ strzykawki Pravaza, zależnie od wielkości naczyniaka [5]).

Zasadą modyfikacyi przeszczepiania skóry sposobem Thierscha jest wykonanie całej operacyi na sucho. Podczas gdy Thiersch posługuje się przy przeszczepianiu skóry fizyologicznym roztworem chlorku sodowego, w którym zanurza nawet wycięte skrawki skóry i zakłada opatrunki wilgotne — Ochsner odraża skórę, z której ma się brać skrawki, na 12 godzin przed wykonaniem operacyi; pokrywa ją suchą wyjałowioną gazą, a po upływie 12 godzin wycina suchą brzytwą suche skrawki. Miejsce, na które się skrawki przeszczepia, musi być również dokładnie osuszone, krwotok zupełnie wstrzymany; ziarnina musi być zamienioną poprzednio na zdrową; głębokie wrzody o rozpadłej ziarninie zamienione przez wyskrobanie aż do powięzi mięśniowych na zdrową, suchą powierzchnię ranną. Przez wykonanie operacyi tej na sucho można widzieć każdy ruch brzytwy z wszelką dokładnością, udo nie wyślizguje się z dłoni, skrawki przyrastają o wiele łatwiej i szybciej. Po przeszczepieniu pokrywa się płatki suchymi płatkami wyjałowionego papieru gutaperkowego i grubą warstwą suchej gazy, którą umocowuje się przylepcem. Miejsce, z którego się bierze płatki, pokrywa się grubą warstwą wyjałowionej gazy. Po jednym opatrunku, zdjętym po 10-ciu dniach, wszystkie przeszczepione płatki zazwyczaj są już przyrośnięte; miejsce, z którego się bierze płaty, zabliźnia się także po jednym opatrunku, zdjętym po 12-stu dniach. Przez modyfikacyę Ochsnera zyskuje się bardzo na czasie leczenia, jak się o tem naocznie przekonałem (*St. Marys of Nazareth Hospital*, *Chicago*).

Z operacyi na układzie kostnym podnieść muszę sposoby leczenia zniekształtnień krzywiczych podudzia i uda u dzieci. Skrzywienia te są cierpieniem, często napotykanem u dzieci, osobliwie zaś u dzieci murzyńskich. Podczas gdy V. P. Gibney i Whitman (*Hospital for ruptured and crippeled*) w Nowym Yorku wykonują przy tych zniekształtnieniach podskórne linearne osteotomie, Ridlon i W. Blanchard w Chicago (*Home for destitute crippled children*, *Wesley Hospital*) wykonują prawie wyłącznie szybką osteokampsyę albo osteoklazę (*rapid osteoclasis*). W tym celu używają wyłącznie osteoklastu N. Grattana (z Cork w Irlandyi) od września 1892 r., t. j. od czasu, w którym Grattan demonstrował swój przyrząd w Ameryce na VI Zjeździe Towarzystwa ortopedystów amerykańskich w Nowym Yorku. Przyrząd Grattana, silna dźwignia dwuramienna, odznacza się nadzwyczaj wielką wagą ($36^1/_2$ funtów) i siłą, oraz dokładnością, z którą można siłę łamiącą, a względnie gnącą, kość dokładnie skierować na pewne oznaczone miejsce. Dwa stalowe nagie ramiona tej dźwigni obejmują kończynę z jednej, a trzecie ramię stalowe wtłoczone bywa z przeciwnej strony pomiędzy dwa pierwsze ramiona na oznaczony punkt zniekształtnionej kończyny za pomocą silnej śruby bez końca. Wszystkie ramiona są z nagiej stali. U uśpionego dziecka cała operacya wraz z założeniem opatrunku gipsowego trwa $5^1/_2$ minut; z tego przypada na właściwą osteoklozę 7—8 sekund, na sprostowanie za pomocą rąk krzywej kończyny 5—8 sekund, na założenie opatrunku gipsowego 2 minuty; 3 minuty zaś na stężenie gipsu. Cały szereg zniekształtnień krzywiczych wielokrotnych można sprostować tym sposobem na jednem posiedzeniu w tym samym czasie, jakie zajmuje wykonanie tylko jednej osteotomii sposobem Macewena! Podczas gdy klinowa osteotomia skraca kończynę o jeden cal, osteoklaza powoduje utworzenie się szczeliny trójkątnej w kości po stronie przeciwnej działaniu siły, zatem przedłuża kończynę o jeden cal i więcej. Osteoklazę należy stosować w skrzywieniach krzywiczych poniżej ukończonego 5 roku życia, gdyż później kość twardnieje i zbliża się zbitością do kości osób dorosłych. Dr. W. Blanchard w Chicago wykonał szybką osteoklazę przyrządem Grattana w 262 przypadkach zgięć krzywiczych podudzia (kątowych i łukowatych: kolana koślawe i kolana szpotawe) zawsze z korzystnym wynikiem. Przy kolanie koślawem wykonuje się zazwyczaj osteoklazę powyżej wyrostków kłykciowych kości udowych (*osteoclasis supracondylica*), przy kolanie szpotawem w górnej części kości podudzia. Przy niższych stopniach zniekształtnień wystarcza zazwyczaj tylko przygięcie kości (*osteokampsis*). Głównym warunkiem udania się osteoklazy jest „hiperkorekcya“ kończyny podczas tężenia opatrunku gipsowego w kierunku przeciwnym pierwotnemu zniekształtnieniu, a więc przy kolanie szpotawem (*genu varum*) wprowadza się je po osteotomii w położenie kolana koślawego (*genu valgum*) i na odwrót przy kolanie koślawem w położenie kolana szpotawego. Powikłań żadnych ze strony części miękkich ani Ridlon, ani Blanchard nigdy nie zauważyli. Korzyści osteoklazy tym przyrządem są zatem następujące: nadzwyczajna szybkość wykonania operacyi, brak bolu po operacyi, uniknięcie wszelkich przygotowań i niebezpieczeństw operacyi krwawych, oszczędzenie czasu i wydatków na opatrunki przeciwgnilne, a wreszcie bardzo ważny moment: przedłużenie kończyny. Na podstawie własnych spostrzeżeń, zrobionych w Chicago, a poniekąd i własnego doświadczenia (dzięki uprzejmości Dr. Ridlona i Blancharda wykonałem sam kilkakrotnie osteoklazę tym przyrządem) mogę ten sposób osteoklazy gorąco polecić. Rozpowszechnianiu szybkiej osteoklazy może jedynie stać na przeszkodzie stosunkowo wysoka cena osteaklostu Grattana (przyrząd kosztuje bowiem w Chicago 70 dolarów).

Z innych operacyi ortopedycznych miałem sposobność obserwowania mnóstwa odprowadzeń zwichnięć wrodzonych stawu biodrowego, wykonanych albo przez samego Lorenza (bawiącego wówczas w Chicago), albo też przez innych ortopedystów jego sposobem. Sposobu tego nie opisuję, jako powszechnie znanego.

[5]) Ja sam miałem sposobność leczenia 2 przypadków naczyniaka u dzieci tym sposobem; w obu nastąpiło trwałe wyleczenie po dwóch wstrzyknięciach.

Amputacya gruczołu piersiowego wykonaną bywa prawie zawsze ulepszonym sposobem Halsteda. Udoskonalenie techniki polega na wycięciu brzuśca mięśnia piersiowego mniejszego i systematycznem wycinaniu gruczołów z dołka nadobojczykowego wraz z tłuszczem, położonych w kącie pomiędzy żyłą dogłowową, a podobojczykową. Halsted poleca systematyczne wycinanie tych gruczołów, ponieważ badania histologiczne wykazały w nich przerzuty nawet w tych przypadkach, w których na podstawie badania przez palpacyę można było przypuszczać, że są zdrowe!

Przechodzę do operacyi na przewodzie pokarmowym.

Gastroenterostomię wykonują chirurdzy amerykańscy zazwyczaj tylną sposobem Hackera (*gastroenterostomia retrocolica posterior*) wychodząc z zapatrywania, że tylko przez połączenie najniżej położonego miejsca żołądka z jelitem czczem, może żołądek po gastroenterostomii wypróżniać się należycie i treść jego nie zatrzymuje się przez dłuższy czas w żołądku. Na to wprowadzenie sztucznego drenowania żołądka przez gastroenterostomię kładą chirurdzy tamtejsi wielki nacisk. Do gastroenterostomii dołączają zazwyczaj na propozycyę Roberta F. Weira enteroenterostomię celem uniknięcia *circulus vitiosus*. Do łączenia żołądka z jelitem czczem używają albo guzika Murphyego, albo guzika Robsona (*Robson's bone bobbin*), albo podwiązek elastycznych Mc. Grawa; tylko A. J. Ochsner w Chicago jest zwolennikiem zwykłego szwu kiszkowego przy gastroenterostomiach. Wm. T. Bull w Nowym Jorku używa w ten sposób ulepszonego guzika Murphyego, że część męzka jego, wprowadzana do jelita czczego, jest opatrzona dwoma przysadkami, występującemi mechanicznie po zamknięciu obu połów guzika, które zatrzymują zamknięty guzik i przeszkadzają wpadaniu jego do żołądka. Bull, Kammerer i inni chirurdzy nie zakładają więcej po wprowadzeniu guzika szwu kapciuchowego do zwężenia ran w żołądku i jelicie, tylko zwężają rany te przez założenie na obu końcach paru szwów Lemberta podług propozycyi Carlego i Fantino, pozostawiając szyjkę guzika w samym środku. Po uskutecznieniu możliwie małych ran w jelicie i żołądku, wystarczających do wprowadzenia guzika, zaszyta w powyższy sposób rana nie wystaje nigdy poza brzeg guzika. W. T. Bull wykonywa gastroenterostomię w sposób następujący: wyszukuje pętlę jelita czczego i czyni małe nacięcie jej na wolnym brzegu w odległości około 40 ctm. od *plica duodenojejunalis* i wprowadza po jednej połowie mały zwyczajny guzik Murphyego do światła obu ramion naciętego jelita; wypiera od wewnątrz obie połowy guzika przez ponowne nacięcie obu ramion na wolnym brzegu w odległości około 15 ctm. od pierwszego nacięcia, przez co odpadają szwy zwężające; łączy oba ramiona przez przyciśnięcie obu połów guzika. W ten sposób uskutecznia najpierw *enteroenterostomię*; następnie nacina przednią dolną ścianę żołądka możliwie małem cięciem, wprowadza żeńską połowę guzika do żołądka, zwęża ranę w sposób wyżej opisany. Wprowadza dalej męzką połowę guzika do rany w jelicie czczem, zwęża ranę i zamyka obie połowy guzika. Wszelkie szwy wzmacniające są zbyteczne. Oba guziki odchodzą po kilku — kilkunastu dniach przez odbytnicę.

Drugi sposób gastroenterostomii, nad którym robią się jeszcze próby, jestto sposób T. A. Mc. Grawa (Detroit, Michigan) zapomocą podwiązek elastycznych. Sposobem tym wykonał w mojej obecności gastroenterostomię tylną Dr. Willy Meyer w *German Hospital* w Nowym Jorku w obec raka żołądka z nacieczeniem gruczołów w sieci mniejszej i większej. Po podniesieniu sieci większej i okrężnicy poprzecznej, przedziera się na tępo krezkę okrężnicową (*mesocolon transversum*) i przyszywa się jej ściany do tylnej ściany żołądka. Po wyszukaniu górnej pętli jelita czczego zbliża się ją do tylnej ściany żołądka i przyszywa do niej na wolnym brzegu szeregiem szwów Lemberta z cieniutkiego jedwabiu. Następnie ujmuje się żołądek w fałd i przeszywa jego ścianę na wylot w odległości około $^1/_2$ cala od miejsca szwów, łączących żołądek z jelitem, na przestrzeni około 5 ctm. prostą igłą Hagedorna, nawleczoną okrągłą podwiązką elastyczną o 2—3 mm. średnicy. Podczas tego przeszywania ściany żołądka igłą Hagedorna asystent naciąga podwiązkę elastyczną, przez co ta zmniejsza swoją pojemność i łatwo przechodzi przez ściany żołądka; w chwili ukończenia przeszycia żołądka podwiązka, dzięki swej sprężystości, grubieje i wypełnia ściśle oba otwory przebicia żołądka. W ten sam sposób przeszywa się w tej samej odległości od miejsca szwów tą samą igłą i podwiązką ścianę jelita czczego, podłużnie, również równolegle do miejsca szwów. Podwiązkę elastyczną naciska się teraz silnie, krzyżuje oba jej końce, a asystent wiąże tak skrzyżowane końce silnym jedwabiem, poczem ucina się tuż poniżej podwiązki jedwabnej oba końce podwiązki elastycznej. Wreszcie dodaje się drugi rząd szwów na przedniej ścianie złączonych narządów. W celu uniknięcia *circulus vitiosus* dodaje się jeszcze enteroenterostomię, wykonaną w ten sam sposób na jelicie czczem w odległości jakie 15 ctm. od miejsca użytego do gastroenterostomii.

Tu używa Willy Meyer ciągłego szwu naokoło miejsca anastomozy.

Naturalnie, że *gastroenterostomia antecolica anterior*, wykonana tym sposobem, jest o wiele prostszym zabiegiem. Podwiązki elastyczne, kurcząc się, zaczynają dopiero 3-go dnia wytwarzać komunikacyę pomiędzy obu narządami, jak to wykazały doświadczenia Mc Grawa na zwierzętach. Przytem część jelit, zawarta pomiędzy podwiązką, nie podlega zgorzeli, tylko ulegać ma wessaniu (?). Po spełnieniu swojego zadania podwiązka elastyczna odchodzi z kałem. Chorych żywi się najpierw odżywczemi lewatywami; od 3-go dnia dopiero po operacyi podaje się pokarmy płynne przez usta.

Według Mc Grawa enteroanastomoza za pomocą podwiązki elastycznej jest najszybszym sposobem ze wszystkich dotychczas znanych, jest przytem sposobem bardzo pojedynczym, nie naraża nawet osłabionych chorych na wstrząs, a przytem daje się wykonać aseptycznie i nie naraża otrzewnej na zakażenie ze strony treści przewodu pokarmowego.

Mc Graw i Willy Meyer na podstawie swoich doświadczeń zachęcają do dalszych prób z tą metodą.

(C. d. n.)

III. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Pawłowa w Petersburgu.

Próby szczepienia kiły na prosiętach.

Podał
Z. Sowiński
Dr medycyny.

(Dokończenie).

Przejrzawszy pobieżnie ten krótki rys piśmiennictwa, widzimy, że tak ważna pod każdym względem sprawa pozostaje jeszcze w sferze niepewności, pomimo, iż dla jej wyświetlenia użyto do doświadczeń najrozmaitszych zwierząt i najróżniejszych sposobów. Spotykamy wszędzie i zawsze albo wprost wynik ujemny, albo po opisie objawów zewnętrznych kiły u zwierząt szczepionych autor najczęściej we wnioskach swych przeczy wynikom swego doświadczenia i nie śmie twierdzić, iż udało mu się nakoniec przeciąć węzeł gordyjski. Czasami jeden lub drugi badacz daje się porwać złudzeniom, jak np. Klebs, które jednak po zetknięciu się z rzeczywistością szybko się rozwiewa. Nie będę wskazywał na znaczenie, jakieby miało otrzymanie wyników dodatnich, lecz zbierając wszystkie wyniki, ogłoszone w piśmiennictwie, mogę twierdzić stanowczo, iż dotychczas nie potrafiliśmy znaleźć zwierzęcia, posiadającego osobniczą skłonność do zakażenia się kiłą.

Nader zajmujący ten przedmiot zdecydował mnie do przerobienia doświadczeń ze szczepieniem kiły na zwierzętach, przyczem wychodziłem z tego założenia, że jeżeli plamkę (*rossela*) uważać za objaw zakażenia ustroju, to w każdym razie nie może ona istnieć bez istnienia pierwiastku zakażającego, który, czy to drogą własnego obumarcia i rozkładu, czy też wytwarzaniem produktów swego życia może sprowadzić zatrucie ośrodków nerwowych, czego następstwem może być ta lub inna wysypka, w zależności w każdym poszczególnym przypadku od odporności ustroju, jego obciążenia dziedzicznego, wieku i t. d. Jeżeli tak jest w rzeczywistości, jeżeli kiła istotnie jest chorobą całego ustroju, to dziwnem byłoby poszukiwanie pierwiastka zakaźnego gdzieindziej niż we krwi, tem bardziej, iż tą przecież drogą następuje przenoszenie się zarazka z jednego osobnika na drugi.

Postanowiliśmy więc posiłkować się krwią chorych na kiłę. Co prawda, podobnych doświadczeń zrobiono przed nami nie mało; ale we wszystkich przypadkach używano zwierząt normalnych i zdrowych. Cała więc nasza uwaga zwróconą była na to, by otrzymać stałe zmiany w układzie nerwowym zwierząt; prof. Pawłow bowiem przypisuje wielkie znaczenie odporności tego układu w sprawie zakażenia kiłą, czem być może należy tłómaczyć niemożność wywołania u zwierząt objawów skórnych kiły. Taki właśnie pogląd na sprawę był punktem wyjścia dla mnie przy założeniu i warunkowaniu doświadczeń. Z drugiej strony być może, że wstrzykując krew ludzką, zawierającą albo laseczniki kiły (?), albo ich toksyny w stanie mniej lub więcej związanym, wstrzykujemy jedynie ciało chemiczne, dla zobojętnienia którego ustrój zwierzęcia posiada dość środków. Przecież wprowadzając, przypuśćmy, krew, zawierającą laseczniki, stawiamy je w zupełnie nowych warunkach bytu, które mogą jak najgorzej wpłynąć na rozmnożenie i jadowitość laseczników, a przytem nie można przypuścić, aby krew miała być przepełnioną samymi lasecznikami. Są to wszystko przypuszczenia, które mają te lub inne podstawy. Wiemy, iż dla wywołania obrazu tego lub innego zakażenia musimy każdego razu użyć określonej ilości hodowli, gdyż ilości mniejsze mogą dać wynik ujemny.

W przypadku szczepienia kiły idziemy po omacku, nie wiedząc, co wstrzykujemy, — laseczniki, czy ich toksyny? — ale w każdym razie z wielką pewnością możemy przypuszczać, że wstrzykując krew, wstrzykujemy wraz z nią i jad, krążący w ustroju chorego na kiłę. Jeżeli przypuszczenie nasze jest słuszne, to dla otrzymania wyników dodatnich potrzebne są dwa warunki: albo pierwiastek zakażający posiadać będzie charakter nader jadowity i nie tak łatwo da się zobojętnić przez ustrój zwierzęcia, albo też grunt, przeznaczony do działania tego jadu, będzie bardziej podatny, czyli sprawność życiowa zwierzęcia będzie osłabioną. Uznając niemożność przeprowadzenia pierwszego warunku, wybraliśmy dla naszych doświadczeń drugą drogę — uprzedniego zmniejszenia energii i sprawności ustroju zwierzęcia.

W tym celu postanowiliśmy posiłkować się wyskokiem.

Badania doświadczalne na zwierzętach (Neumann, Matkiewicz, Lewin, Tarchanów, Rumpf, Jaroszewski, Czyż, Afanasjew, Jakimów, Żukowskij, Nissl, Marinesco i inni) wyjaśniły, że wyskok sprowadza głębokie zaburzenia chorobowe w mózgu, rdzeniu i nerwach obwodowych. Porażeniu ulegają przeważnie komórki nerwowe szarej istoty; w mózgu samym najwięcej cierpią komórki wielkie stożkowate (piramidalne). Ośrodki nerwowe ulegają porażeniu w odwrotnym porządku do ich rozwoju; komórki nerwowe, o ile się zdaje, zostają zmienione nietylko morfologicznie, ale i chemicznie; zmiany chemiczne wcześniej i wyraźniej występują w nerwach obwodowych. Krążenie krwi w mózgu i jego oponach ulega znacznym zmianom, spostrzegano wyraźny zastój limfy; działalność mózgu podlega zaburzeniom Śmierć w ostrem zatruciu zależy od bezpośredniego, a niszczącego wpływu wyskoku na komórki nerwowe. Na zwierzętach w okresie rozwoju zmiany chorobowe występują jeszcze jaskrawiej; spostrzegano zmiany w rozwoju ośrodków psychomotorycznych, a nawet całego mózgowia, szczególniej półkul i zrazów czołowych. Co się zaś tyczy działania wyskoku, to chociaż dotychczas nie znaleziono swoistych zmian anatomicznych, wyłącznie od niego zależnych, wszyscy badacze stwierdzili osobliwy i szczególny stosunek wyskoku do ośrodków nerwowych [Ogsson[26]), Knijper[27]), Hemmond[28]), Rabuteau[29]), Oberthon[30]), Pohl[31]).

W roku ubiegłym Friedman[32]) dowiódł prawdziwości przypuszczenia swoistego wpływu wyskoku na tkankę mózgową. Na podstawie 35 doświadczeń na królikach, którym podawał 10% roczyn wyskoku po 2 ctm. sześć. na kilo wagi, określając przytem ilość wyskoku bardzo czułym sposobem Nicoloux, przyszedł autor do wniosku, iż w mózgu nagromadza się alkoholu więcej, niż w innych narządach, przyczem ilość jego bywa tem większą, im dłużej wyskok wprowadzano Daleko ciekawszą jest druga część pracy Friedmana, która wyjaśniła przyczynę nierównomiernego rozdziału wyskoku w narządach.

Przypuszczenie, wypowiedziane przez prof. A. Danilewskiego, iż przyczyna osobliwie dużego przyciągania wyskoku przez tkankę mózgową tkwi we własnościach składu chemicznego mózgowia, znalazło potwierdzenie w dowcipnie pomyślanych doświadczeniach, gdzie przy ustaniu czynności mózgu u psów wprowadzono w ciągu pewnego czasu przez układ krwionośny 1—3% roczczyn wyskoku, poczem przepłukiwano naczynia krwionośne fizyologicznym rozczynem soli kuchennej. Okazało się, że wyskok, wprowadzony do krwi, przy ustaniu działalności narządów, w zetknięciu z tkankami w ciągu krótszego lub dłuższego czasu, zostawał wchłaniany i zatrzymywany przez mózg w większym stopniu, niż przez wątrobę i inne narządy. Większe wchłanianie i zatrzymywanie wyskoku przez mózg zależy od większej zawartości w tkance mózgowej ciał, posiadających swoiste powinowactwo do wyskoku, jako środka rozpuszczającego je (proteina, cerebryna, lecytyna, cholestearyna), a co jest zarazem najistotniejszą przyczyną szybszego i zgubniejszego działania wyskoku na pierwiastki nerwowe ośrodkowe i obwodowe.

Dalej istnieje cały szereg badań doświadczalnych na zwierzętach, które wyjaśniają wpływ wyskoku na stopień zakażenia się chorobami zakaźnemi. Doyen[33]) próbował pierwotnie drogą doświadczeń na świnkach morskich wytłómaczyć, dlaczego u pijaków objawy cholery występują łatwiej i przebiegają ciężej, niż u wstrzemięźliwych. Zakażając świnki morskie lasecznikami cholery (drogą żołądka), po uprzedniem wprowadzeniu doń 40—60% rozczynu wyskoku, autor ten zauważył, iż w takich warunkach zmniejszała się odporność zwierząt na zarazek choleryczny. Thomas[34]) robił doświadczenia na królikach, którym do żyły usznej wprowadzał określoną ilość hodowli przecinkowców; taką samą ilość otrzymywały króliki, przeznaczone do kontroli. Wszystkie zwierzęta alkoholizowane padły, natomiast użyte do kontroli nawet przy znaczniejszych dawkach pozostały przy życiu. Koniec końców autor przychodzi do wniosku, że wyskok powiększa prawie 6 razy skłonność do przyjęcia zarazka. Zdaniem tego autora przyczyna zgubnego wpływu wyskoku tkwi w osłabieniu bakteryobójczej siły surowicy krwi, czego zresztą dowiódł drogą doświadczeń. Po zasianiu zarazka na surowicy królików, użytych do kontroli, nie znaleziono kolonii zajętych, natomiast surowica królików alkoholizowanych dała wspaniałą hodowlę. Valagussa i Ranelletti[35]) otrzymali jednakowe wyniki swoich doświadczeń na zwierzętach i przekonali się, że wprowadzenie wyskoku sprowadza zwiększenie się skłonności do zakażenia jadem błoniczym.

Abbot[36]) przeprowadził szereg ścisłych badań doświadczalnych na królikach i przyszedł do wniosku, że wyskok działa bezpośrednio na tkanki ustroju i do tego stopnia sprowadza zaburzenia czynności życiowych tkanek, iż nie mogą one tak skutecznie walczyć z pierwiastkiem zakaźnym, jak w stanie prawidłowym. Deléarde[37]) w zakończeniu swych doświadczeń nad wpływem wyskoku na odporność powiada: „nie ulega wątpliwości, że pierwiastki, bez względu na to, jakie one są, lecz odgrywające rolę w wytwarzaniu odporności ustroju, muszą podlegać osobliwie szkodliwym wpływom przy współistniejącem działaniu nań wyskoku i toksyny lub drobnoustrojów". Zdanie Laitinena*), wypowiedziane w sprawie zmniejszenia się odporności ustroju na zakażenia wskutek zmniejszenia się zasadowości krwi, znalazło poparcie do pewnego stopnia w doświadczeniach tegoż autora na królikach i kurach. Okazało się bowiem, że kury, mające w porównaniu z królikami krew bardziej zasadową, były bardziej odpornemi na zarazę sybirską. Wielkie znaczenie zasadowości krwi w sprawie zapadania na niektóre choroby zakaźne było już dawniej uznane, że przytoczę tu badania Behringa[38]), Lubarscha[39]), Fodora[40]), Loewyego i Richtera[41]), Straussa[42]) i Karfunkla[43]).

*) Laitinen. Ueber d. Einfluss d. Alkohols auf d. Empfindlichkeit d. thierischen Körpers f. Infectionsstoffe. Jena 1900.

Chociaż istnieją poglądy przeciwne, w każdym razie cały szereg badań przytoczonych autorów dowodzi, że zasadowość krwi gra rolę poważną w zakażeniach, a zmniejszenie jej pod wpływem wyskoku musi odbijać się na stopniu odporności ustroju. W ostatnich czasach Goldberg[44]) badał doświadczalnie wpływ wyskoku na przyrodzoną odporność gołębi na zarazę sybirską, oraz lecznicze znaczenie wprowadzania tego środka w dawkach niewielkich podczas zakażenia. Doświadczenia w ostrem zatruciu bardzo przekonywująco przemawiały za tem, że ową przyrodzoną odporność gołębi na zarazę sybirską można znacznie osłabić przez wprowadzenie zakażonemu ptakowi średnich lub dużych dawek wyskoku; tak samo przewlekłe zatrucie wyskokiem dawało wyniki dodatnie w zakażeniu ustroju.

Z przytoczonych badań wynika, że trucizna, wybrana do naszych doświadczeń, będąc jadem narkotycznym, wogóle porażającym układ nerwowy, może mieć na ten ostatni wpływ niszczący, szczególniej w ustroju jeszcze rozwijającym się.

Dla doświadczeń użyliśmy pięcioro młodziutkich (dwutygodniowych) prosiąt rasy yorkshire. Cały ten materyał postanowiliśmy zużytkować w sposób następujący: u jednego prosięcia wywołać cukromocz zapomocą florydzyny; drugiego poić wyskokiem, u trzeciego wywołać wyniszczające rozwolnienie, czwartego karmić florydzyną, a potem wyskokiem, a piątemu poprostu zaszczepić kiłę.

Dawkę florydzyny obliczaliśmy po 1,0 na kilo wagi i rozpuszczoną w 30—40 ctm. sześciennych wody wprowadzaliśmy ją prosięciu przy pomocy zgłębnika żołądkowego. W ciągu czterech dni poszukiwaliśmy cukru w moczu, wyniki jednak były ujemne. Podobne doświadczenie powtórzyliśmy na innych prosiętach, ale przy użyciu tej samej dawki florydzyny i u tych odczyn na cukier pozostał ujemny. Wszystko to wskazuje, że niepodobna wywołać cukromoczu u prosiąt zapomocą florydzyny, a karmić nią zwierzęta, jak to robił Neisser, który nie kontrolował cukru w moczu, jest rzeczą zupełnie zbyteczną. Otrzymawszy w tym kierunku wyniki ujemne, zabraliśmy się do zatruwania zwierząt wyskokiem. Pragnąc, z jednej strony uniknąć kwiku prosięcia przy najmniejszem jego dotknięciu, a z drugiej strony mając na uwadze działanie na układ nerwowy, oraz na skład krwi, usypialiśmy zwierzę za każdym razem, bądź czystym chloroformem, bądź zmieszanym po połowie z eterem, a dopiero potem wprowadzaliśmy giętki zgłębnik żołądkowy Nr. 16—18 i przy pomocy lejka wlewaliśmy wyskok. Musimy zwrócić tutaj uwagę, iż zwierzęta z każdym następnym dniem usypiały coraz trudniej; my zaś, obawiając się używać zbyt dużej dawki chloroformu, musieliśmy całą manipulacyę przeprowadzać w stanie półsennym zwierzęcia, do czego potrzeba było 2—3 pomocników, gdyż tak wielkim był opór zwierzęcia, co prawda — niemy.

Samiec, ważący na początku doświadczeń 5 kilogramów, miał zaledwie 24 dni wieku. Czas, użyty na badania wynosił 49 dni, z których trzy zwierzę pozostawało bez wyskoku, wobec groźnych objawów ze strony zdrowia i obawy stracenia zwierzęcia. Zatruwanie rozpoczęliśmy od dawek małych, mianowicie od 20 c. sz. 20% rozczynu wyskoku. Stopniowo przeszliśmy do 40% wódki monopolowej, poczem do wódki zaczęliśmy dodawać jeszcze olejku fuzlo-

wego w ilości 10—20%, co zwierzę odurzało mocniej i sam okres takiego stanu trwał znacznie dłużej. W końcu doszliśmy do dawek 160—180 grm. 40% wódki monopolowej z dodatkiem olejku fuzlowego, którą podawaliśmy zwierzęciu dwa razy dziennie, — rano i wieczorem. Za każdym razem po zatruciu (zatrucia w dawkach wyżej przytoczonych prowadziliśmy w ciągu trzech tygodni) zostawialiśmy zwierzę w pracowni przez pół godziny, aby piciem wody nie dopuścić zwierzę do rozcieńczenia wyskoku. Spostrzegaliśmy zazwyczaj okres podniecenia, wyrażający się przez ustawiczne ruchy, ocieranie się jednego prosięcia o drugie, poczem zwierzę zaczynało potykać się i przewracać; wtedy przenosiliśmy prosię do zwykłego pomieszczenia, gdzie zasypiało. Po przebudzeniu się zwykle zjadało ogromną ilość pożywienia. Jeżeli dodamy do tego opisu chloroform, którego używać musieliśmy w ciągu 35 dni, to szemat naszych doświadczeń, zdaje się, będzie zupełnym. Zbierając całą ilość wyskoku, wypitego przez prosię, stwierdzamy, iż w ciągu 46 dni użyto 4850 ctm. sześć. 40% wódki monopolowej i 475 ctm. sześciennych olejku fuzlowego.

Zwierzę rosło szybko i z każdym dniem przybywało na wadze; doświadczenia stawały się coraz trudniejszemi, a kiedy już pod koniec doświadczeń zaczęło ciężko niedomagać (kaszel, rozwolnienie, brak trawienia, apatya i t. p.), nie przestawaliśmy podawać mu wyskoku, lecz w mniejszej ilości.

Dnia 18 kwietnia 1902 roku. po podaniu zwierzęciu 60 ctm. sześć. 40% wódki monopolowej, zaszczepiliśmy mu krew z chorego na kiłę w sposób następujący: Chory, którego krew była użytą, przedstawiał obraz nieuleczonej kiły, o wysypce pierwotnej, która trwała 4—6 dni.

Wykąpano go dzień przedtem i po obmyciu uprzedniem przegubu łokciowego watą wyjałowioną, zamaczaną w wodzie również wyjałowionej, a następnie w spirytusie i eterze, przykryto wybrane miejsce jałową watą; następnie pochylono rękę chorego ku dołowi, by zwiększyć ilość krwi w naczyniach obwodowych, poczem nałożono na ramię podwiązkę z ręcznika. Natychmiast wyraźnie wystąpiły żyły skórne w przegubie łokciowym. Strzykawką, wyjałowioną w autoklawie, o pojemności 15 ctm. sześć. nakłuliśmy jedną z żył i pociągając lekko tłokiem stopniowo napełnialiśmy ją krwią. Choremu podaliśmy jałową watę do uciśnięcia miejsca ukłucia, ramię unieśliśmy ku górze, a tymczasem pomocnik uwalniał je od uciskającego ręcznika. Krew zebraną w sposób przytoczony zaraz zastrzyknęliśmy do jamy brzusznej prosięcia, uprzednio przygotowanego jak należy do tego celu. W pewnych przypadkach braliśmy krew dwukrotnie: z lewej i z prawej kończyny i wstrzykiwaliśmy ją z prawej i z lewej strony linii środkowej. W ten sposób wprowadziliśmy zwierzęciu 30 cm. sz. krwi kiłowej.

W ciągu dwóch miesięcy zwierzę znajdowało się pod naszą obserwacyą, ale — niestety — nie mogliśmy stwierdzić jakichkolwiek zmian w miejscu szczepienia, ani zmian na skórze, gdzie wobec nader niewielkiej u tej rasy szczeciny najmniejsza nieprawidłowość nie mogłaby ujść naszej uwagi.

Otrzymawszy wyniki ujemne przy karmieniu prosiąt florydzyną, postanowiliśmy i inne sztuki zatruwać wyskokiem, ale tutaj byliśmy mniej szczęśliwi. Jedno prosię padło na ostre zatrucie wyskokowe już 9 dnia doświadczeń. Dostało ono olejku fuzlowego w 15% roczczynie tylko przez dwa dni.

Trzecie prosię zginęło, o ile się zdaje, wskutek wstrząsu, ponieważ strasznie kwiczało przy zabiegach doświadczalnych, które wobec osłabienia zwierzęcia prowadziliśmy bez uśpienia. Ostatnie prosię postanowiliśmy poddać szczepieniu bez wszelkich zatruwań.

Samica wagi 3 klg. liczyła 29 dni życia i była siostrą samca, użytego do wyżej opisanych doświadczeń. Co prawda, samica ta dostawała także florydzynę, ale bezskutecznie. Otrzymawszy jak wyżej, 15 cm. sz. krwi nieleczonego chorego na kiłę o pierwotnej wysypce plamistej (*roseola*), która trwała wszystkiego trzy dni — krew, jak i poprzednio, zaszczepiliśmy do jamy brzusznej. Około $3^1/_2$ miesięcy prosię znajdowało się pod naszą obserwacyą, ale żadnych objawów na skórze, ani na miejscu szczepienia wykryć nie mogliśmy.

Tym sposobem, pomimo użycia dwóch najenergiczniejszych dla układu nerwowego jadów: wyskoku i chloroformu, nie otrzymaliśmy niestety wyników dodatnich.

W końcu uważam sobie za miły obowiązek złożyć na tem miejscu serdeczne podziękowanie czcigodnemu prof. T. Pawłowskiemu za kierownictwo w wykonaniu niniejszej pracy, oraz za oddanie do mego rozporządzenia nietylko materyału żywego, lecz i wszystkiego, co było mi potrzebne do przeprowadzenia badań.

Piśmiennictwo. 1) Davasse: Gaz. de Hôpitaux. Paris 1845. Nr. 27. Ref. w Schmidts Jahrb. Leipzig 1845, 47 s. 300. 2) Sperino: La syphilisation, tłóm. z włoskiego Tresala. Paris, 1853 p. 27—28. p. Viert. f. Dermat. 1883. s. 352. 3) Maunoury: ref. Schmidts. Jahrb. Bd. 88, s. 193. 4) Puche: Leçons sur le chancre. Ricord. Paris 1860. 5) Herturg: ref. Schmidt Jahrb. Bd. 127. s. 85. 6) Basset: Traité des maladies vénériennes par Rollet. Paris 1865, str. 47. 7) Depaul: Gaz. méd de Paris 1867, 3 ser. XXII. p. 445. 8) Fournier: Gaz. med. de Paris 1867, 3 ser. XXII. p. 446. 6) Ricordi i Dell' Acqua: Sulla transmissibilita della sifilide dali omnes ai bruti. Milano 1867, p. 29 p. Vierteljahr. f. Dermat. 1883 s. 351. 11) Brandley: Transaction of the British Med. Association 1871. Aug. ref. Arch. f. Dermatol. 1872, IV s. 138. 12) Klebs: Allgemeine med. Central. Zeitg., Berlin 1878. XLVII, s. 1155—1157; Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmacol., Bd. 10, 1879, s. 161—221. 13) Haensel: Arch. f. Ophtalm. Berlin 1881, Bd. 27, 3 Abtheil. s. 93—100. 14) Martineau i Hamonie: Gaz. méd. de Paris 1882, Nr. 37, s. 464. L'Union méd. Paris 1882, 3 ser XXXIV, p. 398—403. 15) Rebatel i Blanc: Lyon. méd. 2882, Nr. 39 p. 41—46. 16) Sigmund: Deutsche Klinik. Berlin. 1851, III, Nr. 17, s. 181. Wiener med. Wochenschr. 1851, I Nr. 4 s. 49. 17) Neuman: Wiener med. Wochenschr. 1883, Bd. 33, s. 209, 243. 18) Bayer: Wiener med. Wochenschr. 1883. Bd. 33 s. 245. 19) Bayer: Wiener med. Blätter 1883, VI s. 605. 20) Zeissl: Lehrbuch d. Syphilis, IV Aufl. Stuttgart. 1882. s. 305. 21) Döhle: Münch. med. Wochenschr. 1897 Nr. 41. 22) Adrian: Arch. f. Dermat. 1899. Bd. 47 s. 163. 23) Hügel i Holzhauser: Arch. f. Dermat. 1900. Bd. 51. s. 225. 24) Briegen i Uhlenhut: p. Arch. f. Derm. 1902. Bd. 59. 2 Heft, str. 170. 25) Neisser: Arch. f. Dermat. 1902, Bd. 52. str. 163, 170. 26) Ogston: Journal de Chirurg. 1842; cyt. Saryn. Wpływ wyskoku na rozwijający się ustrój. 1902, rozpr. Petersburg. 27) Knijper: Ibid. 28) Hemmond: Wojenno med. Żurnał 1874, t. 121. 29) Rabuteau: Podręcznik toksykologii, ułoż. według Rabuteau »Elements de toxicol« pod red. Pelikana. 1878. 30) Oberthon: Bullet. méd. 1895. p. 805. 31) Pohl: Prager med. Wochenschr. 1895 Nr. 40. 32) Friedmann: »Matieriały dla izuczenja sudby alkogola w organizmie żywot«, dissert. 1901 St. Petersburg. 33) Doyen: Arch. de Physiologie 1885, p. 179. 34) Thomas: Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. 1893. Bd. 32, s. 38. 35) Valagussa i Ranelletti: cyt. według. Laitinena, s. 10.

36) Abbot: The Journal of. experim. medicine 1896, str. 3. 37) Deléarde: Annal. de l'Institut Pasteur 1897. t. XI p. 837. 38) Behring: Zeitschr. f. Higiene 1893, Bd. 9, s. 413. 39) Lubarsch: Zeitsch. f. klin. Medicin 1891. Bd. 19, s. 360. 40) Fodor: Centralbl. f. Bakter. 1895, Bd. 17. s. 255. 41) Loevy i Richter: Deutsch. med. Wochenschr. 1895. Nr. 33, s. 526. 42) Strauss: Zeitschr. f. klin. Med. 1896. Bd. 32, s. 317. 43) Karfunkel: Zeitschr. f. Hygiene 1899, Bd. 35, str. 153. 44) Goldberg »Izwiestja Wojenno-Med. Akadiemii« 1900 str. 233. Petersburg.

IV. Wyciągi.

Pilcz. **Leczenie umysłowo-chorych w domowej opiece.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, Nr. 48, 1903). Celem tej rozprawy jest podanie lekarzowi praktykowi kilku wskazówek, umożliwiających z jednej strony zatrzymanie niektórych umysłowo chorych w domu, a z drugiej strony oszczędzenie rodzinie przykrej pod każdym względem myśli oddania takiego chorego do zakładu obłąkanych. Wśród obfitej mnogości najrozmaitszych objawów, występujących u umysłowo chorych, a zmuszających lekarza domowego do czynnego wkraczania, zasługuje na szczególniejszą uwagę bezsenność. By więc nie iść po omacku, podaje autor jedynie wypróbowane środki, na których czele stawia wodnik chloralu, sprowadzający w dawkach 2—3 grm. spokojny sen; niższych dawek nie należy używać, nastąpi bowiem wprost przeciwny skutek, mianowicie stan podniecenia; wyższe zaś dawki sprowadzają nierzadko zapad. Podaje się ten lek albo przez usta, lub w lewatywie, nigdy jednak podskórnie. Z przeciwwskazań wspomnieć należy wady sercowe, a szczególniej niedomogi mięśnia sercowego, szał opilczy i ciężki stan chorych gorączkujących. Drugim również bardzo dobrym środkiem nasennym jest paraldehyd, który w dawkach 5 grm. nigdy nie zawodzi; pomimo szybkiego przyzwyczajenia się ustroju do leku, można śmiało dojść do 10 grm., czasami nawet jeszcze wyżej bez szkody dla chorego. Jako pouczający przykład nieszkodliwości paraldehydu nawet w wielkich dawkach nadmienia autor, że w wiedeńskim zakładzie dla umysłowo chorych podano dwom chorym 50 grm. zamiast 5 grm.; jedyny skutek był ten, że chory spał 24 godzin. Byłby to istotnie idealny środek, gdyby nie jego przykry, niczem zaprawić się nie dający smak, i nieznośny zapach, udzielający się także wydychanemu powietrzu: najlepszy jeszcze jest sposób podawania w piwie lub winie. Narówni mniej więcej z paraldehydem stoi wodnik amylowy, a z nowszych hedonal w 2-ch gramowych dawkach. Wszystkie te wyżej wymienione przetwory mają dziwny smak, dlatego też nie mogą być podawane choremu bez jego wiedzy; wolnym od tego jest sulfonal, który w dawkach 1—2 grm. (pod postacią soli na chleb lub do potraw) niewątpliwie sprowadza po 2-ch godzinach sen, występujący jeszcze w ciągu następnych 24 godzin z powodu długiego wsysania pozostałych resztek leku. Przy dłuższem więc i nieostrożnem stosowaniu sulfonalu następuje działanie zbiorowe, sprowadzające częstokroć zejście śmiertelne: pojawia się bezmocz, lub mocz przybiera barwę brunatno-różową, śpiączka i śmierć — objawy, których pośrednią przyczyną bywa zaparcie stolca. Sulfonalu nie należy więc używać dłużej nad 1—2 tygodni, przyczem jak najskrupulatniej należy zwalczać zaparcie stolca. Na wzmiankę jeszcze zasługuje weronal (0·50—1·0), podczas gdy trional posiada jedynie wady sulfonalu. Całego zresztą szeregu innych środków nasennych, jak somnal, uretan, chloralamid i t. d. należy się wystrzegać; to samo także tyczy się i nowego bromidia, co do którego nie można postawić ani wskazań, ani przeciwwskazań. W stanach zaś podniecenia — obok zabiegów wodoleczniczych — oddają jeszcze przetwory bromu najlepsze usługi, chorzy zaś, którzy po bromie okazują wysypkę, bardzo dobrze znoszą bromipinę, w przypadkach natomiast trwogi i lęku dobrze działają przetwory makowca.

Bardzo ujemnie działa na przebieg choroby umysłowej nieprawidłowe funkcyonowanie przewodu pokarmowego; zdarzają się często przypadki, w których pogorszenie następuje po zaparciu stolca: tutaj więc kalomel łącznie z wlewaniami, czopki glicerynowe sprowadzają znów równowagę w ustroju.

Drugim bardzo często się zdarzającym objawem u umysłowo chorych jest nieprzyjmowanie pokarmów (*sitiophobia*), które, — po bezskutecznych, a w krótkich odstępach czasu wykonanych próbach podawania choremu pokarmów wprost do ust, — zmusza otoczenie do podjęcia sztucznego żywienia. W takich razach nie należy dłużej zwlekać nad 3—4 dni; po upływie bowiem tego czasu ogólny zapad sił szybko się wzmaga, a powtóre — wytwarzają się w żołądku i kiszkach zmiany, które uniemożliwiają trawienie. Cewnikiem więc, wprowadzonym najlepiej przez nos, wlewa się początkowo w kilku porcyach płyn, składający się z jednego litra ciepłego mleka, 3 jaj, 10—40 dgrm. tartego mięsa, nieco soli z dodatkiem jakiegoś przetworu odżywczego (plasmon i t. p.). Inne wreszcie objawy, jak napady padaczkowe, odleżyny i t. d. zwalcza się znanymi środkami i sposobami, bądźto według ogólnie przyjętych zasad chirurgii, bądź też zabiegami wodoleczniczymi.

Na jedną okoliczność należy jeszcze zwrócić uwagę. W przypadkach niezwykłego podniecenia lub u chorych szałowych, lub wreszcie tam, gdzie idzie o przewiezienie niespokojnego chorego, znakomicie działa *Hyoscinum muriaticum* w dawkach 0·0005—0·001; środek ten działa podobnie jak *kurara*, poraża cały układ mięśniowy, skutkiem czego chory natychmiast się uspokaja i jest jakby odurzony. Stan taki trwa kilka godzin. Z innych środków należy się wystrzegać kokainy (przy wyrywaniu zębów), mogącej wywołać tak zw. *status epilepticus;* dalej rozpowszechnionego tak bardzo leczenia przeciwkiłowego, jako rzekomego wskazania przyczynowego, lub też rozweselenia chorego na umyśle — wszystkich zabiegów mogących pociągnąć za sobą wprost stany maniakalne; przeciwnie za zasadę należy uważać możliwy spokój i usunięcie wszystkich bodźców, działających na zmysły.

Dr. Pisek (Kraków-Podgórze).

Tamman i Chłopin. **Wpływ ciśnienia wysokich stopni na drobnoustroje.** (*Wiestnik obszczestwiennoj higieny, sudiebnoj i prakticzeskoj mediciny*, 1903, sierpień). Tamman i Chłopin wykonali szereg doświadczeń dla zbadania wpływu wysokiego ciśnienia na własności biologiczne drobnoustrojów. Umieszczając czyste hodowle bulionowe różnych drobnoustrojów w przyrządzie, w którym można było dowolnie zwiększać ciśnienie do 2000—3000 klgr. na 1 ctm.^{2}, więc do 1,936—2,904 atmosfer, przyszli autorowie do przekonania, że ciśnienie, wynoszące 2000 klgr. i działające 4 godziny przy cieplocie 36°, wywiera przygnębiający wpływ na drobnoustroje. Działanie to wyraża się w opóźnieniu rozwoju drobnoustrojów na pożywkach, w obniżeniu ich jadowitości, u niektórych zaś gatunków w osłabieniu dowolnej ruchomości; żaden ze zbadanych drobnoustrojów nie zginął w tych warunkach. Podobne działanie wysokiego ciśnienia występowało jeszcze poprawniej, gdy drobnoustroje zostawały pod jego wpływem w ciągu dłuższego czasu np. do 4 dób. Ciśnienie, wynoszące 3000 klgr. na 1 ctm.^{2}, sprowadzało oprócz tego u drobnoustrojów zupełną lub częściową utratę własności rozwoju na agarze i żelatynie.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Dr. Sperk. **Otrzymywanie i zabezpieczenie mleka.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 1904, H. 1). W myśl zasad higieny i techniki mleczarskiej mleko przedażne jako „pokarm oseskówׂ« winno być sporządzone na następujących zasadach: 1. Wyhodowanie zdrowych krów, wolnych od gruźlicy, pochodzących z zdrowych szczepów. 2. Odosobnianie cieląt zbadanych próbą tuberkulinową, jako wolnych od perlicy (zasada Banga). 3. Wykluczenie ras krów, które łatwo podpadają gruźlicy i są mało odporne. 4. Chów krów w korzystnych warunkach higienicznych (dobre żywienie, dużo ruchu, obory jasne i powietrzne). 5. Ostateczne postawienie bydła w oborach po powtórnej próbie tuberkulinowej i klinicznem zbadaniu stanu zdrowia. 6. Lekarska kontrola bydła i obór w krótkich przerwach czasu. 7. Wykluczenie wyłącznie suchej paszy (gdyż to jest nienaturalne, drogie i dla jakości i ilości mleka szkodliwe). 8. Wzbronienie podawania pożywień fermentujących. 9. Podawanie siana z łąk racyonalnie uprawianych i doborową mieszaniną traw zasianych. 10 i 11 Do paszy dodawać ziemniaki, owies, buraki, ryż. 12. Troska o dobrą wodę do napajań. 13. Karmienie po podoju. 14. Osobne ubikacye do dojenia o ścianach gładkich, dających się łatwo oczyścić. 15. Mycie wymion wodą ciepłą i wytarcie czystą szmatą wełnianą. 16. Przed podojem dojarki mają się przebrać w osobne świeże i czyste ubrania i umyć ręce. 17. Zestrzykać pierwszą część mleka, a dopiero następne zbierać, jako mleko oseskow. 18. Mleko dawać do skopca opatrzonego włosianem sitem i ze skopców bezzwłocznie zlewać krótkiemi rurami do zbiornika, umieszczonego w zimnej przestrzeni, gdzie mleko się cedzi, względnie centryfuguje. Tak oczyszczone mleko ma być natychmiast oziębione, zlane do dzbanów, plombowane i odesłane do kontroli. Tu sporządza się mleko dla oseskow wedle przepisów lekarskich, stosownie do specyalnego przeznaczenia, lub też napełniane w pojedyncze flaszki i wedle potrzeby pasteuryzowane, wyjaławiane lub surowe, roznoszone do domów, gdzie wystarczy już ogrzanie do temperatury 36°, by było odpowiednie do użycia. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Ratner. **Marskość wątroby żylna, niepowikłana z puchliną brzuszną.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 45). R. opisuje

przypadek z petersburskiej kliniki lekarskiej, odnoszący się do zanikowej marskości wątroby; zasługuje on na uwagę pod tym względem, że nie był powikłany z puchliną brzuszną, jakkolwiek schorzenie trwało przynajmniej 9—10 lat. Okoliczność ta zależała od nadzwyczajnego rozwoju żył podskórnych brzucha; od pachwin do wyrostka mieczykowatego mostka wyraźnie zaznaczone były dwa wężykowate, podłużne, sinawe sznury żylne grubości gęsiego pióra lub małego palca ręki. Żyły te łączyły się z układem żyły brzusznej przez pośrednictwo żył udowych, z ogólnym zaś układem krwionośnym za pomocą żył sutkowych wewnętrznych. Żylakowatemu rozszerzeniu uległy powierzchowne żyły nadbrzuszne i żyły, idące wyżej w kierunku do żył wewnętrznych sutków. Należy przypuszczać, że oprócz tych naczyń widzialnych rozszerzeniu uległy i naczynia głębokie. W tym więc przypadku utworzyły się samoistnie te same warunki, które miał na myśli prof. Talma, polecając swoją metodę operacyjną. *Witold Orłowski*, (Ptbg.).

Villaret. **Czy zapalenie kiszki ślepej występuje dziś częściej, niż dawniej?** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 1, 1904). Z urzędowych sprawozdań o ruchu chorych w armii niemieckiej w ciągu ostatnich 27 lat wykazuje autor, że od roku 1873/4 do 1900/1 cierpienia wątroby zmniejszyły się o 64·2%; cierpienia żołądka o 79·9%, a zapalenie otrzewnej zmniejszyło się o 70·2%; natomiast zapalenie okątnicze doznało przyrostu o 70%. Według Villareta przyrost ten odbył się kosztem mylnie rozpoznanych cierpień wątroby i żołądka, a dawniejsze zapalenia otrzewnej w armii były po największej części następstwem zapalenia okątniczego, które dziś częściej, bo wcześniej i lepiej bywa rozpoznane. Choroba zaś ta właściwie jest dziś rzadszą, gdyż z tej samej statystyki wynika, że wszystkie cztery wyżej przytoczone choroby razem również się zmniejszyły o 44·5%, a więc nie zapalenie kątnicy stało się częstszem, lecz lekarze wyuczyli się je wcześniej i lepiej rozpoznawać. Mniemanie zaś, że rozpowszechnione dziś użycie naczyń emaliowanych do gotowania, z których kawałeczki dostawszy się do potraw i z niemi do wyrostka robaczkowego, wywołują tak często dziś rozpoznawane zapalenie kątnicy, jest wierutną bajką. *Dr. Fels.*

Bołdyrew. **Próba uodpornienia człowieka zapomocą toksyny błoniczej i czynne uodpornienie wogóle.** (*Russkij Wracz* Nr. 39, 1904). Jak wiadomo, rodak nasz, Dzierżgowski, wykazał na samym sobie, że toksyną błoniczą można wywołać u człowieka czynną odporność przeciwko błonicy, na tyle wysoką, że ustrój znosi bezkarnie ogromne ilości toksyny; jednocześnie wykazał on, że toksyna błonicza może być w pewnych warunkach dla człowieka wogóle nieszkodliwą. Poszukiwania Bołdyrewa stanowią dalszy ciąg pracy Dzierżgowskiego i mają na celu rozwiązać pytania o możliwości uodpornienia człowieka nader małemi dawkami toksyny. W tym celu B. wstrzykiwał sobie pod skórę dolnej i górnej kończyny, oraz brzucha, toksynę, zacząwszy od $^1/_{10000}$ najmniejszej dawki śmiertelnej dla świnki morskiej i stopniowo dawkę podnosił; najwyższa dawka wynosiła $^8/_{10}$ najmniejszej dawki, śmiertelnej dla świnki. Wstrzykiwania B. przeprowadzał na możliwie większej przestrzeni ciała, opierając się na wynikach doświadczeń na koniach, które wykazały, że podobne postępowanie przyspiesza powstanie odporności, sprowadza znacznie wyższy jej stopień, wymaga znacznie mniejszej ilości toksyny dla otrzymania tegoż stopnia odporności, jest o wiele tańszem, niż sposób wstrzykiwania na ograniczonej przestrzeni; wreszcie, pierwszym sposobem można osiągnąć wysoki stopień odporności prawie u 60% koni, wtenczas gdy drugim zaledwie w 35%. Wstrzykiwania wywoływały po 6—12 godzinach miejscowe przekrwienie i słaby ból; większe dawki dawały niewielkie nacieczenia, które znikały po 1—2 dobach. B. wstrzykiwał sobie ze 36 razy po 5,0 najmniejszej dawki, śmiertelnej dla świnki morskiej. Wyniki były bardzo dodatnie: w ustroju utworzyła się znaczna ilość antytoksyny. Ciepłota przez cały czas zostawała prawidłową; żadnych zaburzeń ze strony narządów wewnętrznych nie było. Na podstawie tego doświadczenia B. dochodzi do wniosku, że metoda czynnego uodporniania może uchronić człowieka od zakażenia. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Ewald. **Guzy kiszek w lewej okolicy biodrowej.** (*Berl. klin. Wochenschr.*, Nr. 48 i 49, 1903). Autor w swej pracy omawia jedynie guzy, wychodzące z kiszki w ścisłem tego słowa znaczeniu lub otrzewnej, nie uwzględniając zupełnie nowotworów, mających za punkt wyjścia narządy rodne z przydatkami, pęcherz moczowy lub wreszcie gruczoł krokowy. To mając na oku, należy najpierw wspomnieć o macalnych bulwowatych lub walcowatych guzach, pojawiających się w głębi okolicy biodrowej, wzdłuż mięśnia biodrowo-lędźwiowego. Przy rozpoznaniu trzeba się mieć na baczności, by dającego się wymacać brzegu mięśnia biodrowo-lędźwiowego, lub skurczonego jelita esowatego nie wziąć mylnie za guz lub nowotwór, zwłaszcza u osobników wychudłych i wycieńczonych. Podobne skurczenia znikają po gorących okładach lub takichże kąpielach; w przypadkach zaś upartych założone czopki z wilczej jagody łącznie z makowcem wyjaśniają sytuacyę. Nadymania kiszki powietrzem nie prowadzą zazwyczaj do celu. Najczęściej można napotkać w kształcie guzów stwardniałe masy kałowe, wypełniające jelito esowate; rozpoznanie nie przedstawia wielkich trudności już z tego względu, że masy te dochodzą aż do kiszki prostej, gdzie je bezpośrednio palcem wybadać można. Czasami bywają tak zbite i twarde, że stawiają opór wszelkim środkom rozwalniającym, ulegając jedynie ręce lub wysokim wlewaniom. Analogicznie zachowują się kamienie jelitowe, żółciowe lub połknięte ciała obce, zatrzymujące się nierzadko w pętli esowatej; — ścisłe wywiady (w kierunku leków, zażywanych w ostatnich czasach, lub potraw obfitujących w wapno albo magnezyę) wyświetlają prawdę. Więcej trudności w rozpoznaniu przedstawiają trwałe guzy w jelicie esowatem, w szczególności raki, sprowadzające w swych początkach objawy ogólne, jak lekkie zaburzenia w oddawaniu stolca naprzemian z wodnistą biegunką i parciem, a co najważniejsza, że wszystkie środki ściągające lub narkotyczne, stosowano w jakikolwiekbądź sposób, pozostają bez wpływu. Czasami kał zawiera wprawdzie skrzepłą krew lub szklisty śluz; innym jednak razem przedstawia się zupełnie prawidłowo, dlatego też przy najlżejszem podejrzeniu na nowotwór należy przedsięwziąć ścisłe poszukiwanie krwi w kale tak drogą drobnowidową, jak i chemiczną. Oczywista rzecz, że jeżeli nowotwór jest w okresie rozpadu, wówczas wydostają się na zewnątrz jego cząstki wraz z większą ilością krwi. W przypadkach, w których nowotwór jest mały, rozpoznanie czasem staje się niemożliwe, łaknienie jest dobre, wymiotów i boleści brak; stałe atoli opadanie wagi ciała, dla którego niema żadnych uchwytnych przyczyn, mniejsza lub większa niedokrwność, lekki obrzęk skóry, spotęgowana czynność serca przy drobnej stosunkowo okoliczności, powinny być w takich razach przestrogą, której pominąć nie wolno. W drugiej części swej pracy uwzględnia Ewald sprawy zapalne, toczące się w sąsiedztwie jelita esowatego, w postaci otorbionych wypocin. Etyologia tych cierpień jest dotychczas niewyjaśnioną: czasami są następstwem ostrych lub przewlekłych zmian jelitowych pochodzenia gruźliczego, kiłowego lub wreszcie nowotworowego, przechodzących na otrzewnę i tworzących miejscowe zapalenie otrzewnej — analogicznie, jak to się dzieje w przypadkach zapaleń okołokątniczych. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Kazarynow. **Lasecznik Shiga, jako przyczyna biegunki krwawej.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 41). K. wykonał w berlińskim instytucie higienicznym szereg doświadczeń na królikach, karmiąc je hodowlą prątka Shigi, w celu wywołania zmian, cechujących biegunkę krwawą. Króliki ginęły tylko wtenczas, gdy uprzednio zobojętniony był sok żołądkowy, zwłaszcza jeśli królik był głodzony w ciągu doby; jelita tych zwierząt nie wykazywały jednak w tych warunkach prawie żadnych zmian anatomiczno-patologicznych. Pewniejsze wyniki z tych doświadczeń otrzymywał K., zwłaszcza na królikach głodzonych, gdy oprócz zobojętnienia soku żołądkowego wstrzykiwał do jamy brzusznej nalewkę makowca; królik na 5 dzień dostawał biegunki, która po 3 dniach stawała się krwawą, a na 9 dzień ginął. Sekcya wykazywała zmiany właściwe pierwszemu okresowi czerwonki, mianowicie stwierdzano zwykle przekrwienie i obrzęk błony śluzowej kiszki grubej, ogniska wypociny włóknikowej, liczne wynaczynienia w błonie śluzowej i podśluzowej, powierzchowne owrzodzenia, śluz i krew w dolnym odcinku kiszki prostej. Na podstawie tych doświadczeń i wniosków, wysnutych z piśmiennictwa, przyłącza się autor do poglądu Vaillarda, że lasecznik Shigi jest przyczyną biegunki krwawej stref umiarkowanych, postacie zaś pełzakowe biegunki są właściwością stron zwrotnikowych. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Zarcyn. **Leczenie rwy kulszowej strychniną.** (*Russkij Wracz*, 1902, Nr. 41). Autor sprawdził w 9 przypadkach uporczywej rwy kulszowej leczenie strychniną, polecone przez Czawowa; używał on azotanu strychniny w dawce 0·001 do wstrzykiwań podskórnych. Wyniki były zachęcające: w 4 przypadkach objawy chorobowe znikły zupełnie i bardzo szybko; w 3 nastąpiło znaczne polepszenie; w 8-ym przypadku rwa kulszowa ustąpiła, towarzyszący zaś jej postrzał, pozostał bez zmiany. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Fromherz. **Jak można żyć w Egipcie?** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 46, 1903). Suchy, równomiernie ciepły klimat egipski jest bardzo korzystny dla chorych na niektóre postacie gruźlicy i na zapalenie nerek, lecz dla wyzdrowienia i polepszenia wymagany jest pobyt przez dwa lata, a słyszy się wszędzie, że pobyt w Egipcie ma kosztować 35—50 kor. dziennie. Otóż kto jedzie do Egiptu, by zwiedzić wszelkie osobliwości tego kraju, nie znając języka krajowego, ten nie może uniknąć wszelkiego natręctwa i przesadnych cen, a tem samem rzeczywiście potrzebować będzie 35—50 kor. dziennie. Inaczej rzecz się ma, gdy chory przy-

jeżdża dla kuracyi. W pierwszorzędnych hotelach życie kosztuje również 25 kor. dziennie, w mniejszych i pensyonatach, odpowiadających komfortem zwykłym miejscom kąpielowym, można żyć począwszy od 8 kor. dziennie. Uwzględniając jednak kosztowną podróż i wydatki aż do przybycia do celu, to przecież tylko człowiek zamożnego stanu średniego podoła tym wydatkom. To też krótszy pobyt wypada o wiele drożej, niż pobyt w zwykłych miejscach kąpielowych, lecz suchotnikowi, któremu powietrze wilgotne lub mgliste szkodzi, lub cierpiącemu na podostre zapalenie nerek, powinien lekarz wyłuszczyć, że tylko kuracya, trwająca rok lub kilka lat daje widoki wyzdrowienia, a dla dłuższego pobytu warto ponieść wydatki na kosztowną i dłuższą podróż. Mimo że w nowszych podręcznikach spotykamy ostrzeżenia przed letnimi upałami i burzami z pustyni, to przecież ciepłe lato dla chorych jest bardzo korzystne. Wiatr z pustyni, chamsin, wieje tylko przez 2—3 dni między końcem marca a początkiem maja i trwa tylko kilka godzin dziennie; przez ten czas należy suchotników skłonnych do krwotoków trzymać w łóżku; zresztą chamsin nie wywiera żadnych wpływów szkodliwych dla ustroju. Upały letnie nie są tak nieznośne, jak się zwykle mniema; do połowy czerwca wieczory są śliczne, orzeźwiające; w gorących miesiącach od 9 rano do 5 trzeba siedzieć wśród czterech ścian, lecz od godziny 5 powietrze pod wpływem chłodnego wiatru północnego, wiejącego od morza, staje się bardze przyjemne, tak, że upały bynajmniej nie są powodem, by stronić w lecie od Egiptu.

Autor podaje wskazówki, jak należy sobie urządzić życie przy dłuższym pobycie w Egipcie. Przedewszystkiem należy przybyć na dłuższy pobyt w towarzystwie, by się tu urządzić po domowemu. W pierwszych 1—2 miesiącach jednak najlepiej jest zamieszkać w hotelu lub pensyonacie aż do obeznania się ze stosunkami i wyuczenia się kilku niezbędnych słów po arabsku. Wkrótce Arab zrozumie cudzoziemca, a ci, którzy z turystami się stykają, rozumieją zazwyczaj jeden lub kilka języków obcych, najczęściej angielski, a potem niemiecki. Poznawszy nieco stosunki miejscowe, można urządzić własne gospodarstwo bez obawy wielkiego wyzysku. Służący, arab, kosztuje miesięcznie 20—30 koron bez wiktu; ludzie ci bardzo mało potrzebują, wystarcza im trzcina cukrowa na obiad. Srodki wyżywienia się nie są zbyt drogie, o wiele jednak droższe w pełnym sezonie (styczeń do końca marca); jaja, drób, masło kuchenne są bardzo tanie; mięso, mleko, masło stołowe, a szczególnie napoje, są droższe, niż u nas. Wynajęcie umeblowanych pokoi nie opłaca się, gdyż dwa pokoje umeblowane kosztują miesięcznie 120—180 koron; natomiast wynajęcie całego domku jednopiątrowego w Helouan, składającego się z kuchni i 3—8 wysokich i przestronnych pokoi z balkonem lub tarasem kosztuje rocznie 360, a nawet 240 koron, a za 6.000—12.000 kor. można taki domek kupić. Jeśli to jest większy budynek, można część odnająć, zwłaszcza, że w zimie jest wielki popyt na tego rodzaju mieszkania. Za tanie pieniądze można się wygodnie umeblować skromnymi meblami arabskimi, ładnymi arabskimi kobiercami i dywanami; w kraju, gdzie nigdy nie marznie, gdzie przez cały rok zaledwie 10 godzin deszcz pada, łatwo się zrzec niejednej dogodności, upragnionej w domu. Kto zamieszka w Egipcie z żoną, może żyć tak tanio, jak w Europie, a nawet lepiej i przyjemniej. Gospodarstwo na wielką skalę z arabskim kucharzem i czeladzią kosztuje bardzo drogo i wtedy taniej wypada życie w pensyonacie. Rodzina, która może wydawać rocznie tylko 2400 koron, potrafi w Egipcie lepiej żyć, niż w większem mieście europejskiem; rodzina zaś, która może wydawać 6.000 koron rocznie, nie może w Egipcie stawiać tych samych wymagań, jak w Europie.

Ważną jest sprawa, do której miejcowości należy wysyłać chorych? Często lekarz posyła chorego wprost do Kairu, który dla chorych tak mało się nadaje, jak wogóle wielkie miasta europejskie; panuje tu ruch, hałas, złe powietrze i złe mieszkania. Najlepiej polecić Helouan, miasteczko pustynne, o 25 km oddalone od Kairu. Na pobyt letni nadaje się także zielone Matarieh, 15 km od Kairu, a na zimę dla chorych na nerki także cieplejsze Luksor i Assouan, gdzie w lecie bywa za gorąco. Najdogodniej odbywać podróż na Lloydzie austryackim do Aleksandryi, skąd za półtrzeciej godziny jest się w Kairze. Podróżujący z północy powinni jechać z Bremy Lloydem północno-niemieckim wygodną i tańszą drugą klasą do Port Said, skąd 8 godzin jazdy do Kairu. Bardzo trudno jest jednak utrzymać tu chorego przez cały rok. Z początku życie ludności i natura są dla każdego bardzo zajmujące, lecz wkrótce ogarnia tęsknota za domem, a z końcem marca wszystko z przelotnymi ptakami dąży do domu i tylko nieliczni i wytrzymalsi przezwyciężają tęsknotę, a są tu w lecie śliczne spacery i obrazy natury, dorównywujące najpiękniejszym obrazom gór i lodowców.

Jednak w numerze 52 *Münch. med. Wochenschrift* Dr. Goebel, który pięć lat bawił w Aleksandryi, polemizując z autorem, obstaje przy tem, że chamsin jest niebezpieczny dla suchotników, a pobyt w lecie wywiera wpływ szkodliwy na serce i układ nerwowy; wreszcie zdaje mu się, że życie wcale nie jest tak tanie i wygodne, jak to przedstawia Fromherz. *Dr. Fels.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

O żółtaczce po fenacetynie. Że fenacetyna, podobnie jak inne pochodne fenolu, działa osłabiająco na serce, jest rzeczą wiadomą; natomiast rzadziej spostrzegano, ażeby po fenacetynie wystąpiła żółtaczka i zapalenie przewodu pokarmowego. Taki przypadek opisuje I. Nussbaum. Z powodu bardzo gwałtownego bólu głowy zażyła chora co 2 godz. po 0·5 fenacetyny, razem 4 grm w ciągu 2 dni. Trzeciego dnia wystąpiła żółtaczka, nudności, białkomocz, biegunka; okolica pęcherzyka żółciowego stała się bardzo bolesna. Fenacetyna, antyfebryna i podobne leki sprowadzają w większych dawkach nie tylko podrażnienie przewodu pokarmowego, lecz także rozpad ciałek krwi i białkomocz. Wyzdrowienie nastąpiło po trzech tygodniach (*Neue Therapie*, Nr. 6, 1903). *Baschkopf.*

O mimowolnem moczeniu i jego leczeniu zapomocą wstrzykiwań nadoponowych (epiduralnych) (*Wiener klin. Wochenschr.*, Nr. 29 i 30, 1903). Początkowo robiono wstrzykiwania pod oponę twardą, by na tej drodze zastąpić znieczulanie przez wstrzykiwania śródoponowe kokainy. Przy tych próbach spostrzegł Calhelin, że u kobiety, cierpiącej na silne bóle pęcherzowe i bardzo bolesne parcie na mocz, wystąpiło po zastrzyknięciu 5 ctm^3 $^1/_2$%-wego roztworu kokainy zatrzymanie moczu, co go naprowadziło na myśl stosowania wstrzykiwań nadoponowych w częstem parciu na mocz i moczeniu mimowolnem, przyczem często osiągnął dobre warunki. Wstrzykuje się w korzenie ogona końskiego (*cauda equ.*), nie otwierając worka opony twardej. Kapsammer leczył tym sposobem 37 przypadków mimowolnego moczenia, z których wyleczył 25. Ponieważ stosowanie kokainy okazało się zbytecznem, K. wstrzykiwał później fizyologiczny roztwór soli kuchennej po 5—10—20 ctm^3. Na 300 wstrzyknięć nadoponowych tylko dwa razy nastąpił odczyn (wymioty, bolesność miejscowa). Korzystny wpływ w nocnem moczeniu mimowolnem tłómaczyć należy wstrząsem, wywartym na ogon koński. Wpływ kokainy nie wchodzi w rachubę, gdyż to samo osiąga się fizyologicznym roztworem soli kuchennej. Wstrzykiwania nadoponowe nie są niebezpieczne, jeżeli postępuje się ściśle bezgnilnie. Autor poleca to leczenie, które skutkuje nawet tam, gdzie dotychczasowe leczenie najczęściej nie mogło nic pomódz.
Baschkopf.

VI. Poglądy lekarzy starożytnych na przyczynę, przebieg i leczenie raka.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

(Ciąg dalszy).

II.

Celsus.

Długi okres czasu od Hipokratesa do Celsusa nie przeszedł bez zaznaczenia pewnego postępu, jeżeli nie pod względem zapatrywań na przyczynę raka, to przynajmniej pod względem jego leczenia. Dowodem tego może być to, co Celsus opowiada o swoich poprzednikach, mianowicie, że oni wypalali lub nawet nożem wycinali części, zajęte przez nowotwór *„quidam ferro adusserunt: quidam scalpello exciderunt“* [26]). Wynikałoby stąd, że rak wyrobił sobie już dawno prawo obywatelstwa należenia do chorób, nad któremi piecza raczej chirurgowi przypaść powinna. Ostrożniejszym jest Celsus w wypowiadaniu swoich poglądów na przyczyny sprzyjające powstawaniu raka. Jeżeli Hipokra-

[26]) Aur. Cornel. Celsi ed Almeloveen Basileae 1758 lib. V, cap. 28.

tes wielokrotnie i przedewszystkiem wini złe soki, to przeciwnie Celsus nie powiada nigdzie nic pewnego pod tym względem. Tu i ówdzie pozwala nam się tylko domyślać, że bliznom, powstającym po ranach chirurgicznych [27]), oraz lekom drażniącym przypisuje winę wywoływania raka. Obydwóch tych czynników etyologicznych nie uważa jednakowoż za bezpośrednią przyczynę raka, lecz za takie, które przy odpowiedniem usposobieniu spowodować mogą bujanie tkanek. Przyczyna zaś właściwa leży w samym usposobionym już do tego ustroju. Dlatego też, mówiąc o operacyach plastycznych nosa, warg i ust, przestrzega Celsus przed wykonywaniem ich u osób starszych, chorowitych lub wyniszczonych, u których istnieje pewna skłonność do tego rodzaju cierpień. *„neque simile autem corpus, neque quod mali habitus est, neque in quo difficulter ulcera senescunt, huic medicinae idoneum est quia nusquam aut celerius cancer occupat, aut difficilius tollitur“* [29]). Z tego wynikałoby, że obok tamtych dwóch przyczyn raka, rozróżniał jeszcze i inne, jak podeszły wiek i wyniszczenie ustroju. Miejscami, w których się najczęściej rak rozwija, są policzki, nos, uszy, wargi i sutki kobiece, a z narządów wewnętrznych wątroba i śledziona [30]). Obok tych miejsc wyborowych zajmuje się Celsus jeszcze rakiem jamy ustnej [31]) i pęcherza moczowego [32]).

Co rozumie przez raka jamy ustnej, trudno rozstrzygnąć. Prawdopodobieństwo jednak przemawia za tem, że ma na myśli złośliwe nowotwory dziąseł, Przypuszczenie to wynika stąd, że w rozdziale o raku jamy ustnej zajmuje się Celsus jedynie leczeniem dziąseł. Wogóle rozdział odpowiedni u Celsusa dopuszcza dwojakie tłómaczenie. Dowodem tego może być ta okoliczność, że Łuczkiewicz [33]) oddaje w swojem tłómaczeniu Celsusa, słowo „cancer“ jako „zgorzel“. Na usprawiedliwienie swoje podaje Łuczkiewicz uwagę Celsusa, w której przed przystąpieniem do leczenia cierpienia nakazuje Celsus uwzględnić ogólny stan chorego, a w szczególności, czy odżywienie chorego nie podupadło, gdyż wtedy należałoby leczenie rozpocząć od poprawienia ogólnego stanu. Prawda, że ta uwaga Celsusa nie przemawia przeciw pojmowaniu słowa „cancer“ jako „zgorzeli“, lecz dlaczegóżby ona miała być przeciw „rakowi“? Wszak i dziś zaczynamy niejednokrotnie — a wcale nierzadko ograniczamy — leczenie raka od poprawienia stanu ogólnego chorego. A jeżeli Celsus zwraca na to uwagę, to musimy jedynie podziwiać jego postępowe pod tym względem stanowisko. Jako dowód zaś, że Celsus miał tu na myśli złośliwe nowotwory, może posłużyć to, że porównywa leczenie ich z leczeniem podobnego cierpienia warg, twierdząc, że w zajęciu warg, najwygodniej jest wyciąć miejsce zajęte. Trudno zaś przypuścić, żeby Celsus przy zgorzeli, zwłaszcza jeżeli nią miało być cierpienie, jak twierdzi Łuczkiewicz, zwane *„stomacace“* — warg, przystępował do wycięcia. Dowodów przynajmniej na to brak.

Co się zaś tyczy raka pęcherza moczowego, to na podstawie tego, co Celsus pisze, należy przyjąć, że znał przypadki raka ograniczającego się do pęcherza moczowego, lub też takie, gdzie z pęcherza przechodził na prącie tak, że w tym razie należało się uważać pęcherz jako narząd pierwotnie zajęty.

Podobnie jak ustęp o raku jamy ustnej, daje powód do myślenia i sprzeczek ten rozdział, w którym Celsus zastanawia się nad rakiem pęcherza moczowego. Skoro jednakowoż, tam przemawia wiele okoliczności za tem, że Celsus miał na myśli raka albo wogóle nowotwory złośliwe, to należy odnośnie do tego drugiego rozdziału przyznać, że w nim są zebrane rozmaite cierpienia i że raka w naszem dzisiejszem pojęciu może Celsus najmniej opisuje. Wprawdzie ta okoliczność, że cierpienie powstało po zabiegu chirurgicznym w samej ranie, przemawia tak dobrze za rakiem (Celsus wspomina o raku nosa, powstałem w ranie operacyjnej po zabiegu chirurgicznym na tym narządzie wykonanym) jak i za innemi cierpieniami, n. p. za zgorzelą jak tłómaczy Łuczkiewicz. Gdy jednakowoż Celsus twierdzi, że cierpienie samo przez się przestaje w pewnym okresie choroby rozwijać się i że ono nie przeszkadza zabliźnieniu się rany, utworzonej sztucznie, należy przypuszczać, że nie miał tu na myśli raka w naszem dzisiejszem znaczeniu, lecz najprawdopodobniej jakąś chorobą przyranną.

Rakowi towarzyszą pewne objawy, które czynią jego rozpoznanie zazwyczaj dosyć łatwem. Objawów tych jest niemało. Jakkolwiek Celsus nie był zwolennikiem szkoły metodycznej, to przecież widział zmniejszanie się lub zwiększanie napięcia tkanek. Jedno lub drugie może towarzyszyć powstającemu rakowi, lecz ani jedno ani drugie nie należy do stałych i charakterystycznych dla tego cierpienia objawów. Dookoła miejsca tak zmienionego, nabrzmiewającego niejednostajnie, przypominającego czasem kształtem szyszkownice (χονδυλώματα) i nie przesuwalnego, tworzą się drobniutkie guzki. Żyły w najbliższem sąsiedztwie wypełniają się, robią wrażenie jakby przyjmowały kształt bardziej wężykowaty, a barwa ich staje się bardziej siną, innym znowu razem bledszą w tym stopniu, że trudno je wogóle widzieć. Barwa miejsca schorzałego bywa czerwoną, lub też bladą, zbliżoną do barwy soczewicy. Dotknięcie się raka sprawia jednym ból, podczas gdy innym jest całkowicie obojętne, gdyż na nie nie oddziaływają [34]). Cierpieniu towarzyszy często wyniszczenie ustroju [35]). Obok tych objawów, występujących ilekroć pojawia się rak, istnieje jeszcze szereg innych, zależnych od miejsca lub narządu, zajętego przez nowotwór. Przy raku dziąseł n. p. występuje w nich ból i chwieją się zęby [36]); w zwyrodnieniu rakowatem pęcherza [37]) wydziela się płyn cuchnący, zmieszany ze skrzepami i strzępami, w pachwinach i w odbytnicy występuje ból, biodra twardnieją, wyprostowanie kończyn dolnych staje się trudnem, a chorobie towarzyszy często gorączka w połączeniu z dreszczami. Gdy się cierpienie rozszerza na prącie, występują w niem bóle, prącie staje się czerwonem, brzęknie i twardnieje, występuje bezsenność i utrata sił. Pod względem anatomicznym rozróżnia Celsus trzy okresy w rozwoju raka: pierwszy okres charakteryzuje się stwardnieniem, a Grecy nazywali go „κακόηθες“. W miarę dalszego trwania cierpienia, powstają wyżej opisane guzy niewrzodziejące, odpowiadające greckiemu („... καρκίνωμα, quod sine ulcere est“), stanowiące drugi okres choroby i przechodzące w trzeci okres. Dla tego ostatniego rozróżnia Celsus dwie formy, a mianowicie: wrzód rakowy *„ulcus“* i późniejszą, jako następstwo dalszego rozpadu *„thymium“*.

Rokowanie co do uleczalności cierpienia było u Celsusa, o ile rzeczywiście szło o raka, co najmniej wątpliwe, jakkolwiek choroba ta wśród odpowiednich warunków życia nie skraca. Wynika to już z tej okoliczności, że Celsus uważa to cierpienie za mniej niebezpieczne, aniżeli wąglik (karbunkuł). Chorego na nowotwór, znajdującego się w pierwszym okresie, można wyleczyć. Kiedy jednak mamy do czynienia z pierwszym okresem, a kiedy z chorym w okresie drugim tego stanowczo bez próbnego leczenia nie można powiedzieć. Dobry lub zły wynik ma być dla lekarza jedynym dowodem, jakiego rodzaju

[27]) Celsus, lib. VII. cap. 9 i tamże cap. 27.
[28]) Celsus, lib. V. cap. 28.
[29]) Celsus, lib. VII. cap. 9.
[30]) Tamże, lib. V. cap. 28.
[31]) Tamże, lib. VI. cap. 15.
[32]) Tamże, lib. VII. cap. 27.
[33]) H. Łuczkiewicz: A. Korneliusza Celsa o lecznictwie ksiąg ośmioro. Warszawa 1889.

[34]) Lib. V. cap. 28.
[35]) Lib. VI. cap. 16.
[36]) Lib. VI. cap. 16.
[37]) Lib. VII. cap. 27.
[38]) Lib. V. cap. 28. ust. 2.

zmiany miał przed sobą. *„discerne autem cacoethes, quod curationem recipit a carcinomate, quod non recipit nemo scire potest, nisi tempore et experimento“* [38]). Wogóle może lekarz na przebieg cierpienia i na czas trwania jego ogromnie wpłynąć. Rak nie leczony, każe bez porównania lepiej wróżyć, aniżeli leczony nieodpowiednio lub środkami drażniącymi. Jako nieodpowiednie leczenie uważa Celsus, zwłaszcza w drugim okresie cierpienia, przedewszystkiem zabiegi chirurgiczne, jak przypalanie żegadłem lub wycinanie nożem. Występuje zaś Celsus przeciw stosowaniu tych zabiegów z tego powodu, że pomimo nich często widział nawroty cierpienia, które śmierć chorego sprowadzały. Jak więc widzimy, zajmuje Celsus pod względem leczenia raka stanowisko nie bardzo postępowe. Wyniki operacyjne nie zadawalniały go wcale, natomiast zadawalniały go leki, przy użyciu których chorzy doczekali się niejednokrotnie późnego wieku. Jeżeli więc mamy wierzyć podaniom Celsusa, pozostaje tylko przypuszczenie, że pod pojęcie raka podporządkowywał rozmaite cierpienia rozmaicie przebiegające. W każdym zaś razie staje się odpowiedni rozdział dzieła Celsusa bardzo ważnym, gdyż dowodzi, że jeszcze przed Celsusem w leczeniu raka nierzadko uciekano się do zabiegów chirurgicznych.

W obec takich zapatrywań poleca Celsus cały szereg leków, które go nie zawodziły. Wychodząc z zapatrywania, że jedynie w pierwszym okresie „κακόηθες“ chorego uratować można, każe jak najwcześniej rozpocząć leczenie. Ponieważ zaś nigdy nie można na pewno wiedzieć, który okres cierpienia mamy przed sobą, dlatego należy posługiwać się empiryą. Dotknięcie schorzałego miejsca lekiem przyżegającym pouczy nas najprędzej i najpewniej z czem mamy do czynienia. W pierwszym bowiem okresie choroby, spostrzeżemy znaczną ulgę w późniejszych zaś jedynie pogorszenie. Spostrzegłszy ulgę, możemy przystąpić do zniszczenia nowotworu, mając przed sobą najodpowiedniejszy czas do zastosowania rozpalonego żelaza lub noża. Gdy zaś leki przyżegające powodują widoczne pogorszenie, nie należy ich nadal stosować, podobnie jak należy zaniechać i zabiegów chirurgicznych. Najodpowiedniejszem będzie wtedy starać się o złagodzenie rozmaitych przypadłości, dokuczających choremu. Największą ulgę doświadczy chory po przyłożeniu figi, plastra sporządzanego z olejku różanego, zmieszanego z proszkiem naczynia, w którem kowale rozżarzone żelazo studzą, plastra który Grecy nazywają „ῥυπῶδες“ [39]), lub też maści rozmiękczającej i łagodząco działającej, w skład której obok żywicy drzewa terpentynowego, łoju byczego i palonych drożdży wchodzą jeszcze lipożywica i inne dodatki [40]). W bardzo późnym okresie można nowotwór posypywać proszkiem miedzianym, dopóki się nim nie zniszczy wybujałości [41]). (C. d. n.)

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

IV-te doroczne Walne zgromadzenie Tow. samop. lekarzy odbyło się w niedzielę 28 lutego. W zastępstwie nieobecnego prezesa przewodniczył I wiceprezes Doc. Dr. Braun, który o godzinie 10½ zagaił zgromadzenie dłuższem przemówieniem, wykazując, co w ubiegłym roku Towarzystwo zdziałało, a co jeszcze zamierza zdziałać. W dalszym ciągu poświęcił gorące wspomnienie zmarłym członkom Towarzystwa, a zwłaszcza członkowi Wydziału, ś. p. prof. Trzebickyemu. Z kolei przystąpiono do obrad, objętych porządkiem dziennym: przyjęto do wiadomości sprawozdanie Wydziału i sprawozdanie kasowe i udzielono Wydziałowi absolutoryum. Uchwalono stylizacyę kilku §§ nowego statutu, które nie zyskały zatwierdzenia Ministeryum spraw wewnętrznych. Uchwalono wkładkę miesięczną i wpisowe w dotychczasowej wysokości. Uchwalono wszystkie wnioski przez Wydział pod obrady Walnego zgromadzenia przedłożone, oraz przekazano kilka nowych wniosków, zgłoszonych przez członków Towarzystwa, Wydziałowi do rozpatrzenia.

Na rok 1904 wybrano przez aklamacyę prezesem: prof. Jordana; I wiceprezesem: prof. Ziembickiego ze Lwowa; II wiceprezesem: Dr. Bogdanika; I sekretarzem: Dr. Langiego; II sekretarzem: Dr. Weinsberga; skarbnikiem: Dr. Słapę; członkami Wydziału: Drów Brauna, Flisa i Steuermarka; członkami Komisyi kontrolującej: Drów Bernadzikowskiego, Bielańskiego i Schoenguta; członkami Sądu polubownego: Drów Aronsohna Samuela, Cerchę, Lustgartena, Łazarskiego i Woynarowskiego.

Zgromadzenie z powodu ożywionej dyskusyi, w której przeważny udział brali członkowie z prowincyi, zaopatrzeni w mandaty ze swoich okręgów, zakończyło się o godzinie 2-giej.

Podczas zgromadzenia zgłosili się na członków Towarzystwa następujący koledzy: Jabłoński (Sanok), Niziołek (Brzozów), Ramer (Sanok) i Zaleski (Sanok).

Z sekretaryatu Towarzystwa: *Dr. Langie.*

[39]) Lib. V. cap. 19. ustęp 15.
[40]) Lib. V. cap. 18 ustęp 23.
[41]) Lib. V. cap. 28.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 3 marca.

* Dnia wczorajszego odbyło się we Lwowie posiedzenie pełnego Wydziału gospodarczego X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, na którem Wydział ściślejszy uczynił wniosek odroczenia Zjazdu i Wystawy do czasu, który się później oznaczy. Pobudką do tego kroku jest położenie polityczne, wpływające nader ujemnie na liczebne powodzenie Zjazdu. Wydział gospodarczy, zanim powziął to postanowienie, zasięgnął wiadomości w tych okolicach, w których lekarze polscy są bezpośrednio zaangażowani i dopiero na tej podstawie, po dojrzałym namyśle, a nie bez żalu, uchwalił wystąpić z wnioskiem odraczającym Zjazd. Powiedzieliśmy »nie bez żalu«, bo w istocie Zjazd zapowiadał się pod każdym względem świetnie: ażeby to twierdzenie poprzeć faktami, a jednocześnie dać zupełne zadośćuczynienie Wydziałowi gospodarczemu, że jego starania były — o ile gorliwe — o tyle pomyślne, ogłosimy w następnych numerach spis paruset zapowiedzianych odczytów i te wszystkie szczegóły, które dowodnie zaświadczą, że Zjazd był już pod względem naukowym przygotowany, a jeśli na razie zapadła uchwała odraczająca, to tylko dlatego, że Wydział ustąpić musiał przed niepokonalną »vis major«.

* Zapewne w związku z położeniem politycznem jest i następujące pismo:

»Z powodów nieprzewidzianych i od Wydziału lekarskiego we Lwowie niezależnych, kursy dla lekarzy, które miały się odbyć w miesiącu marcu t. r., zostały odwołane.« *Prof. Dr. W. Szymonowicz.*

* Komitet gospodarczy X go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich przesłał na ręce prof. Hlavy uprzejme zaproszenie lekarzy i przyrodników czeskich na Zjazd lipcowy. Prof. Hlava zwołał posiedzenie, na którem uchwalono powołać dla spraw tego Zjazdu osobny Komitet, w skład którego weszli: przewodniczący: profesorowie Hlava, Maixner i Chodounský; skarbnik: doc. dr. Kose; sekretarz: dr. Pelnař i 12 członków.

Chociaż dziś już wiemy, że Zjazd w tym roku nie odbędzie się, miło jest zawsze dowiedzieć się o tej życzliwej gotowości kolegów czeskich, z jaką przyjęli zaproszenie Wydziału gospodarczego.

* Komitet polski międzynarodowego Zjazdu dla higieny szkolnej w Norymberdze przesyła następujący komunikat:

»C. k. Rada szkolna krajowa delegowała do Komitetu: prof. H. Jordana; inspektorów krajowych: Dr. L. Germana i B. Baranowskiego; c. k. radcę szkolnego J. Skupniewicza dyrektora gimnazyum w Kołomyi, Dr. Eug. Piaseckiego, Dr. W. Serbeńskiego we Lwowie i Dr. Tyszeckiego w Krakowie. Jednocześnie Komitet uprasza, żeby członkowie Zjazdu zechcieli uiścić należytość za karty uczestnictwa po 20 marek do dnia 15 marca na ręce przewodniczącego.

Prof. *Bujwid*, prezes. Dr. *Landau*, sekretarz.

* Z łaskawie nadesłanego nam »Sprawozdania miejskiego Biura sanitarnego w Rzeszowie za rok 1903«, podpisanego przez Drów Zagórskiego i Tellera, dowiadujemy się, że przyrost ludności w r. sprawozdawczym wynosił 1,19%, a śmiertelność 17‰. Najwięcej

zmarło dzieci w 1-szym roku życia (129 na 373 wszystkich zmarłych). Z chorób najwięcej ofiar zabrała gruźlica (51 na 373), cholera dzieci (50), zapalenie płuc (48), płonica (20). Z chorób epidemicznych najdłużej panowała płonica, trwając niemal rok cały, z największem nasileniem w miesiącach letnich. Sprawozdanie wskazuje i na sąsiednie wsie, jako na niewyczerpujące się źródło chorób zakaźnych i wymienia wszystkie starania urzędu sanitarnego, by źródło to przeciąć. W samem mieście fizykat miejski drogą ustawy i rozporządzeń usiłował zapobiedz szerzeniu się epidemii przez odosobnianie pierwszych przypadków i odkażanie mieszkań po chorych zakaźnych Odkażanie odbywa się w Rzeszowie przyrządem parowo-formalinowym systemu prof. Prausnitza. Na środki odkażające wydało miasto kor. 1158, a drogą zwrotu otrzymało tylko 242 koron. W luźnej notatce nie podobna pomieścić całego zakresu zapobiegliwego działania rzeszowskiego urzędu zdrowia: »Sprawozdanie« może być wzorem, jak wiele może zrobić dla zdrowia publicznego urzędnicza sumienność, dobra wola i wiedza lekarza.

* Do Towarzystwa samopomocy lekarzy przystąpili kol.: Baschkopf (Kraków), Bikeles (Lwów), Pawluk (Radziechów), Tarnawski (Kossów), Vincenz (Peczeniżyn). Dr. *Langie*, sekretarz.

* Między 9 a 15 lutego doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: jarosławskim (2 gm.), lwowskim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (2 gm.), turczańskim (1 gm.), zaleszczyckim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Siegert, docent w Strassburgu, mianowany został profesorem nadzwyczajnym pedyatryi w Halli.

Nekrologia. Prof. Liébault, znany ze swych gruntownych badań nad hipnotyzmem, zmarł 15 lutego w Nancy.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 8. Żeleński: O niedokrewności wieku niemowlęcego z obrzmieniem śledziony. Hertz: Gruźlica dziąseł.

— *Gazeta lekarska* Nr. 8. Biernacki: O rzekomem krwiotwórczem działaniu arszeniku. Serkowski i Maybaum: Materyały do etyologii i statystyki raka (c. d.). Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych skóry w *herpes progenitalis* (c. d.).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 1. Elpl: Zestawienie kilku poglądów witalistycznych. Krakowski: Kauczuki dentystyczne (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 8. Ostrčil: Rectifikace obličejových poloh zevnimi hmaty (dok). Šebor: O diagnostickém významu leukocytosy při perityflitidě u některých gynaekologických affekcich (dok). Heveroch: Zvláštni typ degenerovanosti. Pelnař: Obrna svalů břišnich převážně na jedné straně a obrna svalů zásobených n. cruralis a obturatorius téže strany. Obraz prudké infekčni neuritidy v přislušných nervech.

— *La Presse médicale* N. 14. Brock: Jątrznik *(le cautère)* i dna. Enriquez: Sekretynina. Leczenie kwaśne dwunastnicowe. Pobudzenie czynności sekretyniny u człowieka.

N. 15. Weil i Clerc: Myelemia. Boissard: Chorzy na kiłę dziedziczną. Ramond: Działanie lecznicze leukocytozy wywołanej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 8. Senator: O własnościach hemolitycznych surowicy krwi w mocznicy. Westphal: Objawy ruchowe porażonych mięśni ocznych w jednym przypadku psychozy Korsakowa. Raehlmann: Ultramikroskopowe badania glikogenu, substancyi białkowych i bakteryi. Kullmann: Hemoliza wywołana wyciągiem raka. Westenhoeffer: Drogi zakażenia gruźliczego w ustroju dziecięcym (dok.). Pick: Nabłoniak chorioektodermalny (dok).

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 8. Schardinger: Fermentacya acetonowa. Blum: Przepuklina śródpęcherzowa. Bartel: Przyczynek do kazuistyki guzów okolicy krzyżowej. Berdach: Przyczynek do nauki o urazowych zwichnięciach stawów ręki. Herman: Kleszcze do gastroenterostomii.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 8. Merkel: Dziedziczenie odczynu precypitynowego. Heichelheim i Kramer: Wpływ wlewań zawierających kwas solny na zawartość pepsyny w treści żołądkowej przy achylii, oraz niektóre uwagi nad metodą ilościowego oznaczenia pepsyny. Köster: Osobliwe zaburzenie ośrodkowego czucia smaku. Saenger: O dychawicy. Görl: Röntgenoterapia. Klienenberger: Ołowica i ołowicze zapalenie nerek. Schlayer: Nawrót ropni wątroby. Schwarzkopf: Przypadek włóknistego przewlekłego zapalenia oskrzeli z wykazalnem umiejscowieniem i odlewami oskrzeli powstałymi ze śluzu. Völker: Poród dwojaków piersiozrosłych. Hackl: Zatrucie paprotką samczą. Roth i Dessauer: Źródło prądu elektrycznego dla lekarzy praktycznych. Schottmüller: Etyologia ostrego zapalenia żołądka i kiszek (dok.).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 8 (od 21/II do 27/II) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 29, dz. 39; nieżywo: chł. , dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 19, kob. 21; zamiejscowych: męż. 9, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1 obcych 1. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 8, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej 1, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 5, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 1, ob. —. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 6, ob. 7. 23) śmierć przypadkowa miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem** miej. 40. obcych 16.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 9 marca, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej profesora Szajnochy,* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Bujwid mówić będzie: „O doświadczeniach nad gruźlicą ludzką u bydła".

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.



VAPORIN

Dr. Staedler

znakomity, bezwzględnie nieszkodliwy środek przeciwkokluszowy.

TANNOFORM

Merck

Do użycia zewn.: Doskonały środek przeciw poceniu się.

Do użycia wewn.: Chroni od rozwolnień.

Mydło tannoformowe

do polecenia przeciw tworzeniu się łupieżu.

Maść tannoformowa

Zasypka tannoformowa

oba ostatnie przetwory stosuje się na rany odleżynowe, odparzenia.

Cenne zwłaszcza w praktyce dziecięcej.

Sanguinal Krewel

w pigułkach.

Używany od przeszło 10 lat z najlepszym skutkiem w niedokrewności i białaczce.

Pilul. Sanguin. cum Kreosot. 0·05.
Pilul. Sanguin. cum Kreosot 0·10.
Wskaz.: Phtisis incipiens, Zołzy.

Pilul Sanguinalis Krewel cum Guajacol carb 0·05.
Pilul. Sanguinalis Krewel cum Guajacol carb 0·10.
Wskaz.. Phtisis pulm. Infiltrationes, Scrophulois.

Pilul. Sanguinalis Krewel cum Extr. Rhei 0·05.
Wskaz.: Atonie przewodu pokarmowego.

Pilul. Sanguinalis Krewel cum Chinin. mur. 0·05.
Wskaz.: Osłabienia po wysiłkach i po chorobach zakaźnych.

Pilul. Sanguinalis cum Acid. arsenicoso 0·0006.
Wskaz.: Neurastenia, nerwobóle, pląsawica, zimnica, łuszczyca, wypryski, cukrzyca.

Pilul. Sanguinalis cum Natr. cynamilic. 0·001.
Wskaz.: Phtisis incipiens, Scrophulosis.

Pilul. Sang. cum Jod. pur 0·004.
Wskaz.: Wymioty ciężarnych, zołzy.

Pilul. Sanguinalis cum Am. Ichtyolico 0·05.
Pilul. Sanguinalis cum Vanad. pentoxydat.
Znakomity środek, skuteczny we wszystkich cierpieniach polegających na złej przemianie materyi, zwłaszcza w zołzach.

Liquor Sanguinalis Krewel

trwały, doskonały w smaku płynny Sanguinal (bez dodatku Glyceryny).

Kolaninpastillen

Dr. Knebel.

Przetwory Dra Bergmanna.

Dr. Bergmanna pastylki do żucia.
Wskaz.: Angina, Pharyngitis, Tonsillitis, środek zapobiegawczy przeciw błonicy.

Dr Bergmanna tabletki żołądkowe do żucia.
Wskaz.: kwaśna niestrawność, zgaga, bole żołądka, wymioty kwaśne.

Dr. Bergmanna tabletki przeciw otyłości.

Dr. Bergmanna tabletki przeciw opuchlinie

Literaturę i próbki wszystkich tych przetworów przesyła się bezpłatnie na żądanie pp. lekarzy.



Wskazany w
niedokrewności, krzywicy, neurastenii, charłactwach
i we wszystkich wycieńczeniach
jako znakomity środek **odżywczy i wzmacniający nerwy.**

Sanatogen

Zupełnie nie drażniący,
przez co łatwy w zastosowaniu i chętnie używany
PP. Lekarzom na żądanie wysyła się próbki i literaturę.
Bauer i Spka, Sanatogenwerke, Berlin SW. 48.
Główne zastępstwo:
Apt C. Brady, Wiedeń I, Fleischmarkt 1.

114

Apteka FORTUNATA GRALEWSKIEGO wKrakowie ul. Szczepańska 1

poleca **TLEN**

do wdychiwania w przyrządach patentowych „PNEUMO" systemu Dra DIEMA.



Przyrząd „PNEUMO" umożliwia wdychiwania **tlenu w sposób praktyczny i bardziej higieniczny,** jak przy dotychczasowem posługiwaniu się balonami kauczukowymi. — Konstrukcya przyrządu nader pojedyncza i łatwa do użycia.

Panowie Lekarze **mogą z góry oznaczyć dowolną ilość użyć się mającego tlenu.** — Cena znacznie tańsza, jak przy użyciu tlenu w balonach.

Kaucya za wypożyczenie przyrządu: w Krakowie **40 K**, na prowincyi **80 K.**

Obszerne prospekty i zamówienia zamiejscowe wysyła odwrotnie

Apteka FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska 1.





90

Fosfatyna Faliera

(Phosphatine Falières)

przyjemny pokarm najodpowiedniejszy dla dzieci od 6 miesięcy do 10 lat, zwłaszcza w czasie odłączania od piersi i w okresie rozwijania się.

Ułatwia ząbkowanie i zapewnia prawidłowy rozwój kości.

Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach.



L. 193

Konkurs.

Wydział Rady powiatowej w Drohobyczu rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Medenicach z roczną płacą w kwocie 1200 kor. i ryczałtem na objazdy w kwocie 640 koron rocznie.

Do objazdu tego należy 20 gmin z ludnością 24.470.

Lekarz okręgowy w Medenicach nie ma obowiązku utrzymywać apteki domowej.

Kandydaci wykazać się mają:

1. obywatelstwem austryackiem;
2. dyplomem doktora wszech nauk lekarskich;
3. świadectwem zdrowia przez c. k. lekarza powiatowego wydanem, lub przez niego potwierdzonem;
4. świadectwem moralności;
5. znajomością języków krajowych;
6. najmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim — a otrzymujący tę posadę stosować się winien ściśle do instrukcyi służbowej zamieszczonej pod Nr. 83 w części XXII dz. ust. kraj.

Pierwszeństwo mają kandydaci posiadający dwuletnią praktykę szpitalną lub egzamin fizykacki.

Termin do wnoszenia podań, które do Wydziału powiatowego w Drohobyczu wnosić należy — upływa z dniem 15 marca 1904 r. 148

Z Wydziału powiatowego.

W Drohobyczu dnia 30 stycznia 1904 r.

Ks. Serwacki wr.

Rok XLIII. Kraków 12 Marca 1904. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O jednej postaci patologicznej zmiany w komórkach nerwowych ludzkiej kory mózgowej.

Podał
P. Pręgowski,
dr. medycyny i filozofii

Badając anatomopatologiczny stan mózgu w niedowładzie postępującym, natrafiłem na zmiany w komórkach nerwowych, których opis stanowi treść tej rozprawy. Na szesnaście badanych przezemnie przypadków, w których klinicznie (w klinice Kraepelina) i anatomicznie (w pracowni Nissla) stwierdzony został niedowład postępujący, — *a*) w ośmiu z nich zmiana, o której mowa, była typową, *b*) w sześciu można było ją wyraźnie stwierdzić obok istniejącego równocześnie innego schorzenia, o którem bliżej pomówię przy innej sposobności, a które występuje, jak już tu zaznaczę, nie tylko w najróżnorodniejszych przypadkach psychiatrycznych, lecz także i w rozmaitych chorobach wyłącznie somatycznych; *c*) w dwóch przypadkach trudno było orzec stanowczo, czy zmiana ta zachodzi w istocie, lub nie. Przytoczone wyniki analizy anatomicznej zdają się wskazywać na to, że nie jest nieprawdopodobne, że mamy tu do czynienia ze zmianą w komórkach nerwowych, odpowiadającą niedowładowi postępującemu. Czy zmiana ta występuje także w innych psychozach, nie jest mi wiadome.

Samo schorzenie przedstawia się nieco odmiennie w komórkach małych piramidowych, aniżeli w komórkach wielkich piramidowych.

W warstwie drobnych piramid zmiana odbywa się w sposób następujący: najpierw widzimy wyraźnie w ciele komórkowem prawidłową budowę siatkowatą, o grubych ścianach siatki i dość silnie zabarwionych na niebiesko, o dość znacznych okach siatki, widzialnych bardzo wyraźnie przy imersyi i okularze nr. 2. Stopniowo ciało komórki blednieje, tudzież jego budowa siatkowata zanika; zmiana ta zwykle zaczyna się od strony wypustki głównej tak, że często u podstawy komórki nerwowej zachowane jeszcze bywa wyżej opisane siatkowate ciało komórki, gdy od strony wypustki głównej jest ono już wyblakłe i nie posiada widocznej budowy siatkowatej. Ciało komórki w tym okresie schorzenia porównać można z gęstą i grubą plecionką lub tkaniną, nie jest ono bowiem — jak powiedzieliśmy — siatkowate, nie jest też masą jednorodną, ani też rozpadłą na drobne czastki. Okres ten zmiany jest przejściem do całkowitego wyraźnego rozpadu. Owa plecionka niejako wiotczeje, powstają w niej przerwy lub większe luki, wreszcie rozpada się na cząsteczki w kształcie większych lub mniejszych, grubszych lub cieńszych kropek, przecinków, kolanek i t. d., co wyraźnie odróżnia tę masę od masy ziarnistej. Równocześnie z tym rozpadem brzeg komórki nerwowej, zwykle wyraźny, dość ostry i równy, staje się zatartym, chropawym, a nawet często ulega przerwaniom. Podobnie w masie, znajdującej się wewnątrz, powstają coraz liczniejsze luki i przerwy. Dodać nadto należy, że rozmiary, jak i obrysy zewnętrzne komórek nerwowych, wraz z ich wypustkami, nie ulegają żadnym zmianom.

Obok opisanego obrazu schorzenia ciała komórki, widzimy często jeszcze i inny: zdarza się mianowicie, że wnętrze komórek nerwowych zostaje wypełnione masą, której opisane cząstki składowe są barwne, o rozmaitych odcieniach zabarwienia. W tych komórkach przeto nastąpił już wcześniej rozpad ciała komórki na ową masę, niż zblednięcie Od czego zależy, że raz następuje zblednięcie wcześniej, aniżeli rozpad, kiedyindziej zaś rozpad poprzedza zblednięcie, nie jest mi wiadome.

W jądrze nie widać zmian wybitnych, co oczywiście nie oznacza, że ich niema. Kształt jądra nie ulega zmianie. Osłonka jądra, podobnie jak jej fałdy nie zanika, wcale. Wnętrze jądra jest bardzo blade i o słabo widzialnej budowie. Że w jądrze zdają się zachodzić jakieś zmiany, przemawia za tem przedewszystkiem ten fakt, że z jądra wypada łatwo jąderko i często spotykamy jądra komórek więcej zmienionych, pozbawione jąderek. Wewnątrz jąder następować zatem musi pewne zwiotczenie i rozluźnienie tkanki, co umożliwia łatwe wypadanie jąderka.

W jąderkach — podnieść należy, że bardzo często widzimy pęcherzyki jąderkowe, wyraźnie występujące wraz z krystaloidami.

Postać zejściowa, do której prowadzi schorzenie, przedstawia się jak następuje: zewnętrzne kształty komórkowe są zachowane, wypustki utrzymane również. Ciało komórki jest rozpadłe w sposób wyżej opisany, lub też niekiedy okazuje luki i miejsca puste, ograniczone zewnętrzną ścianką komórki, która jest niekiedy również poprzerywana. Jądro zachowuje stale swą osłonkę, tudzież często jej fałdy. Jąderka zwykle brak lub się znajduje ono tuż obok komórki, znać, że w czasie przyrządzania (krajania) zostało wytrącone z wnętrza jądra. Jeszcze dalszy stopień zmiany okazuje się w postaci tworów o wypustkach odpadłych i jąderkach wypadłych, tudzież zanikłej osłonce jądra z resztkami opisanej masy, na którą się rozpada ciało komórki. Następnie prawdopodobnie i te resztki komórki znikają, jak na to zdaje się wskazywać w warstwach komórkowych kory mózgowej obecność większych przestrzeni pustych, bez komórek, z widocznemi tylko tu i ówdzie resztkami komórkowemi.

Proces chorobowy, którym się tu zajmujemy, przebiega, jak już wspomniano, nieco odmiennie w komórkach wielkich piramidowych. W komórkach tych widzimy najpierw naokoło jąder substancyę jednorodną, zabarwioną na niebiesko; nie widać w niej ani ciałek Nissla, ani jaśniejszych prążków, wskazujących na przebieg włókienek nerwowych. Te znajdują się dalej na zewnątrz od masy jednorodnej, przyczem ciałka Nissla znachodzą się w rozrzedzeniu (*rarefactio*), tj. w rozpadzie, analogicznym do rozpuszczania się cukru w płynie. Jeżeli badaną komórkę nerwową oglądamy przy wysokiem ustawieniu śruby, to widzimy tylko powstałe w jej ciele z rozpadających się ciałek Nissla, małe, nieprawidłowe punkciki, gzygzaczki, przecinki. Niekiedy zaś spostrzegamy większe, wiotkie składniki, nie zaś tak zbite i ostro ograniczone, jak tamte, grudki istoty barwnej, stanowiącej ciałka Nissla. Zanik ciałek Nissla postępuje od środka, od jądra ku obwodowi. Widzimy komórki nerwowe, w których coraz większa część ciała komórkowego, otaczającego jądro, staje się jednorodną i ciemno zabarwioną, zaś rozpadające się ciałka Nissla znajdują się tylko tu i ówdzie na obwodzie, tudzież niekiedy przy osłonce jądra od strony wypustki głównej (*Kernkappe*), jak również w miejscu odchodzenia od wypustki głównej wypustek bocznych (*Verzweigungskegel*). Wreszcie widzimy komórki nerwowe, w których wszystkie ciałka Nissla uległy zanikowi i całe ciało komórkowe przedstawia jedną masę jednorodną, zabarwioną na blado-niebiesko, lub też ulegającą już dalszemu przeobrażeniu. Przeobrażenie to polega na tem, że ciało komórki, stanowiące zabarwioną masę jednorodną, blednieje, a następnie przestaje być jednorodnem i okazuje budowę gęstej plecionki, opisanej już przy przedstawieniu zmian w komórkach małych piramidowych. Dalsza zmiana jest już ta sama, co i w komórkach małych piramidowych, a więc rozpad ciała komórki na masę, złożoną z drobnych cząsteczek różnokształtnych, powstanie przerw i luk w ciele komórki, a niemniej niekiedy i w ścianie komórki itd.

Dodać należy, że niekiedy widzimy całe ciało komórki, tak przy jądrze, jak i od strony obwodu, z rozpadłemi na cząstki ciałkami Nissla, a nadto, że cząstki te są niekiedy w kształcie zbitych ostro odgraniczonych punktów, przypominających ziarna. Wskazuje to, że rozpad ciałek Nissla odbywa się niekiedy inaczej i szybciej, aniżeli jak to wyżej przedstawiono. Niekiedy również inaczej nieco odbywa się dalsza zmiana, a mianowicie następuje wcześniej rozpad istoty wspomnianej plecionki, tudzież wcześniej powstają wśród niej przerwy, aniżeli zblednięcie, podobnie jak o tem wspomniałem przy opisie zmian w komórkach małych piramidowych.

Wyżej opisane schorzenie zwróciło na siebie już wielokrotnie uwagę badaczy, zajmujących się zmianami, występującemi w niedowładzie postępującym. Atoli trudności z jednej strony w określeniu klinicznem, a niemniej i w rozpoznaniu anatomicznem niedowładu postępującego, z drugiej zaś niemal stałe łączenie się z omówioną tu zmianą innej postaci zmiany, o której wspomniałem na początku tej pracy, a której autorowie nie odróżniali — to były, sądzę, główne przyczyny, dlaczego w piśmiennictwie, odnoszącem się do zmian w komórkach nerwowych, występujących w niedowładzie postępującym, spotykamy stale, bądź niedostateczne, bądź błędne przedstawienie zmian anatomiczno-histologicznych, o których obecnie piszemy. Niemal wszyscy autorowie (Nagy, Klippel, Boedeker, A. Juliusburger, Berger, Ballet i t. d.*) stwierdzają, że rozpad ciałek Nissla, czyli chromatoliza ma tu miejsce. Atoli żałować należy, że autorowie zazwyczaj zadowalniają się samem stwierdzeniem chromatolizy, gdy dotychczasowe bliższe badania dają nam poznać przynajmniej trzy istotnie różne rodzaje chromatolizy, przynależne do różnych procesów chorobowych. W pracach autorów, opisujących zmiany, zachodzące w komórkach nerwowych w przebiegu niedowładu postępującego, ciągle spotykamy twierdzenie o zmniejszaniu się rozmiarów komórek, zniekształtnieniu jądra, ciemnem jego zabarwieniu, o skurczeniu się wypustek i t. p. cechach, które nie należą do opisywanej tu postaci opisywanej zmiany, lecz mają miejsce w wspomnianej, a często się dołączającej zmianie. Tylko poznanie tej ostatniej pozwala poznać należycie zmianę — przez nas obecnie omówioną.

*) **Piśmiennictwo**, odnoszące się do tego przedmiotu, jest zebrane w wyczerpującym referacie prof. Dr. O. Barbacciego (Siena) p. t.: »Die Nervenzelle in ihren anatomischen, physiologischen und pathologischen Beziehungen nach den neusten Untersuchungen«. »Centralblatt f. allg. Path. und patholog. Anatomie«. X Band, pag. 757 i dalsze.

II. Krótki pogląd na obecny stan techniki chirurgicznej w Stanach Zjednoczonych Ameryki na podstawie własnych spostrzeżeń[1]).

Podał

Dr. Roman Barącz

Docent chirurgii Uniwersytetu lwowskiego.

(Ciąg dalszy).

Resekcyę żołądka wykonują chirurdzy amerykańscy przeważnie sposobem Dra W. J. Mayo (*Rochester Minnesota*), jednego z największych specyalistów w zakresie chirurgii jamy brzusznej. Mayo jest zwolennikiem operacyi o ile możności doszczętnej. Ponieważ przy raku żołądka bywają zajęte gruczoły i naczynia chłonne nie tylko wzdłuż krzywizny małej żołądka, lecz i wielkiej, dalej wzdłuż sieci żołądkowo-okrężnicowej i żołądkowo-śledzionowej, a tylko dno żołądka jest najskąpiej zaopatrzone w naczynia chłonne, radzi Mayo pozostawiać tylko mniejszą część żołądka, należącą do jego dna. Gastrektomia sposobem Dra Mayo wykonuje się w sposób następujący: najpierw podwiązuje się sieć mniejszą i tętnicę żołądkową lewą; cięcie prowadzi się przytem jak najbliżej wątroby, przez co przemieszcza się odźwiernik. Następnie pod kontrolą palców w sieci mniejszej podwiązuje się sieć żołądkowo-okrężnicową aż do początku odejścia tętnicy żołądkowo-okrężnicowej lewej. Część odźwiernikową żołądka resekuje się termokauterem w miejscu przejścia jego w dwunastnicę, uciskując dwunastnicę i odźwiernik kleszczami Kochera. Dwunastnicę zaszywa się na ślepo szwem kapciuchowym. Żołądek resekuje się również termokauterem po założeniu silnego enterotrybu, pozostawiając prawie tylko jego dno. Ranę żołądka zaszywa się na ślepo. Następnie wykonywuje się gastrojejunostomię zapomocą guzika Murphyego i enteroenterostomię pomiędzy obома ramionami jelita czczego.

Leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego (*appendicitis*). Przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego są o wiele częstsze w Stanach Zjednoczonych, aniżeli w Europie. Przyczyny tego należy szukać w nieodpowiedniem odżywianiu się, osobliwie ludności pracującej, szybkiem bardzo spożywaniu pokarmów na prędce i źle przyrządzonych, a może także w nadmiernem piciu, według zwyczaju amerykańskiego, wody lodowej. Co do wskazań do operacyi, to większość chirurgów amerykańskich operuje albo zaraz na początku pierwszego, choćby lekkiego napadu zapalenia wyrostka robaczk. przed upływem 24 godzin, albo zaraz po pierwszym, choćby najlżejszym napadzie. Tego zdania są specyaliści na tem polu chirurgii, jak Mc Burney, Deaver, Robert F. Weir. Po upływie 24 godz. od początku napadu, operacya jest według tamtejszych chirurgów przeciwwskazana; wtedy większość jest za podawaniem środków przeczyszczających (olej rącznikowy, kalomel), w celu usunięcia z przewodu pokarmowego zastoin kałowych, silnie drażniących i zawierających wielką ilość bardzo trujących bakteryi. Dopuszczenie do drugiego napadu zapalenia wyrostka robaczkowego uważa się w Ameryce za wielki błąd lekarza ordynującego; każdy z internistów oddaje każdy przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego chirurgowi. Ta pochopność do operacyi w Ameryce w każdym niemal, choćby najlżejszego przypadku zapalenia wyr. rob. jest o tyle racyonalna, że chirurg wyjątkowo tylko dostaje przypadki zaniedbane, powikłane ropniami lub zgorzelą i przedziurawieniem wyrostka i że śmiertelność po operacyi tej choroby równa się prawie 0.

Co do techniki operacyjnej, to ta jest inną jeżeli się operuje przypadek zupełnie świeży, t. j. na początku napadu lub *à froid*, a inną znowu, jeżeli się operuje już przy istnieniu ropnia.

W przypadkach świeżych posługują się chirurdzy amerykańscy cięciem dwojakiego rodzaju, albo cięciem Mc Burneya, albo F. Kammerera. Najczęściej używanem jest cięcie Mc Burneya. Cięcie skórne prowadzi się na jeden do $1^1/_2$ cala na wewnątrz od przedniego górnego kolca kości biodrowej ukośnie ku dołowi i ku wewnątrz, wzdłuż przebiegu włókien mięśnia ukośnego zewnętrznego brzucha. Cięcie to przechodzi przez skórę i sięga tylko do powięzi mięśnia ukośnego zewnętrznego brzucha; powinno ono być długie mniej więcej na 4 cale, krzyżować linię, poprowadzoną od kolca przedniego górnego kości biodrowej do pępka, prawie pod kątem prostym, a górna 3-cia część cięcia powinna leżeć ponad tą linią. Górną część mięśnia ukośnego zewnętrznego brzucha i jego powięź odsłania się na tępo palcami możliwie szeroko, następnie przecina cięciem nieco krótszem od cięcia skórnego rozcięgno i mięsień wzdłuż cięcia skórnego, t. j. wzdłuż przebiegu włókien mięsnych. Po ujęciu tak przeciętego mięśnia zewn. brzucha w haki tępe, odsłania się znaczną powierzchnię mięśnia ukośnego wewnętrznego; włókna tego mięśnia przebiegają więcej poprzecznie i krzyżują się z włóknami mięśnia ukośnego zewnętrznego. Narzędziem tępem (rękojeścią noża, zamkniętemi nożyczkami Coopera) przedziera się włókna tego mięśnia i pod nim leżącego mięśnia poprzecznego brzucha, przez co powstała rana w tych mięśniach przebiega prawie pod kątem prostym do rany w mięśniu zewnętrznym. Ranę w mięśniu wewnętrznym i poprzecznym rozwiera się drugą parą haków tępych. Odsłonietą powięź poprzeczną i otrzewnę przecina się również w tym samym kierunku (t. j. poprzecznie), co i mięśnie głębokie brzucha. Rana w otrzewnej jest zaledwie na dwa cale długa; przez rozwarcie jej czterema hakami w rozbieżnych kierunkach, zyskuje się dostateczne miejsce do wyszukania wyrostka robaczkowego. Wyrostek wyszukuje się palcem wskazującym (rzadziej 2-ma palcami), wprowadzonym w kierunku *caput coli;* leży on zazwyczaj na tylnej lub wewnętrznej ścianie końca kiszki ślepej. W razie trudności wyszukania wyrostka, wyciąga się jelito ślepe i postępuje za przednią jego taśmą ku dołowi. Jeżeli wskutek zrostów albo nieprawidłowości w ułożeniu wyrostka wyszukanie jego jest niemożliwe, przedłuża się cięcie ku wewnątrz na mięsień prosty brzucha, odsłania jego przednią powięź, przecina ją, mięsień prosty odsuwa się hakiem tępym ku wewnątrz, następnie przecina się tylną powięź mięśnia w przedłużeniu cięcia w powięzi poprzecznej. W ten sposób uzyskuje się nadzwyczaj dogodny przystęp do wyrostka. Cięcie Mc Burneya ma tę korzyść, że nie przecina się żadnych nerwów, ani ważniejszych naczyń i że mięśnie nie bywają prawie zupełnie uszkodzone, przez co zapobiega się przepuklinom ściennym. Po wycięciu wyrostka zszywa się osobno otrzewnę, osobno mięśnie poprzecznie przecięte, osobno mięsień ukośny zewnętrzny; do wszystkich tych szwów używa się cieniutkiego jedwabiu lub katgutu; powłoki brzuszne szyje się „silkwormem“. Ponieważ mięśnie bywają przedarte tylko w przebiegu ich włókien, przeto bardzo mało szwów wystarcza do ich zbliżenia.

Odszukany wyrostek robaczkowy odcina się w sposób następujący: po ostrożnem oddzieleniu zrostów podwiązuje się jego krezeczkę w kilku pęczkach aż do nasady i przecina pomiędzy podwiązkami. Wyrostek podwiązuje się u nasady przy jelicie ślepem, powyżej podwiązki uciska kleszczykami, odcina, przyżega błonę śluzową termokauterem, obszywa dokoła jelito ślepe szwem kapciuchowym z cienkiego jedwabiu i pogłębia kikut.

Mc Cosh (Presbiterian Hospital w Nowym Jorku) ogranicza się tylko do przypalenia błony śluzowej, nie zakłada szwu kapciuchowego na jelito ślepe; mimo to w przeszło 1000 przypadkach tak operowanych nie miał ani jednego zejścia śmiertelnego. Inni przyżegają błonę śluzową zamiast termokauterem zapomocą czystego, płynnego, zgęszczonego kwasu karbolowego. (Weir).

Robert Dawbarn (Nowy Jork) zakłada najpierw szew kapciuchowy z cieniutkiego jedwabiu na jelito ślepe w odległości $^1/_2$ cala od nasady wyrostka robaczkowego, odcina wyrostek na $^1/_2$ cala powyżej nasady, ujmuje koniec kikuta cienkiemi szczypczykami i wgłabia kikut do jelita ślepego; równocześnie wiąże szew kapciuchowy i usuwa szczypczyki.

G. H. Edebohls (Nowy Jork) wgłabia cały wyrostek robaczkowy do jelita ślepego i zaszywa jelito ślepe nad pogłębionym wyrostkiem.

Dwa ostatnie sposoby traktowania wyrostka robaczkowego dadzą się — zdaniem mojem — tylko wtedy zastósować, jeżeli wyrostek posiada dość silne ściany, mało zmienione patologicznie i jeżeli nasada jego nie jest przewężona.

Drugi sposób cięcia do usunięcia wyrostka robaczkowego jest to sposób Kammerera, t. j. cięcie na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha, podobne do cięcia

Jalaguiera i Lennandera. Przy tej metodzie przecina się podłużnie najpierw przednią pochwę mięśnia prostego brzucha, następnie odciąga się brzusiec mięśnia prostego hakiem tępym ku wewnątrz, wreszcie przecina się tylną pochwę mięśnia wraz z powięzią poprzeczną i otrzewną. Dalsze akty operacyi są te same, co i przy poprzednim sposobie. Metodzie tej zarzucają, że rani nerwy, przebiegające w mięśniu prostym i prowadzi do zaniku mięśni, a tem samem do osłabienia powłok brzusznych. Zresztą postępowanie dalsze jest podobne, jak przy metodzie Mc Burneya.

Trzeci sposób cięcia, w celu usunięcia wyrostka robaczkowego, jestto cięcie lędźwiowe G. M. Edebohlsa, służące także do równoczesnego wykonania nefropeksyi; sposób ten opiszę przy omówieniu nefropeksyi. Wobec spraw zapalnych naokoło wyrostka, postępowanie nie różni się od przyjętego u nas, zatem prowadzi się cięcia dłuższe i nie uwzględnia się przebiegu włókien mięsnych.

Odjęcia wyrostka robaczkowego (*appendiktomie*) należą do najczęstszych operacyi, wykonywanych w szpitalach amerykańskich. Nieraz widziałem 3 i 4 tego rodzaju operacye, wykonywane jedne po drugich. Często też „apendiktomie“ stanowią operacye dodatkowe do laparotomii, przedsiębranych dla innych celów. N. p. w „Presbyterian Hospital“ w Nowym Jorku Mc Cosh wykonał w 2 przypadkach apendiktomię cięciem lędźwiowem (Edebohls), zaszył otrzewnę i wykonał zaraz nefropeksyę. Dr. Clarence Webster (Presbiterian Hospital w Chicago) podczas laparotomii z powodu obustronnego ropotoku trąbek macicznych znalazł zrost prawej trąbki i po wycięciu przydatków macicy wyciął na tem samem posiedzeniu z tego samego cięcia wyrostek robaczkowy.

Apendikostomia czyli zużytkowanie wyrostka robaczkowego w celu leczenia uporczywego zapalenia okrężnicy (*colitis*). Praktyczni Amerykanie wyzyskali ten niepotrzebny przydatek ustroju do celów leczniczych. Celem leczenia miejscowego, uporczywego i przewlekłego zapalenia jelita grubego na tle ameb, czerwonki i t. p. polecili dawniej już chirurdzy amerykańscy zakładanie sztucznego odbytu na jelicie ślepem, w celu odwrócenia obiegu drażniącego kału, oraz w celu działania leczniczego na część chorą jelita za pomocą przestrzykiwań antyseptycznych. (Keith w r. 1895 w błoniastem zapaleniu okrężnicy, Murray w 1891 w zapaleniu okrężnicy na tle ameb). Ponieważ jednak sztuczny odbyt w prawej okolicy biodrowej nie daje się łatwo kontrolować i nie daje się tu (na jelicie ślepem) łatwo utworzyć ostroga, zmodyfikowano ten sposób leczenia o tyle, że zamiast sztucznego odbytu, zaczęto zakładać przetokę kałową. Ten sposób leczenia zastósowali chirurdzy wojskowi na Manilli i w Afryce. Wreszcie Bolton na propozycyę Gibsona z Nowego Jorku zmodyfikował tę metodę o tyle, że zamiast zwykłej przetoki założył on przetokę na jelicie ślepem po myśli gastrostomii sposobem Kadera. Przetokę Kadera-Gibsona zużytkował także Weir u chorego z przewlekłą czerwonką, nabytą w Indyach. Po założeniu przetoki na jelicie ślepem i po wprowadzeniu wysoko do odbytnicy grubego sączka przepłókuje się jelito grube ciepłym rozczynem fizyologicznym soli kuchennej, 5% rozczynem błękitu metylenowego, albo rozczynem 1:5000 azotanu srebrowego, lub wreszcie bizmutem w wodzie skrobiowej. Gdy Weir w drugim podobnym przypadku miał zakładać taką przetokę, wstawił mu się w ranę wyrostek robaczkowy o większem świetle i bardzo długi. Nie namyślając się wiele, wszył go w powłoki brzuszne, potem naciął, włożył gruby angielski cewnik, który swobodnie wchodził w światło. Po wyjęciu cewnika podwiązał otwór i opatrzył ranę. Po 2 dniach po zdjęciu podwiązki zaczął przepłókiwać przez cewnik jelito grube z bardzo dobrym skutkiem. Stan ogólny chorego poprawił się, krwawe stolce ustąpiły, liczba czerwonych ciałek krwi zwiększyła się znacznie, a po 2 miesiącach chory wyzdrowiał.

Podczas mojego pobytu w Nowym Jorku Dr. Bull pokazał mi drugiego chorego, leczonego sposobem Weira w Roosevelt Hospital z bardzo dobrym skutkiem; również Willy Meyer wykonał skutecznie tę operacyę. Mojem zdaniem apendikostomii nie będzie można zastósować w każdym przypadku, tylko u chorych, mających odpowiednio długi wyrostek robaczkowy i o świetle większem. W każdym razie ten sposób leczenia uporczywego zapalenia okrężnicy zasługuje na uwzględnienie i dalsze próby, a może nadawać się także będzie do leczenia owrzodzeń kiłowych i rzeżączkowych w jelicie grubem!

Doszczętną operacyę przepuklin pachwinowych wykonują Amerykanie albo sposobem Bassiniego, albo Halsteda (Baltimore). Sposób Halsteda różni się od sposobu Bassiniego głównie tem, że Halsted oddziela sploty żylne od sznurka i wycina je, pozostawiając tylko jedną żyłę i że sznurek nasienny pozostawia na rozcięgnie mięśnia ukośnego brzucha zewnętrznego pomiędzy rozcięgnem, a skórą.

Wobec przepuklin ściennych i pępkowych znaczniejszych rozmiarów wprowadził Willy Mayer wszywanie siatek srebrnych nad bramami przepuklinowemi podług metody Witzela i Göpela i miał uzyskać przez użycie tej metody trwałe dobre wyniki.

Doszczętna operacya przepuklin pępkowych sposobem Dr. Mayo (Rochester, Minnesota). Wychodząc z zapatrywania, że mięśnie proste brzucha przy bardzo znacznych przepuklinach pępkowych z trudnością dadzą się użyć do odbudowy przedniej ściany brzusznej, raz dla znacznego oddalenia ich wewnętrznych brzegów od siebie, powtóre z powodu ścieńczenia ich brzuśca, poleca Mayo użyć do wzmocnienia przedniej ściany brzucha zdwojenia samego rozcięgna mięśni prostych brzucha i użycie szwu z drutu srebrnego. Poleca on poprzeczne eliptyczne odświeżenie pierścienia przepuklinowego, t. j. rozcięgna mięśni prostych, oddzielenie otrzewnej od rozcięgna na znaczniejszej przestrzeni, zaszycie poprzeczne otrzewnej katgutem, nałożenie obu ramion odświeżonego rozcięgna jednego na drugie i zeszycie w ten sposób, że się oba wzajemnie pokrywają. Do zeszycia obu blaszek rozcięgna używa Mayo 3—4 szwów materacowych z drutu srebrnego w ten sposób, że pętle, ujmujące brzeg dolny rozcięgna wciągają ją popod blaszkę górną. Brzeg dolny blaszki górnej naszywa się następnie na blaszkę dolną katgutem.

Na tem miejscu muszę wspomnieć o bardzo prostym sposobie leczenia przepuklin u dzieci, zastósowanym przez A. J. Ochsnera w Chicago. Ochsner uważa powstawanie przepuklin u dzieci jako następstwo spotęgowanej tłoczni śródbrzusznej wskutek nieodpowiedniego odży-

wiania, albo kaszlu, albo stulejki, albo wreszcie wskutek odziedziczonej wiotkości powłok brzusznych. Według Ochsnera 95% przypadków przepuklin u dzieci daje się zupełnie uleczyć przez odpowiednie uregulowanie dyety, usunięcie kaszlu, względnie operacyę stulejki i równoczesne ułożenie dziecka w łóżku na przeciąg sześciu tygodni w ten sposób, że dolną część łóżka podnosi się tak, ażeby z podłogą stanowiło kąt 35⁰. Tylko w przypadkach, w których 6 tygodniowe ukośne ułożenie w łóżku nie daje się przeprowadzić, zakłada Ochsner odpowiednią pelotę. Podniesienie trwałe dolnego końca łóżka (ukośne ułożenie chorego) sprawia, że worek przepuklinowy opróżnia się trwale z treści, a później zupełnie zarasta. Nawet po odprowadzeniu przepukliny uwięźniętej, które u dzieci zawsze się udaje, wązka brama przepuklinowa u dzieci zarasta po zastósowaniu opisanego ułożenia w przeciągu 4—6 tygodni. Operacyę doszczętną (Bassini, Halsted) stosuje Ochsner tylko wyjątkowo wobec wielkich przepuklin lub wrodzonego zwiotczenia powłok brzusznych wobec przepukliny przyrośniętej. Większość chirurgów amerykańskich wogóle nie wykonywuje operacyi doszczętnych u dzieci w pierwszych latach życia. U dzieci starszych rzadko robi się operacyę doszczętną sposobem Bassiniego, tylko ograniczają się do podwiązania worka i zaszycia rany skórnej. Pojedynczy ten zabieg wystarcza u dzieci do osiągnięcia trwałych uleczeń.

Wobec przedziurawień jelita w durze brzusznym większość chirurgów amerykańskich otwiera jamę brzuszną po stronie prawej na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha dlatego, ponieważ przebicie znajduje się zazwyczaj w dolnym odcinku jelita biodrowego. Miejsce przedziurawienia zaszywa się dwuwarstwowym szwem Lemberta wzdłuż osi jelita; przytem nigdy nie należy się zadawalniać odszukaniem jednego miejsca przedziurawienia, gdyż zazwyczaj bywa ich więcej. Ponieważ wrzody durowe sadowią się czasem i w wyrostku robaczkowym, w każdym przypadku przedziurawienia jelita w durze należy obejrzeć wyrostek robaczkowy i wobec najmniejszych w nim zmian wyciąć. Po zaszyciu miejsca przedziurawienia przepłókują jamę brzuszną wielką ilością ciepłego fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, albo rozczynem *hydrogenium peroxydatum* i sączkują jamę brzuszną aż do miejsca przedziurawienia. Wobec przedziurawień większych nie polecają wykonywać wycięcia jelita, lecz radzą pokrywać podobne ubytki płatami, wziętymi ze sieci (omentoplastyka), ażeby módz operacyę wykonać jak najszybciej i uniknąć wstrząsu. Również są przeciwnikami cięć w linii środkowej brzucha i większych wytrzewień, gdyż te ostatnie wywołują silny wstrząs.

Że nawet ogólne zapalenie otrzewnej w następstwie przedziurawień jelita daje się wyleczyć przy odpowiedniem postępowaniu, udowodnił to Murphy świetnymi wynikami operacyjnymi w 6 bezpośrednio po sobie leczonych przypadkach, z których 3 miałem sposobność spostrzegać w „Mercy Hospital“ w Chicago. Według Murphyego wynik ogólnego zapalenia otrzewnej jest zależny od następujących okoliczności.

1) Od rodzaju zakażenia: Jeżeli zakażenie nastąpiło przez jadowite paciorkowce, otrzewna jelitowa bardzo szybko bywa pozbawioną nabłonka, a wtedy łatwo następuje wessanie i ogólne zakażenie. Mniej złośliwe gronkowce albo *bacillus coli* nie powodują tak szybko obrażenia nabłonka, przez co toksyny o wiele później (4—6 dnia) przy tego rodzaju zakażeniu bywają wchłonięte i zejście śmiertelne przy tego rodzaju zakażeniu następuje dopiero po kilku dniach;

2) od czasu, który upłynął od przedziurawienia (zakażenia) do wykonania laparotomii. Operacya, wykonana wcześnie, zanim nastąpiło wchłonięcie wypociny ropnej, daje o wiele lepszy wynik, aniżeli późno wykonana laparotomia;

3) od stopnia ucisku ropnego wysięku na otrzewnę. Im ten wysięk pozostaje pod większym uciskiem tłoczni brzusznej, tem szybciej zostaje wchłoniętym; ucisk ten zatem należy usunąć szybkiem wykonaniem laparotomii;

4) od stopnia rozszerzenia w jamie brzusznej produktów zakaźnych. Jeżeli wysięk rozszerzy się na górną część otrzewnej, niebezpieczeństwo jest większe, ponieważ wessanie w górnej części otrzewnej następuje szybciej, aniżeli w dolnej. Dlatego chorych należy utrzymywać w pozycyi półsiedzącej.

5) od podawania antytoksyn lub środków przeciwgnilnych, w celu zmniejszenia działania wchłoniętych toksyn (surowica przeciwpaciorkowcowa, maść Credégo, wstrzykiwania śródżylne fizyologicznego rozczynu soli kuchennej);

6) od czasu trwania uśpienia i rękoczynów na jelitach.

Murphy postępuje zatem w sposób następujący: cięcie brzuszne prowadzi po prawej stronie na bocznym brzegu mięśnia prostego brzucha. Odszukuje miejsce przedziurawienia i zaszywa je podłużnie do osi jelita; jeżeli idzie o *appendicitis gangraenosa perforativa*, odszukuje wyrostek robaczkowy i wycina go. Miejsca przedziurawienia nawet nie osusza gazą wyjałowioną, tylko wprowadza do niego 2 grube sączki i zaszywa powłoki brzuszne aż do miejsc dla sączków. Chorego utrzymuje ciągle w pozycyi siedzącej pod kątem 35⁰; opatrunek zmienia często i stosuje maść Credégo. Sześć przypadków w ten sposób leczonych (w jednym rozlane zapalenie otrzewnej po przedziurawieniu durowem; w 5 przypadkach zapalenie otrzewnej wskutek zgorzelinowego zapalenia jelita ślepego z przedziurawieniem), wyzdrowiało!

Murphy kładzie największy nacisk w leczeniu rozlanego zapalenia otrzewnej na zaszycie miejsca przedziurawienia, szybkie wypróżnienie wysięku i sposób sączkowania, t. j. wprowadzenie bardzo grubych sączków, ułożenie chorego w pozycyi siedzącej i częstą zmianę opatrunku. W przypadkach jego, pomimo bardzo cuchnącej wydzieliny przy zmianie pierwszych opatrunków, pomimo zaniechania wszelkich przepłókiwań otrzewnej, we wszystkich przypadkach tak leczonych, nastąpiło wyzdrowienie. Wyniki zatem bardzo zachęcające do stosowania tego postępowania! (Dokończenie nastąpi).

III. Ze szpitala dla dzieci im. św. Zofii we Lwowie.

Ośm przypadków tężca leczonych wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej.

Podał
Dr. Teofil Hołobut
asystent Zakładu patol. ogólnej Uniw. lwowskiego.

(Dokończenie).

W ten sposob przedstawiłem wszystkie przypadki tężca, leczonego w szpitalu św. Zofii wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej. Wstrzykiwania te powtarzano w poszczególnych przypadkach chorobowych tak długo, dopóki nie nastąpiło widoczne polepszenie. Czas pomiędzy pojedynczemi wstrzyknięciami wahał się od 2 do kilku dni, zależnie od tego, czy sprawa chorobowa mimo wstrzykiwań postępuje dalej, czy też utrzymuje się w jednakowym stanie.

Zawiesinę mózgową przyrządzano zawsze tym samym sposobem; mózg królika 8—12 gramów, wyjęty i opłókany jałowym fizyologicznym roztworem soli kuchennej, rozcierano dokładnie w moździerzyku, dodając 0·6% jałowego fizyologicznego roztworu soli kuchennej w ilości 25—35 ctm. Zważano bacznie na dokładne roztarcie mózgu; rozcieranie z solą kuchenną trwało zawsze przeszło 30 minut i stanowiło jedną z najprzykrzejszych czynności w przyrządzaniu zawiesiny. Po dokładnem roztarciu sączono sporządzoną zawiesinę przez wyjałowioną gazę i wstrzykiwano pod skórę brzucha.

Wstrzyknięcie zawiesiny pod skórę było prawie zawsze bolesne. Bolesność miejsca, w którem ją wstrzyknięto, utrzymywała się nieraz do tygodnia, mimo, że nie można było najczęściej w miejscu tem wykazać nic nieprawidłowego, ani obrzęku, ani zaczerwienienia. Dwa razy tylko, najwyżej trzy razy, zauważono w kilka dni po wstrzyknięciu zawiesiny bolesny guzek, wielkości fasoli; skóra nad nim była niezmieniona. Guzkowate to obrzmienie, jak i bolesność znikały po tygodniu bez jakiegokolwiek leczenia.

Tę bolesność, trwającą dłuższy czas po wstrzyknięciu, tłómaczyłbym sobie tem, że zawiesina, choćby najlepiej przyrządzona, przecież może niezupełnie uledz wessaniu i pozostawić części stałe, które jakkolwiek ulegają później również wessaniu, to jednak przez czas swego w tkance podskórnej pobytu wywołują w niej lekkie aseptyczne zapalenie. Zapalenie to, jakkolwiek mija po kilku dniach zupełnie bez szkody dla ustroju, jednak jest o tyle przykre, że wywołuje ból, a nawet większy odczyn w postaci lekkiego obrzmienia. W przypadku 8, zakończonym śmiercią, nacięto po zgonie oba miejsca, w które wstrzyknięto zawiesinę. W miejscu, gdzie to wstrzyknięcie miało miejsce na 4 godziny przed śmiercią, znaleziono ją, choć w małej ilości, jednak jako zawiesinę. W drugiem miejscu, gdzie zawiesina została wstrzyknięta na 30 godzin przed śmiercią, tam znaleziono tylko nieznaczną ilość masy, przypominającej istotę mózgową zmiażdżoną, która z tkanką otaczającą zostawała w pewnym związku tak, że ją trzeba było dopiero z niej odrywać. Jak z tego widać, nie uległa ona zupełnemu wessaniu i zostawiła części stałe, które drażniąc tkankę otaczającą, mogły wywołać bolesność; a przecież, jak wyżej wspomniano, przyrządzano zawiesinę zawsze bardzo starannie.

Ciepłota ciała po wstrzyknięciach zachowywała się różnie. Tam, gdzie była prawidłową przed wstrzyknięciem, zwykle taką pozostała i nadal; czasami tylko lekko się podnosiła (38·2—38·4°) i albo zaraz opadała do prawidłowej, albo po upływie najczęściej 24—36 godzin. W przypadkach przebiegających z gorączką (2 przypadki) nie zauważono po wstrzyknięciu zawiesiny żadnej zmiany w przebiegu ciepłoty.

Ciekawem było uczucie podmiotowej ulgi, jakiej doznawać mieli niektórzy chorzy po wstrzyknięciu zawiesiny mimo, że najczęściej przedmiotowo nie można było zauważyć żadnego polepszenia i owszem, czasami nawet pogorszenie. Czy rzeczywiście chorzy czuli po wstrzyknięciach ulgę? trudno wiedzieć; być może, że tak było w istocie, bo przecież niepodobna stwierdzić tego, co ktoś odczuwa; z drugiej jednak strony podnieść należy, że wstrzykiwania same, jak wyżej zauważyliśmy, były bolesne. Możnaby więc także przypuszczać, że udawaniem ulgi w cierpieniu chciano się uwolnić od dalszego stosowania wstrzykiwań.

Na 21 wstrzyknięć, wykonanych u wszystkich chorych, raz tylko wystąpił ropień. Najprawdopodobniej jednak w przypadku tym aseptyka nie była należycie zachowaną; zwracano zaś na nią zawsze pilną uwagę nietylko przy wyjęciu mózgu, ale i w przyrządzaniu zawiesiny, jak również w akcie wstrzyknięcia pod skórę. Jak widać z tego, odsetek wystąpienia ropni po wstrzykiwaniach nie jest wcale duży, jeśli tylko się zważa na należyte przyrządzenie zawiesiny.

Jeżeli zapytamy teraz po przytoczeniu powyższych uwag, jaki skutek miało wstrzykiwanie zawiesiny mózgowej w opisanych przypadkach tężca, to sprawa ta przedstawi się nam jak następuje:

Z ośmiu przypadków tężca, leczonych tą metodą, sześć zostało wyleczonych, dwa zaś zakończyły się niepomyślnie. Z pierwszych sześciu, zakończonych pomyślnie, nie o wszystkich można powiedzieć, że były to przypadki o przebiegu lekkim; przeciwnie przypadek, szósty z rzędu, należał do bardzo ciężkich, a siódmy był tak ciężkim, że po drugiem wstrzyknięciu stracono zupełnie nadzieję pomyślnego wyniku; mimo to wstrzykiwano dalej, gdyż nadarzała się sposobność do wypróbowania wpływu wstrzykiwań w przypadku, jak się zdawało, bardzo ciężkim, nawet prawie beznadziejnym. Mimo ciężkości przebiegu, oba zakończyły się pomyślnie, podobnie jak przypadek Schramma (pierwszy z ogłoszonych ośmiu), który również nie należał do przypadków o przebiegu lekkim.

Z niewyleczonych zaś jeden chory został zabrany do domu już po drugiem wstrzyknięciu i tam zmarł w tydzień po wyjściu ze szpitala. Przypadek ten w każdym razie nie był leczony do końca wstrzykiwaniami tak, że niepomyślnego zejścia nie należy w całości zaliczać na karb nieskuteczności wstrzykiwań zawiesiny mózgowej. Drugi przypadek, który również zakończył się śmiercią, należał do przypadków o bardzo silnem zakażeniu; śmierć nastąpiła w 60 godzin po wystąpieniu pierwszych objawów tężca i w przypadku tym najprawdopodobniej żadne leczenie nie byłoby odniosło skutku. Oba te przypadki wprawdzie zakończyły się niepomyślnie, nie mogą jednak przemawiać za niesku-

teczności wstrzykiwań zawiesiny; natomiast wyleczone zdawałoby się powinny świadczyć, że wstrzykiwania zawiesiny mózgowej dają dobre wyniki lecznicze i w wyżej opisanych przypadkach rzeczywiście przyczyniły się do pomyślnego ich zakończenia. Taki sąd mógłby być uzasadnionym, jeśliby ocenę skuteczności wstrzykiwań oprzeć li tylko na zejściu sprawy chorobowej. Do innego jednak przekonania przyjdziemy, gdy za podstawę ocenienia skuteczności wstrzykiwań zawiesiny mózgowej będziemy uważali nie zakończecie sprawy chorobowej, lecz sam jej przebieg, a mianowicie wpływ, jaki nań wywarły wstrzykiwania tak pod względem skrócenia choroby, jak i złagodzenia ciężkich objawów tężca.

Przeglądając dokładnie historye chorób, nie możemy pod tym względem zauważyć żadnego wpływu wstrzykiwań. W przypadkach, w których tężec zajmował już wszystkie mięśnie, był więc zupełnie rozwinięty, tam stan, jaki stwierdzono w dniu przyjęcia, utrzymywał się mimo wstrzykiwań długi czas i nie znać tu było żadnego wpływu dodatniego wstrzykiwań, a poprawa, która następowała po dłuższem lub krótszem trwaniu choroby, postępowała w jednakowym stopniu i zupełnie powoli.

W przypadkach zaś, w których tężec w dniu przyjęcia chorego do szpitala jeszcze nie był zupełnie rozwinięty, gdzie zatem jeszcze pewne grupy mięśni nie były nim objęte (przyp. 6, 7, 8), lub gdzie nie było jeszcze napadów kurczów tężcowych, tam można było zauważyć pogarszanie się sprawy chorobowej mimo wstrzykiwań; a więc nietylko, że przebieg choroby był długi i stan się nie poprawiał, lecz owszem zauważyć można było potęgowanie się objawów, towarzyszących chorobie tak, że tężec obejmował dalsze grupy mięśni, albo, że kurcze tężcowe, których dotychczas nie było, występowały z wielką gwałtownością, lub wreszcie kurcze istniejące znacznie się potęgowały.

To pogarszanie się sprawy chorobowej mimo wstrzykiwań spostrzegali i inni autorowie. I tak n. p. Kadyi, ogłaszając przypadek tężca, leczonego tą metodą („Przegląd lek.“ 1899), pisze: „godnem uwagi jest, że bezpośrednio (na 2-gi dzień) nastąpiło tak znaczne pogorszenie, iż nietylko leczonemu, ale i leczącemu odeszła na razie ochota i odwaga do dalszych prób w tym kierunku, a mimo to ostateczny wynik okazał się pomyślnym“.

To pogarszanie się choroby mimo wstrzykiwań tłómaczyłbym sobie w sposób następujący: 1) albo wstrzykiwania zupełnie tu nie działały, a choroba postępowała dalej, nie powstrzymywana zupełnie w swym biegu; albo 2) działanie wstrzykiwań było niedostateczne, by mogły wywrzeć jakiś wpływ na tok sprawy chorobowej. Jeżeli odrzucimy tłómaczenie pierwsze, jako mniej prawdopodobne, a to ze względu, że wykazano doświadczalnie niewątpliwy wpływ dodatni zawiesiny mózgowej na zobojętnienie jadu tężcowego, to pozostanie nam dla wytłómaczenia wspomnianego pogarszania się objawów chorobowych w przebiegu tężca tylko przypuszczenie drugie.

Ta niedostateczność działania zawiesiny mózgowej mogłaby być wynikiem 1) albo tego, że wstrzykiwania były robione w ilości, niewystarczającej do zniszczenia toksyn, albo 2) że zawiesina nie niszczyła wszystkich toksyn, znajdujących się w ustroju, mimo że była w dostatecznej ilości wstrzyknięta, albo 3) że pogarszanie się choroby było wynikiem tego, że działał tu jeszcze jad, który na krótki czas przed wstrzyknięciem zawiesiny złączył się już był z istotą nerwową chorego osobnika, a tylko dla rozwinięcia swego działania potrzebował pewnego czasu (*Latenzstadium*).

Z tych trzech tłómaczeń uważam za najprawdopodobniejsze trzecie, a to dla tego, że owo pogarszanie się objawów choroby występowało w jej początku, a nigdy po dłuższem trwaniu; łatwo więc można sobie wytłómaczyć, że jad, który był już związany z istotą nerwową jeszcze przed wstrzyknięciem zawiesiny, zaczął działać dopiero w pewien czas po jej wstrzyknięciu. Sama zaś zawiesina, nie mając wpływu żadnego na jad, już związany z istotą nerwową mózgu chorego osobnika, nie mogła tem samem wpłynąć powstrzymująco na rozwinięcie się dalsze choroby i długość jej trwania.

Mimo nawet przyjęcia za pewnik, że wspomniane pogarszanie się sprawy chorobowej po wstrzyknięciu zawiesiny było tylko wynikiem działania jadu, związanego z istotą nerwową jeszcze przed wstrzyknięciem, to jednak, jeśli weźmiemy pod uwagę brak wpływu zawiesiny na długość przebiegu choroby i na złagodzenie objawów chorobowych, a dalej i to, że czas, jaki upłynął od chwili zakażenia do chwili wystąpienia pierwszych objawów tężca, był długi, — prawie we wszystkich przypadkach dochodził do dwóch tygodni lub nawet był dłuższy, — co przecież wskazuje na to, że zakażenie nie musiało być bardzo silne, przyjdziemy ostatecznie do przekonania, że dobre wyniki, jakie otrzymano zapomocą wstrzykiwań zawiesiny (uwzględniając same tylko zakończenie sprawy chorobowej) były złudzeniem i że wszystkie przypadki, nawet ciężkie, byłyby się zakończyły korzystnie i bez wstrzykiwań.

Nie entuzyazmując się więc wynikami, otrzymanymi przy użyciu metody wstrzykiwań zawiesiny mózgowej w przypadkach wyżej przytoczonych, nie twierdzę jednak wcale, jakoby metoda ta miała być zupełnie bezwartościową. Wyniki otrzymane przy jej użyciu odnoszę — jak to już zresztą zaznaczyłem wyżej — tylko do przypadków, opisanych przeze mnie; być zaś może, że dalsze spostrzeżenia wykażą, że przecież w przypadkach ciężkich, jednak takich, gdzie ustrój sam dałby sobie radę z jadem już z nim związanym, byle tylko nowego d ń nie doprowadzać, wstrzykiwania zawiesiny, jakkolwiek nie wpłyną na długość trwania choroby i złagodzenie jej objawów, już istniejących w chwili wstrzyknięcia zawiesiny, to jednak powstrzymując dalszy napływ toksyn, uratować mogą ustrój od niechybnej śmierci. By jednak wyrobić sobie o tem jakieś dokładniejsze zdanie, trzeba większej liczby przypadków od znanych dotychczas, jak również bardzo dokładnej obserwacyi.

Z tego więc względu, jak również, że zawiesinę możemy mieć każdego czasu zupełnie świeżą i zupełnie czysto przyrządzoną, dalej — że, jak dotychczasowe spostrzeżenia wykazują, jeśli nie pomaga, to w każdym razie nie szkodzi, następnie i ten wzgląd, że nie posiadamy dotychczas żadnego środka przeciw tężcowi, któryby dawał wyniki zupełnie dobre, a więc stał wyżej od zawiesiny mózgowej, przypuszczam, że użyciu jej w leczeniu tężca nie stoi nic na przeszkodzie, że więc może i powinna być częściej stosowaną, niż się to dotychczas dzieje.

Na zakończenie składam podziękowanie prof. Drowi Schrammowi, jak również zastępcy prymaryusza Drowi

Czarnikowi za zezwolenie korzystania z materyału szpitalnego i chętnie udzielane mi wskazówki.

IV. Wyciągi.

Rostowcew. **Przebieg ciepłoty u chorych na zapalenie wyrostka robaczkowego.** (*Russkij Wracz*, 1003, Nr. 40). Na podstawie badań stopnia ciepłoty o różnej porze doby u 52 chorych na zapalenie wyrostka robaczkowego przychodzi Rostowcew do wniosku, że w ciężkich przypadkach tej choroby najwyższa ciepłota występuje nie o g. 4—6 popołudniu, jak to ma miejsce zwykle, lecz o g. 9—10 wieczór. W lekkich przypadkach *maximum* ciepłoty o tej porze okazało się zaledwie w 36%, w cięższych przed operacyą w 60 prc., po operacyi 45·6 prc., wreszcie w bardzo ciężkich z zejściem śmiertelnem w 65·1 prc., więc prawie dwa razy częściej, niż w przypadkach lekkich. Ciepłota o godz 5—6 wiecz. u chorych na zapalenie wyrostku robaczkowego nieraz jest prawidłową lub tylko nieco podniesioną, tymczasem o godz. 9—10 wieczorem przedstawia wysokie liczby, nadające przebiegowi gorączki typ gnilny; w tych razach operacya stwierdzała istotnie obecność ropnia. Wobec podobnego zachowania się ciepłoty trzeba przyznać, że ma ono doniosłe znaczenie dla rokowania i dalszego przebiegu choroby w zapaleniu wyrostka robaczkowego, jak również dla powzięcia postanowienia do wykonania zabiegu operacyjnego.

Witold Orłowski (Ptbg).

Bornstein. **Czy leczenie tuczące jest potrzebne?** (*Muenchener med. Wochenschrift*, Nr. 51, 1903). Autor na zasadzie swych wyczerpujących i starannie przeprowadzonych doświadczeń zupełnie zarzuca wszystkie sposoby sztucznego tuczenia w celu szybszego podniesienia wagi ciała, obiera natomiast drogę jednostronnego i systematycznego podawania miernych ilości białka, najmniej jednak pod postacią mięsa; o ile ono bowiem jest użyteczne w małych, a odpowiednich ilościach, o tyle jest wręcz szkodliwe w wielkich, skutkiem zawierania w sobie istot wyciągowych. Trzeba tylko przyklasnąć Müllerowi, który powiada, że tuczenie bynajmniej nie polega na podawaniu nadmiernej ilości mięsa; tem postępowaniem można jedynie wywołać gościec. Leczenie, względnie metoda, przez Bornsteina stosowana, da się określić mniej więcej w następujący sposób: Choremu dozwala się spożywać wszystkie pokarmy, do jakich dotychczas przywykł, z codziennym jednak dodatkiem 50 grm. białka w najrozmaitszej postaci; najlepiej nadaje się tutaj nutroza lub tani, a znakomity plasmon, również tani roborat, a jeszcze tańszy aleuronat. Chorym majętnym można podawać sanatogen, który atoli pod względem swej siły odżywczej niczem się nie różni od plasmonu lub nutrozy. Można zresztą obejść się i bez tych wszystkich przetworów, stosując miękkie sery, jaja, chude mleko i t. d. Do tej zwiększonej ilości istot białkowatych należy dodawać przetwory żelaza, w szczególności pigułki żelazowo-chinowe i nieco ruchu i gimnastyki pokojowej. Takie proste postępowanie da się łatwo wszędzie przeprowadzić; nie potrzeba żadnych zabiegów wodoleczniczych lub prądu elektrycznego, a wyniki dotychczas otrzymane równają się bezsprzecznie najlepszym wynikom ogólnie dziś używanego leczenia tuczącego. Chorym znacznie wychudzonym lub niespokojnym można ostatecznie zalecić metodę Weir-Mitchella; tożsamo w przypadkach nerki wędrującej, w których dla jej podtrzymania potrzebna jest większa ilość tłuszczu.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Behring. **Powstawanie suchot i walka z gruźlicą.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1904, Nr. 6). Behring występuje przeciw teoryi, utrzymującej, że gruźlica płuc u ludzi powstaje wskutek wdychiwania powietrza, zawierającego prątki gruźlicze. Twierdzenie Mitulesku, który w pracowni Kocha wykazał, że 30% książek i pism, branych z wypożyczalni, zawiera prątki gruźlicze i na podstawie tego twierdzi, że człowiek zdrowy, czytając takie książki, może się zarazić gruźlicą, uważa B. za nieudowodnione tak samo, jak ogłoszone przez Knopfa z Nowego Jorku zachorowanie urzędników jednego biura przez zarażenie się od kolegi, cierpiącego na gruźlicę. By udowodnić te twierdzenia, przytacza zdrowych czytelników w wypożyczalniach książek, oraz zdrowych laryngologów, codzień narażanych na wdychiwanie prątków gruźlicy. Zdaniem autora człowiek w wieku dziecięcym zaraża się gruźlicą drogą jamy ustnej. Gruźlica ta dostaje się do gruczołów chłonnych, w nich się rozwija — i może pozostać w utajeniu, działając później tylko usposabiająco dla nowego zakażenia. Usposobienia do gruźlicy człowiek nie odziedzicza, lecz rozpoczyna się ono w chwili zakażenia prątkami gruźlicy w wieku niemowlęcym, zatem każdy człowiek ma jednakowe usposobienie do nabycia gruźlicy, gdyż wszystko zależy od sprzyjających okoliczności. Zmiany w budowie i rozwoju ustroju, uważane dotąd jako usposabiające do gruźlicy, są tylko następstwem i objawem gruźlicy utajonej. Sposobność więc do zakażenia się gruźlicą rozstrzyga, czy człowiek ma mieć usposobienie, czy też nie. Wstrzykując zwierzętom podskórnie hodowle gruźlicze, nie otrzymujemy nigdy obrazu analogicznego z gruźlicą ludzką, prędzej już drogą wdychiwań, chociaż i wtedy nie powstaje gruźlica pierwotnie przez zakażenie miąższu płucnego, lecz z ust drogą naczyń chłonnych, gruczołów szyjnych i zaoskrzelowych, czyli w ten sam sposób, jak gdybyśmy wstrzyknęli hodowlę gruźliczą do języka. W ten sposób zakażone zwierzęta nie dają jednak obrazu ogniskowej gruźlicy z tworzeniem się jam i t. d., jak u człowieka; chcąc osiągnąć ten objaw, trzeba zwierzęta zakażać przez długotrwałe karmienie ich osłabionymi prątkami i to w niewielkiej liczbie, jak to autor wraz z Römerem wykonali, karmiąc świnki morskie mlekiem krów, chorych na gruźlicę wymion, częściowo tylko odkażanem formaliną; świnki takie padały wskutek gruźlicy, rozwijającej się najpierw w gruczołach szyjnych, a po zropieniu ich drogą chłonną w płucach, gdzie powstawały jamy i t. d. Tak samo i u człowieka gruźlica płuc jest ostatnim okresem zakażenia w wieku niemowlęcym. Chcąc więc zwalczać gruźlicę, trzeba się starać, by prątki gruźlicze nie dostawały się do ust oseskòw i by w mleku, dawanem oseskom, było dość ciał, niszczących prątki gruźlicze. Gotowanie mleka niszczy te ciała, więc nie powinno się dawać mleka gotowanego, lecz surowe, z zastrzeżeniem, że szczepieniem przeciwgruźliczem krów otrzymamy mleko, wolne od prątków gruźlicy. W celu zaś, by mleko nie psuło się od chwili dojenia aż do użycia, wystarczy dodanie, zaraz po dojeniu, formaliny 1:10.000. Mleko takie działa zabójczo nietylko na prątek okrężnicy, lecz i na prątki durowe i powinno być także stosowane w leczeniu chorych na dur. *H.*

Gerasimowicz. **Wymioty krwawe w przebiegu zapalenia otrzewnej.** (*Russkij Wracz*, 1903, N. 46). Na podstawie piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń, dotyczących zapalenia wyrostka robaczkowego, przyszedł G. do wniosku, że krwawe wymioty, spostrzegane w tem schorzeniu, prawie wyłącznie występują tylko w razie powikłania jego z zapaleniem otrzewnej, wyłączając te przypadki, w których one powstawały wskutek zatoru naczyń żołądka drobnoustrojami, więc drogą ropnicy. Wymioty krwawe, towarzyszące ogólnemu gnilno-ropnemu zapaleniu otrzewnej, są pochodzenia toksycznego; toksyny, według autora, bywają wchłaniane przez krew z jamy otrzewnowej, nie zaś z wyrostka rob., jak mniema Dieulafoy. Dostając się do krwi, toksyny wywołują zmiany w ścianach naczyń ustroju; naczynia żołądkowe ulegają oprócz tego zmianom wskutek porażenia nerwów naczynio-ruchowych żołądka, oraz miejscowych objawów zastoinowych i podniesienia ciśnienia krwi. Działanie wszystkich tych czynników skupia się i prowadzi do powstania *per diapedesin* mnóstwa nader drobnych wybroczyn krwawych, a następnie i do nadżerek. Nic więc dziwnego, że wymioty krwawe mają bardzo złe znaczenie pod względem rokowania w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. Najczęściej spostrzegano je u dzieci.

Witold Orłowski (Ptbg).

Babkin. **Utajony stan steapsyny.** (*Russkij Wracz*, 1903, N. 46). Badając na psach stan zaczynu tłuszczowego w soku trzustkowym, przekonał się autor, że zaczyn ten wydziela się czasami w stanie nieczynnym, tak jak to już stwierdzono dla zaczynu białkowego tegoż soku. Zjawiska te spostrzegało się zwykle w soku ubogim w zaczyny i zawierającym zaczyn białkowy w stanie utajonym. Z tego stanu utajonego zaczyn tłuszczowy przechodzi w stan czynny, jeśli do soku doda się żółci, która odgrywa względem steapsyny tę samą rolę, jaką enterokinaza względem zymogenu trypsyny. Po spożyciu mleka lub mięsa steapsyna wydziela się odrazu w stanie czynnym, po spożyciu chleba zaczyn tłuszczowy występuje, poczynając od godziny drugiej, zawsze w stanie utajonym; również wlewanie 0·5 prc. kw. solnego sprowadza obfitą wydzielinę soku, zawierającą zaczyn tłuszczowy w stanie nieczynnym.

Witold Orłowski (Ptbg).

Ostmann. **Stosunek przewodnictwa powietrznego i kostnego u ludzi z prawidłowym słuchem do próby Rinnego.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Tom 58, 1903). O. badał 52 ludzi z zupełnie prawidłowym słuchem. Za pomocą strojnika *c* określał najprzód przewodnictwo przez powietrze, wyrażając je w liczbie sekund. w ciągu których był słyszalny strojnik; następnie w ten sposób określał przewodnictwo kostne i powietrzne przy próbie Rinnego. Okazało się, że w pierwszym przypadku otrzymuje się zawsze dla przewodnictwa powietrznego liczby wyższe, niż w drugim, innemi słowy, przy próbie Rinnego dla przewodnictwa powietrznego nigdy nie otrzymujemy bewzględnej wartości; wartość ta, według

O., jest przeciętnie o 9 sekund mniejsza. Dlatego też O. zamiast próby Rinnego radzi badać osobno przewodnictwo powietrzne i przewodnictwo kostne i porównywać otrzymane wartości.

Dr. Teofil Zalewski.

Ostmann. **Wpływ zaburzeń w przewodnictwie dźwięku jednego ucha na wynik próby Rinnego w uchu drugiem.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Tom 57). Autor przeprowadził doświadczenia swoje na 32 żołnierzach, którzy okazywali zupełnie prawidłowy słuch i u których stwierdzono badaniem wziernikiem zupełnie prawidłowe stosunki. O. badał ucho prawe po szczelnem zamknięciu ucha lewego i otrzymał następujący wynik. Przy próbie Webera, zostawiając otwartem ucho lewe, ton nie lokalizuje się specyalnie w jednem lub drugiem uchu; po zamknięciu ucha lewego w 30 przypadkach lokalizował się w uchu lewem. Próba Rinnego wypadła dodatnio przed, jak i po zamknięciu ucha lewego; wynik jednak tak co do przewodnictwa kostnego, jak i powietrznego, był różny u pojedynczych osób. Po zamknięciu ucha lewego w znacznej ilości przypadków następuje przedłużenie przewodnictwa kostnego i skrócenie przewodnictwa powietrznego; tylko w małej liczbie przypadków zamknięcie ucha lewego nie miało widocznego wpływu na przewodnictwo ucha prawego.

Dr. Teofil Zalewski.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Przyczynek do leczenia krztuśca. Dr. H. Kittel donosi o wynikach, jakie osiągnął zapomocą arystochininy podczas dosyć silnej epidemii krztuśca. Z początku stosował zwykłe środki: antypirynę, wilczą jagodę, bromoform i inne przetwory bromowe, oraz siarkan i garbnikan chininowy. Przetwory chininowe zawsze oddawały mu jeszcze najlepsze usługi, choć stosowanie ich łączyło się niekiedy z znacznemi trudnościami. Chętnie polecał później arystochininę, którą podawał dzieciom poniżej 1 roku 3 r. tyle centygramów, ile liczyły miesięcy, aż do 0·1; starszym aż do 3 r. dziennie po 0·2. Podawanie z wodą lub mlekiem nie przedstawiało trudności, a szkodliwego działania ubocznego K. nigdy nie zauważył. Leczenie trwało 10 dni do 4-ch tygodni, więc w porównaniu z innymi lekami o wiele króciej, co szczególnie w krztuścu ważną odgrywa rolę. — Nadzwyczaj uderzającym był skutek u dzieci poniżej 1 roku. Tu następowało wyzdrowienie stosunkowo najszybciej. U dzieci starszych działanie było nie tak uderzające, co głównie zależy od zbyt małych dawek. Szczególnie wdzięcznem okazało się leczenie przy rozpoczynającym się krztuścu, w którym arystochininą niejako przerwano sprawę chorobową (leczenie poronne). Zawsze K. stwierdzał rzeczywiście znakomity wpływ na poprawienie łaknienia, co wpływało na poprawę ogólnego stanu sił tak, iż już to samo dostatecznie usprawiedliwia stosowanie arystochininy. Do tego dołącza się zaleta, cenna szczególnie w praktyce dziecięcej, że dzieci zażywają lek ten bez trudności. Na podstawie tego uważa K. arystochininę za znakomite wzbogacenie skarbca leczniczego. (*Therap. Monatshefte*, sierpień, 1903). *Baschkopf.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 3 lutego 1904 r.

Przewodniczący kol. prof. Nowak. Obecnych członków 32.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. doc. Lemberger z upoważnienia Komisyi przemysłowolekarskiej okazał i omówił szereg przetworów leczniczych i dyetetycznych, a mianowicie: wino borówkowe wyrobu Dra Mogilnickiego, *pastilli jodo-ferrati* wyrobu aptekarza Jahra, *pastilli c. nitroglycerino* wyrobu aptekarza Bartmańskiego, surogat kawy wyrobu apt. Łuczki, pieczywo dyetetyczne z fabryki Gurgula i kefir wyrobu p. Lipińskiej.

Na wnioski kol. prof. Jakubowskiego, prof. Bujwida i doc. Lembergera uznano jednogłośnie przetwory te za godne polecenia.

III. Kol. prof. Raczyński wygłosił odczyt: »O etyologii czerwonki epidemicznej z uwzględnieniem dwóch epidemii, panujących w Galicyi w r. 1903«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi podnosi kol. Gertler, że sprawa aglutynacyi prątków czerwonki (Shigi) zapomocą surowicy swoistej została w ostatnich czasach nieco zachwianą przez pracę W. H. Parka. Wykazał on mianowicie, że surowica konia wcale nieuodpornionego prątkami czerwonki, aglutynowała prątki czerwonki w bardzo wysokim stopniu (1:1000), a zatem znacznie wyżej, aniżeli surowica ozdrowieńców po przebyciu czerwonki. Surowica zaś kóz, uodpornionych prątkami Shigi, miała aglutynować inne pokrewne prątki w większym stopniu, niż prątki, użyte do uodpornienia zwierząt.

Kol Eisenberg zwraca się przeciw wywodom kol. Gertlera, starającym się osłabić znaczenie rozpoznawcze aglutynacyi swoistej. Przytoczone spostrzeżenie Parka dowodzi tylko, że należy być ostrożnym w uznawaniu swoistości odczynu (czemu łatwo zaradzić przez stwierdzenie wzrastania odczynu wśród uodporniania), bynajmniej zaś nie dotyczy znaczenia rozpoznawczego odczynu. Właśnie dla rozpoznania klinicznego czerwonki, jak również dla utożsamienia bakteryi czerwonki, aglutynacya ma wielkie znaczenie, przyczem jednak, jak to stwierdził Lentz, należy stosować surowicę zwierząt wysoko uodpornionych (siła agl. ponad $^1/_{300}$), gdyż surowice słabsze mogą w równym stopniu działać na bakterye Shigi, jak i na blizko z niemi spokrewnione bakterye typu Flexner Manila. Ze spostrzeżeń Flexnera, Stronga, Duvala, Jürgensa wynika, że obraz kliniczny nagminnej czerwonki może być wywołany przez dwa blizko pokrewne typy bakteryi (Shiga i Flexner Manila), w czem objawia się znowu, że pewien obraz chorobowy może być po prostu wyrazem odczynu grupowego spokrewnionych bakteryi, jak to już wiemy co do duru prawdziwego i rzekomego i gruźlicy prawdziwej i rzekomej. Ważnem jest dla kliniki, że według Duvala i Basseta, Hissa i Russella i M. Wollsteina bakterye drugiego typu zdają się wywoływać t. zw. biegunki letnie dzieci.

Kol. Droba: W dyskusyi otwarto pytanie, czy drogą hodowli możliwą jest rzeczą określić, że prątek otrzymany jest rzeczywiście identyczny z prątkiem Shigi. Otóż opierając się na pracy Hetscha (*Centrlblt. f. Bakt. Bd. XXXIV Nr. 6 1903*) można zapomocą pożywki, sporządzonej na zasadzie pożywki Barsiekowa przez tegoż autora, lub na podstawie tej samej pożywki, sporządzonej tylko w nieco odmienny sposób przez Doerra, zmodyfikowanej w zakładzie prof. Nowaka w odpowiedni sposób, określić, że się ma do czynienia z prątkiem czerwonki, a nie pseudodyzenterycznym. Na podstawie porównawczego badania wyżej przytoczonego autora 13 szczepów prątków czerwonki i 18 prątków czerwonki rzekomej okazało się, że wszystkie prątki czerwonki zachowują się zupełnie jednakowo w tej pożywce, a mianowicie, że pożywki tej zupełnie nie zmieniają, podczas gdy prątki rzekome zmieniają ją, bądźto wytwarzając gazy, bądź zmieniając oddziaływanie alkaliczne na kwaśne, bądź też strącając sernik, słowem sprowadzają zmiany wpadające w oczy. Tak jak te prątki czerwonki, zachowują się jedynie *bacillus pseudodysenteriae I i bacillus pseudodysenteriae* Strauch, ale pierwszy różni i się od prawdziwych szczepów tem, że jest ruchomy i mąci serwatkę Petruschkyego, a drugi, że wytwarza w bulionie indol i rośnie inaczej na agarze skośnym, dając gruby cuchnący pokład. Dobrym, jeżeli nie najczulszym, odczynnikiem dla oznaczenia prątków czerwonki i odróżnienia ich od innych podobnych drobnoustrojów jest pożywka, podana przez Endo, dla odróżnienia prątka durowego od okrężnicowego i zastosowana w zakł. prof. Nowaka przez podstawienie zamiast laktozy—mannitu, do wyróżnienia prątka czerwonki. Zasada, postawiona przez Lentza i Martiniego, że stopień aglutynacyi 1:400 i 1:500, osiągnięty zapomocą swoistej wysokowartościowej surowicy jest najpewniejszym sposobem do rozróżnienia prątków czerwonki od pseudodysenterycznych, nie zdaje się być zupełnie pewną. I tak Kruse w jednej z najnowszych prac utrzymuje, że prątek Flexnera, szczep pochodzący z wysp Filippiny, wykluczony na podstawie aglutynacyi przez Lentza i Martiniego, jest jednak identyczny z prątkiem Krusego i Shigi. Do tego przekonania doszedł Kruse na podstawie doświadczeń, robionych na zwierzętach z jego surowicą leczniczą. W doświadczeniach tych wspomniany prątek zachowywał się zupełnie tak, jak prątki czerwonki, wyosobnione w Niemczech. Francuscy autorowie Vailland i Dopter uważają również prątki Flexnera i Stronga, wykluczone przez Lentza i Martiniego, za identyczne z prątkami czerwonki, wyhodowanymi przez nich w przypadkach epidemii w Vincennes i z prątkiem Shigi.

W przypadkach, badanych przez kol. prof. Raczyńskiego, su-

rowica chorych na czerwonkę aglutynowała w równym stopniu szczep krakowski i złoczowski, wyhodowane przez kol. prof. Raczyńskiego, a także szczep Krusego i Shigi, jakie zakład miał do porównania. Podobnie zachowywała się surowica królików, szczepionych jednym z wspomnianych szczepów, aglutynowała wszystkie cztery szczepy w równym stopniu, nie aglutynując innych drobnoustrojów, jak *bacterium coli*. Surowica królików zdrowych nie dawała aglutynacyi ze szczepami czerwonki.

Zestawiając wszystkie cechy, przedstawione przez kol. prof. Raczyńskiego i opierając się na porównawczych badaniach Hetscha, o których wyżej była mowa, można stwierdzić, że szczepy krakowski i złoczowski, wyhodowane przez kolegę prelegenta, są identycznymi z prątkami Shigi i Krusego. Tyle co do kwestyi identyczności gatunkowej.

Inną po części jest sprawa, czy szczepy kol. prelegenta były przyczyną czerwonki w badanych przypadkach. Tu ostatnią wyrocznią jest doświadczenie na zwierzęciu, a więc pytanie, czy się otrzymało u zwierząt, użytych do doświadczeń przez kol. prof. Raczyńskiego obrazy kliniczne i zmiany anatomiczno-patologiczne, analogiczne do tych, jakie się spotyka w czerwonce ludzkiej. Przedstawiony preparat anatomiczny jelit, pochodzący z królika, szczepionego śródotrzewnowo szczepem krakowskim i padłego po 8 miu dniach wśród typowych objawów klinicznych i preparaty histologiczne z tychże jelit przemawiają za tem niedwuznacznie.

Dalej omawia kol. Droba sposoby powstawania i szerzenia się epidemii czerwonki. Dla ilustracyi przytacza opis Doerra powstania dwóch epidemii w Bruck w latach 1898 i 1902. W obu powyższych epidemiach dało się wyśledzić źródło ich powstania. I tak w epidemii roku 1898 przyczyną był wodociąg, prowadzący wodę ze studni, dostępnej wówczas dla wszystkich. Wodociąg ów zaopatrywał koszary gdzie mieszkała część wojskowej załogi; koszary drugie, w których mieszkała reszta załogi i szpital wojskowy miały swe własne studnie. Gdy wybuchła epidemia czerwonki w koszarach, zaopatrywanych wodą wodociągową i między robotnikami, pracującymi około studni wodociągowej i czerpiącymi stamtąd wodę, nie przypuszczano początkowo, by w wodzie wodociągowej tkwiła przyczyna epidemii. Pozamykano studnie szpitala wojskowego i doprowadzono tu także wodę wodociągową. Z tą chwilą pojawiła się w szpitalu epidemia, której tam dotąd nie było. Wtedy zrozumiano, że przyczyną jest wodociąg: zamknięto go, dostarczono innej wody i epidemia wygasła. Woda w studni wodociągowej zakażoną była, jak to wykazano, przez chore cygańskie dzieci, które tu kąpano. Druga epidemia w r. 1902 zawleczoną była przez oddział wojska, przeniesiony do Bruck z Wiener-Neustadt, gdzie panowała wówczas czerwonka. Można było dokładnie śledzić, jak epidemia szerzyła się promienisto dokoła baraku, w którym był ów oddział pomieszczony. Niebezpieczne źródło epidemii mogą stanowić przypadki czerwonki przewlekłej, przebiegającej niekiedy niespostrzeżenie. Ciekawy przypadek w tym kierunku podają bakteryologowie, zajęci badaniem epidemii czerwonki w Doeberitz r. 1901. Żołnierz, który przebył w Doeberitz ostrą czerwonkę, urlopowany następnie jako uleczony, cierpiał dalej na lekką biegunkę, do której nie przywiązywał żadnej wagi. Żołnierz ten, jak to dostatecznie wykazano, był źródłem epidemii w okolicy, gdzie był urlopowany.

W odpowiedzi na niektóre szczegóły, poruszone w dyskusyi zaznacza wreszcie kol. Droba, że wobec pięknego dodatniego wyniku doświadczeń na zwierzętach, sprawa aglutynacyi swoistą wysokowartościową surowicą stała się kwestyą obojętną. Rzecz toczyła się bowiem głównie o to, czy szczepy, wyosobnione przez kol. prof. Raczyńskiego, są rzeczywiście przyczyną czerwonki, a tu doświadczenie na zwierzęciu jest ostatecznie rozstrzygającem. Co się tyczy samej aglutynacyi, to należy tu raczej podnieść to, że ta może dawać cenne wskazówki w klinicznem rozpoznawaniu czerwonki, gdyż jak dotąd nie stwierdzono, by surowica zdrowych lub różnie chorych ludzi aglutynowała prątki czerwonki. I tylko ta okoliczność obniża wartość rozpoznawczą aglutynacyi, że występuje ona w wyższych stopniach dopiero w późniejszych okresach choroby.

Kol. Przewodniczący wspomina o badaniach swych nad etyologią czerwonki, przeprowadzonych wspólnie z kol. prof. Ciechanowskim. Badania te dały o tyle wynik dodatni, że odmówiły stanowczo znaczenia etyologicznego tym drobnoustrojom, którym wówczas, przed wykryciem prątka Shigi, znaczenie takie ogólnie przypisywano.

IV. Kol. Eisenberg demonstruje:

1) Odczyn precypitynowy z płynami z puchliny brzusznej (*ascites*), przechowywanymi w zakładzie higieny od lat 7, 5 względnie 4. Mimo dodatku chloroformu, rozkładającego, jak wiadomo, ciała swoiste, surowica królika, uodpornionego przeciw surowicy ludzkiej, daje z tymi płynami bardzo wyraźne strąty. Spostrzeżenie to dowodzi, że w danych warunkach próba sądowo-lekarska pochodzenia krwi może w pewnych warunkach nawet po tak długim czasie dać wynik dodatni (*vide* spostrzeżenia Uhlenhutha).

2) *Panophthalmitis*, wywołaną przez zastrzyknięcie małych ilości *b. subtilis* do ciała szklanego oka króliczego. Wbrew twierdzeniu Kaysera zwykły pracowniany szczep okazał się tu równie skutecznym, jak dwa szczepy, wyhodowane przez Silberschmidta z przypadków *panophthalmitis* u człowieka. Ciekawe jest spostrzeżenie, że surowica takiego królika aglutynuje w swoisty sposób odnośny szczep (aż do $^{1}/_{300}$), co mogłoby posłużyć do rozpoznania etyologicznego tych przypadków u człowieka. (Streszczenia własne).

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 11 lutego 1904 r.

Przewodniczący: R. Dw. prof. L. Rydygier. Obecnych członków: 40.

I. Przewodniczący odczytuje list Komitetu, urządzającego Wiec, mający na celu obmyślenie środków zaradczych przeciw zepsuciu młodzieży szkolnej. Tow. lek. lwowskie postanawia bez dyskusyi wziąć udział w obradach Wiecu przez swych delegatów, Prof. W. Łukasiewicza i Dra J. Kossaka.

II. Przewodniczący odczytuje list Dyrekcyi Wystawy przyrodniczo-lekarskiej, która ma być urządzoną podczas X Zjazdu lekarzy i przyr. polskich.

III. Przewodniczący oddaje pod głosowanie wniosek Doc. Dra P. Kučery: »Z dobrowolnych składek członków Tow. lek. lwow. ustanawia się nagrodę (ewent. nagrody) w wysokości 200 koron. Nagrodę tę otrzyma ten z kolegów, który, będąc po doktoracie najpóźniej sześć lat, wygłosi w Tow. lek. lw. najlepszy wykład na dowolny temat. Nagrodę udzielać się będzie przed świętami Bożego Narodzenia na wniosek zarządu Tow. lek. lw., który może sobie ewent. dobrać do pomocy doradzców specyalistów«. Wniosek uchwalono.

IV. Kol. Dr. St. Eljasz-Radzikowski mówi na podstawie doświadczeń z kliniki lekarskiej lwowskiej, o stosowaniu i wartości t. z. *Typhusdiagnosticum Frickego*. Wykład będzie ogłoszony drukiem.

V. Kol. Dr. A. Zawadzki przedstawia przypadek białaczki rzekomej u 14 letniej dziewczyny, który tem się wyróżniał, że 1) nie było niedokrewności; 2) nie było leukocytozy, lecz przeciwnie leukopenia; 3) limfocyty odsetkowo były zmniejszone; 4) gruczoły nigdzie nie powiększone. Przypadek ten jest jeszcze nadto zajmującym z tej przyczyny, że zakończył się śmiertelnie skutkiem posoczniczego zapalenia otrzewnej, dla którego nawet sekcya nie wykazała punktu wyjścia.

W dyskusyi przemawia kol. Doc. Dr. Wiczkowski.

VI. Kol. Dr. A. Rydygier przedstawia 1) chorą *M. P.* l. 17 z mięsakiem okostnowym kości ramieniowej prawej, nie nadającym się do operacyi z powodu przerzutów w odległych gruczołach szyjnych. Strzępy tkanki, aspirowane grubą igłą, oglądane pod mikroskopem, wykazały utkanie, właściwe mięsakowi drobno-okrągło-komórkowemu. Po 20-krotnem naświetleniu promieniami Röntgena, każdym razem po 5—10 minut, aż do wywołania zapalenia skóry, guz zmniejszył się znacznie, a w dalszym ciągu znikł niemal całkowicie. 2) Chorą *K. D.* lat 53 z nabłoniakiem nosa nawrotnym i nie nadającym się do operacyi. I w tym przypadku po röntgenoterapii, stosowanej w sposób analogiczny jak i poprzednio, owrzodzenie zabliźniło się całkowicie. 3) Chorą *A. H.* l. 32, dotkniętą twardzielą nosa. W tym przypadku również naświetlanie promieniami dało wynik wcale pomyślny.

W dyskusyi przemawiają kol. R. D. Prof. Rydygier (sądzi, że röntgenoterapię stosować się winno jedynie w przypadkach nowotworów, nie nadających się do operacyi doszczętnej); kol. Prof. W. Łukasiewicz (widział również dobre wyniki w nabłoniakach po naświetleniu promieniami R.) i Prof. Ziembicki.

Dr. Herman, sekretarz doroczny.

VII. Poglądy lekarzy starożytnych na przyczynę, przebieg i leczenie raka.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

(Ciąg dalszy).

III.

Soranus i Moschion.

Z natury rzeczy przypadałaby teraz kolej na Soranusa i na jego poglądy o powstaniu i leczeniu raka. Soranus poświęcił rakowi jeden rozdział, a mianowicie dwudziesty trzeci drugiej księgi swojego podręcznika dla położnych[42]). Obok tego rozdziału, jak wynika z jego napisu, zajmującego się wyłącznie rakiem, był jeszcze według wszelkiego prawdopodobieństwa — jeżeli na Moschionie polegać możemy — i drugi rozdział, w którym Soramus miał sposobność wspominać okolicznościowo o zwyrodnieniu rakowatem. Mam tu na myśli rozdział dwudziesty drugi księgi drugiej wspomnianego podręcznika[43]). Żaden z dwóch wymienionych rozdziałów nie doszedł nas niestety. Uzupełnić zaś obydwóch tych rozdziałów lub przynajmniej do pewnego stopnia trafić w tok myśli Soranusa na podstawie utrzymanych części jego podręcznika nie można, gdyż słowo „καρκίνωμα“ nigdzie zresztą w nim nie znajduje się. Pewne uzupełnienie moglibyśmy w tym kierunku znaleźć u Caeliusa Aureliana, który tak wiernie naśladował Soranusa. Niestety i jego rozdziały, odnoszące się do chorób kobiecych, zaginęły, a z nimi i to, co Soranus ogłosił o raku; w dziele zaś o chorobach ostrych i przewlekłych[44]) nie wspomina o raku. Nic pozostaje więc nic innego, jak rozglądnąć się nieco dokładniej w innym autorze, który równie pozostał Soranusowi, t. j. w Moschionie[45]). Nie wchodząc bliżej w sprawy, czy dzieło jego miało być tłómaczeniem, czy też plagiatem, lub nadzwyczaj wiernem tylko naśladowaniem dzieła Soranusa, możemy śmiało twierdzić na podstawie porównania utrzymanych rozdziałów Soranusa z tem, co znajdujemy u Moschiona, że co do zapatrywań na raka mamy w Moschionie wiernie oddane zapatrywania Soranusa. Zastanowić się tu mamy nad dwoma rozdziałami[46]), mając zawsze na uwadze, że Moschion mówi jedynie o raku macicy.

Co się tyczy przyczyn powstawania raka, nie wypowiada Moschion swego zdania. Tu nam jednak pomocnym może być do pewnego stopnia sam Soranus. Drogą wyłączeń możemy bowiem dojść do wniosku, że nie uznawał nagromadzenia się nadmiaru soków. W zaufaniu swojem do natury nie przypuszczał wogóle, by ona stworzyła kobietę w ten sposób, żeby jej potrzebnem było oczyszczanie się. Skoro więc miesiączka wogóle nie jest potrzebną do utrzymania zdrowia, trudno wierzyć w szkody, wynikające z jej braku, a w dalszem następstwie przypisywać jej brakowi wpływ na powstanie raka[47]). Domyślać jedynie się możemy, że Soranus uważa wrzody macicy, jako usposabiające ją do osiedlania się w niej raka. Innych przyczyn nie można się nigdzie u Moschiona dopatrzeć.

Objawy, towarzyszące cierpieniu, są następujące: bole głowy, oczodołów i karku; bole rozpromieniające się od narządu zajętego ku częściom i narządom sąsiednim, a nawet i bardziej odległym, jak ku nerkom, żebrom i pępkowi. Bole te zwiększają się zwłaszcza przy oddechaniu, które wogóle jest utrudnione. Występuje brak łaknienia, a nawet i wstręt do jedzenia, i co zatem idzie, ogólne wyniszczenie ustroju, dreszcze, zimne poty, brak snu, pewne znużenie i przygnębienie chorych. Z pochwy wydobywa się raz treść płynna, cuchnąca, innym znowu razem krew lub czarna posoka. Przedmiotowo można wybadać guz twardy, jeżeli rak zajął część pochwową, lub też można go czasem i nie znaleźć, gdy się rozwinął w samej macicy.

Pod względem anatomicznym rozróżnia Moschion raka wrzodziejącego (*cum vulnere*) i takiego, który przebiega bez owrzodzeń. Nadto istnieje dla niego rak powierzchowny i ukryty. Jako kryteryum, czy mamy z jednym lub drugim rodzajem cierpienia do czynienia służy okoliczność, czy on jest dla leków i dla palca lekarza przystępny, czy też nie. W rozwoju guza istnieją dwa okresy, mianowicie: okres rozrostu (*accessio*) i okres rozpadu (*dialimma*). Obydwa te okresy różnią się pomiędzy sobą bardzo znacznie objawami a poznanie ich jest konieczne ze względu na pomoc, jaką w drugim razie przynieść można i należy.

Co się tyczy czasu trwania choroby i widoków dla chorych, to z tego, co Moschion powiada, wynika, że się bardzo pesymistycznie zapatrywał na to cierpienie. Nigdzie nie wspomina o żadnym przypadku wyleczenia, a najwyżej, co leczeniem osiągnąć można, jest usunięcie niektórych przypadków bardzo przykrych dla chorych, oraz pewne przedłużenie życia. „. . . . . *si mulier in totum curari non potuerit vel non gravissimis doloribus torquebitur, et sine tormento diutius vivere potest*[48]).“ Leczyć należy miejscowo i ogólnie. Wyjątek pod tym względem stanowi jedynie rak ukryty, który dla bezpośredniego leczenia nie jest dostępny. To też należy tego rodzaju chorym podawać jedynie leki na wewnątrz, gdyż lekarz, chcący bezpośrednio zadziałać na część chorą, nie osiągnie tego, a zadrażni jedynie i narazi na szkodę sąsiednie części zdrowe.

Leczący musi rozważyć, czy ma do czynienia z rakiem wrzodziejącym, czy też nie i, co najważniejsze — w którym okresie nowotwór się znajduje. Dla pierwszego okresu charakterystyczne są przypady żołądkowo-jelitowe, jak wymioty i rozwolnienia, a obok tych i kaszel. W drugim okresie ustępują te objawy, co przynosi chorym ulgę. Zadanie lekarza i kierunek jego działania określają przedewszystkiem te przypady, domagające się gwałtownie usunięcia. Należy więc w okresie rozwoju nowotworu podawać leki łagodzące i ściągające, a w miarę potrzeby takie środki, jak ciepły olejek różany, sok babki lub cykoryi i to sam lub zmieszany z winem, w którem wygotowano liście róż, koniczynę lub len. Leki te, jak i wiele innych, można podawać wewnętrznie lub też odpowiednio przygotowane, przyłożyć jako gałki bezpośrednio na część chorą. Obok leków poleca się przesiadywanie w parówce lub naparzanie, ograniczając działanie pary jedynie na część chorą. W drugim okresie należy chorego wzmacniać. Teraz jest też czas, kiedy należy przeprowadzić tak zwane leczenie „metasynkrytyczne“ (κύκλος μετασυγκριτικός). Leczenie to polegało w zasadzie na całkowitej przemianie składników ustroju (συγκρίσεις) i przestworów (πόροι) i było prawie wyłącznie dyetetycznem. Przystępowano do niego zazwyczaj po poprzedniem przygotowaniu chorych. Porządek zaś, którego przestrzegano, był tego rodzaju, że rozpoczynano od postu już pierwszego dnia. Drugiego dnia wykonywali chorzy rozmaite ruchy, namaszczano ich i dawano im do spożycia trzecią część tego, co zazwyczaj spożywali. Trzeciego dnia dodawano do tej porcyi znowu trzecią część, a podobnie i czwartego tak, że chory tym sposobem wracał do swej zwykłej dyety. Po tej próbie przygotowawczej rozpoczynało się właściwe leczenie. Początek stanowił trzydniowy post, po którym chorzy zwolna, bo już w ciągu trzech dni wracali do tej ilości pokarmów, do jakiej byli przyzwyczajeni, przyczem nie szczędzono im rze-

---

[42]) Sorani gynaeciorum ed. Rose l. II cap. XXIII. »Περὶ καρκινωμάτων ἐν μήτρᾳ«.

[43]. Tamże: »Περὶ τῶν ὑστέρας ἑλκῶν«.

[44]) Caelii Aureliani Siccensis »De morbis acutis et chronicis lib. VIII Amstaledami 1755.

[45]) Gynaecia Muscionis ed Rose. Lipsiae 1882.

[46]) Gynaec.: Muscionis, lib II, cap. XXII et. XXIII.

[47]) Sorani gyn. lib. I, cap. VI 27 i 28.

[48]) Gyn. Muscionis lib II, cap. XXIII.

czy korzennych ostrych, jak kaparki, musztarda, niedojrzałe śliwki i cebula. Podczas tych trzech dni dozwalano na wykonywanie ruchu i to tem energiczniejszego, im więcej spożywano jadła. Gdy w ten sposób nie osiągnięto pożądanego skutku, podawano chorych t. zw. kuracyi wymiotnej, do której ich przygotowywano przez podawanie wody w wielkiej ilości w ciągu jednego dnia i zalecanie pokarmów tłustych. Po trzy- lub czterokrotnem wymiotowaniu, pozwalano ofiarom jeden dzień odpoczywać, poczem znowu im podawano środki wymiotne. Po tych przychodziła znowu kolej na spokój, podczas którego kazano chorym znowu spożywać takie pożywki ostre, jak rzodkiew, musztarda, pieprz, ocet i t. d. Równocześnie stosowano bańki, plastry smolne i t. d. tak długo, dopóki nie wywołano zaczerwienienia skóry, lub też nacierano w tym celu skórę sodą i kąpano chorych[49]).

IV.

Aretaeus[50]).

Jeżeli w tem miejscu dajemy głos eklektykowi Aretaeusowi, zwolennikowi szkoły pneumatycznej, lecz obdarzonemu zmysłem bardzo krytycznym, to dzieje się to nie w tym celu, żebyśmy chcieli przez to mniej więcej określić wiek jego działalności i zaznaczyć nasze stanowisko w tej spornej sprawie, lecz czynimy to jedynie, trzymając się utartego już porządku.

Aretaeus zastanawia się nad rakiem jeden tylko raz przy sposobności roztrząsania chorób macicy[51]). Z określenia, jakie o cierpieniu tem podał wynika, że rak jest wrzodem lub guzem twardym, stawiającym opór wszelkim zabiegom, niszczącym narząd zajęty. Przyczyną jego przynajmniej wtedy, gdy nagabuje części rodne kobiece, bywają wrzody, w początkowych okresach częstokroć wcale niewinne. Tę przyczynowość należy rozumieć w ten sposób, że Aretaeus rozróżnia w rozwoju wrzodów macicy trzy okresy: w pierwszym okresie, polegającym jedynie na złuszczeniu się nabłonka, nie mają one żadnego dla ustroju ważniejszego znaczenia, tembardziej, że wydzielają tylko nieznaczną ilość ropy. Przykrzejsze stają się wrzody już w okresie drugim, kiedy ilość wydzielającej się ropy staje się większą; a najprzykrzejsze i najniebezpieczniejsze w trzecim okresie, t. j. w okresie rakowacenia. Najwybitniejszą cechą tego okresu, jest wyżerający charakter wrzodu, który wydziela posokę cuchnącą i żrącą; jest bolesny, powoduje zniszczenia straszne w narządzie zajętym i wyniszczenie ogólne, gorączkę, uczucie strachu, a jednocześnie nie okazuje dążności do zagojenia się. „. . . . . μὴ εἰς ωτειλὴν ἰὸν μήκιστον· κτάνει τόδε. χρόνιον γίνεται κάτα· τόδε καὶ φαγέδαινα κικλήσκεται“[52]). W miarę dłuższego trwania choroby, wypełniają się żyły dookoła narządu zajętego, cierpienie przenosi się na otoczenie, powodując i w niem rozpad. Gdy forma raka jest guzkowata, natenczas niema owej przykrej wydzieliny. Co się tyczy przebiegu raka, to Aretaeus uważa go za cierpienie nieco dłużej się wlokące, co już z tego wynika, że się nad niem zastanawia w księdze o chorobach długotrwałych (*de morbis diuturnis*). Zresztą sam to wyraźnie przyznaje, że przebieg cierpienia jest dosyć powolny, lecz zawsze prowadzi do śmierci. Czas trwania choroby zależy od rodzaju raka. Już z objawów, jakie towarzyszą dwom odmianom raka, wynika, że inaczej przebiega rak wrzodziejący, a inaczej forma jego guzkowata. Wydzielina bowiem posokowata, żrąca i cuchnąca nie może pozostać bez wpływu na resztę ustroju, zwłaszcza jeżeli się ma na myśli, jak to czyni Aretaeus, raka macicy. Dlatego też rak wrzodziejący daje stanowczo gorsze rokowanie, tak ze względu na bole, jak i na przebieg. „. . . . . τὰ αὐτὰ δὲ ἄμφω τὰ καρκινώδεα καί χρόνια καὶ ὀλέθρια. πολλὸν δὲ τὸ ἕλκος τοῦ ἀνελκώτου, κάκιον καὶ ὀσμῇ καὶ πόνοισι καὶ ξωρῇ καὶ θανάτῳ“[53]).

Co się tyczy ostatecznego wyniku, to lekarz powinien zawsze z chwilą rozpoznania raka rokować źle, gdyż cierpienie to powoduje bezwarunkowo śmierć chorego.

Co do stanowiska, jakie Aretaeus po rozpoznaniu cierpienia wobec niego zajmuje, jesteśmy niestety skazani na domysły, gdyż nas nie doszedł odpowiedni rozdział jego „sposobów leczenia chorób długotrwałych.“ Najbliższymi jednak prawdy będziemy, jeżeli przyjmiemy, że Aretaeus zajmował stanowisko wyczekujące. Doświadczenie go bowiem pouczyło, że już każde dotknięcie części schorzałej, jakoteż nie mniej i stosowanie środków leczniczych powoduje znaczne bole, a w każdym razie pogorszenie. „. . . . . ψαυσεσί τε καὶ φαρμάκοισι, καὶ χαλεπαίνει πως καὶ ἰητρίῃ. . . .“[54]).

(Dok. nast.)

[49]) Sorani gyn., lib. II, cap. I i Caelii Aureliani, morb chron., lib. I, cap. I.

[50]) Opera omnia ed. Kühn. Lipsiae 1828.

[51]) De causis et signis morborum diuturnorum l. II, cap. XI, „de uteri morbis“.

[52]) De causis et signis diuturnorum morborum lib. II, cap. XI, str. 165.

[53]) Ibidem str. 166.

[54]) Ibidem.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Wydział gospodarczy X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości wykaz dotychczas zgłoszonych wykładów:

Sekcya matematyczno-fizyczna (I):

1) Dr. Ł. E. Bötcher: Ogólny rzut oka na teoryę równań funkcyjnych.

2) M. Huber: Nowsze prace około podstaw teoryi wytrzymałości.

3) Prof. Dr. Z. Krygowski: O rozwijaniu funkcyi hypereliptycznych na szeregi Fouriera.

4) Prof. Dr. W. Láska: O postępach seizmologii.

5) Prof. Dr. A. Witkowski: O rozszerzalności wodoru.

6) Dr. K. Zakrzewski: O powierzchni van der Waalsa.

7) Tenże: O położeniu osi optycznych w cieczach odkształconych.

Prócz tego zastrzegli sobie wykłady: Dr. A. Deńczot, Dr. M. Erns, Prof. Dr. Dziwiński, Prof. Dr. Rudzki, Prof. Dr. Silberstein, Prof. Dr. Smoluchowski i Prof. Dr. Puzyna.

Sekcya mineralogii, geologii i t d. (III):

1) Prof. Dr. R. Zuber (Lwów): Flisz i nafta.

2) Prof. Dr. E. Dunikowski (Lwów): O przyszłości górnictwa naftowego w Karpatach.

3) Prof. Dr. W. Friedberg (Lwów): Fauna warstw mioceńskich w okolicy Tarnobrzega.

4) Prof. Dr. T. Wiśniowski (Lwów): Z geologii okolic Dobromila.

5) Doc. Dr. J. Grzybowski (Kraków): O stosunkach geologiczno-tektonicznych Borysławia.

6) Doc. Dr. W. Teisseyre (Lwów): O pokładach naftonośnych w Rumunii.

Sekcya anatomiczno-zoologiczna (IV):

1) Dr. E. Fiatau (Warszawa): O drogach piramidalnych (z demonstracyami).

2) J. Ejsmond (Warszawa): Z badań cytologicznych.

3) J. Tur (Warszawa): Badania porównawcze nad wczesnymi okresami rozwoju u gadów i ptaków.

4) Dr. K. Kwietniewski, doc. Uniw. w Padwie: Badania nad macicą męską u gryzoniów.

5) S. Czerski (Lwów): O listkach zarodkowych u owadów.

6) Tenże: Przyczynki do anatomii mięczaków różnonogów.

7) J. Hirschler (Lwów): Badania nad regeneracyą poczwarek motyli.

8) J. Tokarski (Lwów): Badania nad przegrodą językową i w związku z nią znajdującymi się narządami u ssaków.

9) L. Bykowski (Lwów): Przyczynki do znajomości opon mózgowych u ryb.

10) Prof. Dr. J. Nusbaum (Lwów): Badania nad regeneracyą wieloszczetów.
11) Tenże: Przyczynki do anatomii ryb kostnoszkieletowych.
12) W. Schreiber (Tarnopol): Przyczynki do kwestyi regeneracyi u ryb.

Sekcya przyrodniczo-rolnicza (VI):

Tematy obrad: 1) Sprawa wyższego wykształcenia rolniczego ref. Prof. Dr. W. Klecki (Kraków).
2) Metodyka doświadczeń rolniczych polowych, ref. Prof. Mikułowski-Pomorski (Dublany).
Wykłady:
1) Dr. Wize: O grzybkach owadobójczych.
2) Dr. Pawlik (Dublany): Wydatność pracy robotnika rolnego w stosunku do rodzaju pożywienia.
3) Dr. J. Kosiński (Chojnowo): O heliodynamografie własnego pomysłu (z demonstracyami).
Nadto wykłady zastrzegli: Prof. Dr. Rogójski i Prof. Dr. Jentys (Kraków).

Sekcya techniczna (VII):

1) Dr. J. Blauth (Lwów): Wpływ osuszania mieszkań i gruntów.
2) W. Gorecki (Lwów): O rzeźni miejskiej we Lwowie.
3) Prof. J. Lewiński (Lwów): Higiena mieszkań.
4) J. Obmiński (Lwów): Higiena domów robotniczych,

(C. d. n.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 10 marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych, miał wykład kol. prof. Bujwid „O doświadczeniach nad gruźlicą ludzką u bydła“

* Wydział gospodarczy X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich rozesłał obszerniejsze umotywowanie tych powodów, które go skłoniły do powzięcia w d. 2 marca b. r. uchwały, odraczającej Zjazd i Wystawę do czasu, w którym ogólne położenie polityczne umożliwi jego odbycie.

* Doc. Dr. Ludomił Korczyński otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

* Komitet wykonawczy Instytutu zapomogowego dla wdów i sierot po lekarzach, istniejący przy Związku austryackich Towarzystw lekarskich w Wiedniu, zwołał w niedzielę (6 b. m.) zgromadzenie delegatów, na którem pp. Dr. Svetlin, Dr. Loew i Dr. Adler zdali sprawę ze swych usiłowań. Szczegółów z tego posiedzenia jeszcze nie mamy; atoli pewną już jest rzeczą, że powiodło się Komitetowi zjednoczyć Towarzystwa lekarskie w Austryi, że roczna zapomoga rządowa jest już zapewniona i że wydatne kwoty wpłyną z własnych zabiegów tak, że rozdział zapomóg rozpocznie się prawdopodobnie już w końcu roku bieżącego lub w początkach przyszłego. Do Instytutu tego wpisani zostali wszyscy członkowie obu Izb galicyjskich, a szczegóły i warunki tego należenia zostały ogłoszone przez prezydenta Izby zachodnio-galicyjskiej, Dr. Walczyńskiego, w N. 2-gim »Sprawozdań z czynności Izb lekarskich galicyjskich«.

* Liczba lekarzy, powołanych przez rząd rosyjski na azyatycki plac wojny, jest bardzo znaczna: z samego Królestwa Polskiego pojedzie przeszło 300, z Petersburga 110, z Odesy przeszło 100. Nie mniej prawdopodobnie powołano i z innych okręgów. Przeważna część udała się do Mandżuryi, innych skierowano do Turkiestanu.

* Dr. Józef Zduń obchodzi d. 19 b. m. pięćdziesiątą rocznicę otrzymania dyplomu doktorskiego. Sędziwemu jubilatowi przesyłamy serdeczne życzenia długiego jeszcze żywota, przyświecającego zawsze przykładem nieskazitelności i pracy.

* Dr. Langie zawiadamia nas, że na konkurs literacki, ogłoszony przez redakcyę »Głosu lekarzy« na tematy o położeniu materyalnem różnych grup lekarzy, wpłynęło 7 prac, które rozpatruje sąd konkursowy, złożony z Dr. Festenburga, prof. Kadyja, Dr. Mańkowskiego, Dr. Meyera, Dr. Wątorka i prof. Ziembickiego. Orzeczenie i nagrodzenie najlepszych prac nastąpi już w tych dniach.

* Komitet paryski, przygotowujący międzynarodowy Kongres dla walki z gruźlicą, którego termin był oznaczony na październik b. r., wystąpił z wnioskiem odraczającym o rok jeden, a to z powodu, że w r. bieżącym w tymże czasie odbywać się będzie wystawa międzynarodowa w St. Louis, oraz że w tem mieście zbierze się właśnie w październiku międzynarodowy Kongres przeciwgruźliczy.

* Zarząd sanitarny departamentu Gard wyznaczył lekarzom taksę za szczepienie w wysokości 25 centymów od osoby. Szczepienie ma się odbywać w mieszkaniu szczepionego i za to wynagrodzenie (25 centymów) ma lekarz odbyć po 8 dniach drugą jeszcze wizytę dla kontroli. Zatem jedna wizyta wypada po $12^1/_2$ centymów, a 1 centym równa się mniej więcej jednemu halerzowi. Wiadomość tę wyczytaliśmy w Nr. 14 »La Presse médicale«, a podajemy ją ze względu na rozpowszechnione u nas mylne przekonanie, że tak złych warunków, w jakich pracują lekarze galicyjscy, chyba żaden kraj nie posiada. Nie mniej mylnem jest przekonanie lekarzy naszych o dobrobycie lekarzy rosyjskich: znakomity rosyjski psychiatra, prof. Sikorskij, ogłosił przed 10 laty rozprawę o samobójstwach w Rosyi, z której wypadło, że ze wszystkich zawodów najwięcej samobójstw popełniają lekarze. Prof. Sikorskij nie pozostawił tego faktu statystycznego bez wyjaśnienia: według niego główną i jedyną przyczyną tak częstych samobójstw lekarzy w Rosyi jest niezadowolnienie z życia, spowodowane niedostatkiem, uniemożebniającym zaopatrzenie się w to wszystko, czego wymaga serce i umysł człowieka z wykształceniem uniwersyteckiem. Na podstawie najwiarogodniejszych liczb utrzymuje prof. Sikorskij, że przeciętny dochód lekarza rosyjskiego wynosi 600 rubli rocznie. Wielu kolegów w Galicyi zdziwi się, gdy się dowie, że prymaryusze szpitalni w Królestwie gorzej są płatni, niż sekundaryusze w Galicyi, a niektórzy z nich, ludzie znani w nauce i piśmiennictwie, pełnią obowiązki prymaryuszów zupełnie bezpłatnie. Więc zgoda zupełna na to, że u nas źle się dzieje, ale fakty przytoczone świadczą, że nie gorzej, niż gdzieindziej i że tak jak u nas, tak na Zachodzie i Wschodzie Europy stan lekarski przechodzi krytyczne czasy i wszędzie walczy o lepsze jutro.

* Liczba słuchaczek medycyny w uniwersytetach szwajcarskich przewyższa liczbę słuchaczów, których jest w roku bieżącym 763 na 891 kobiet.

* »Deutsche medic. Wochenschrift«, dowiaduje się, że na opróżnioną katedrę prof. chirurgii w Dorpacie otrzymał zaproszenie docent dr. Lesser, warszawianin, stale przebywający w Lipsku.

* Między 16 a 22 lutego doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim (1 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), lwowskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), rawskim (2 gm.), skałackim (3 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (2 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Rille, prof. nadzwyczajny dermatologii w Lipsku, mianowany został prof. zwyczajnym Dr. Krawkow, prof. nadzw. farmakologii w Petersburgu, mian. został prof. zwyczajnym. Dr. Kenwood mian. prof. higieny w Londynie. Dr. Langley mian. prof. fizyologii w Cambridge. Dr. Szymański z Królewca mian. został kierownikiem strassburskiego zakładu dla doświadczeń nad zwalczaniem duru.

Nekrologia. Dr. Erazm Vlasák, prymaryusz szpitala na »Kral. Vinohradech«, spółredaktor »Časopisu lék. českých«, redaktor »Věstnika«, organu Izb. lekar. czeskich, mąż wielce zasłużony w piśmiennictwie lekarskiem, orędownik czeskich ideałów społeczno-narodowych, zakończył nagle życie d. 1 marca b. r. w Pradze, licząc lat 40. Nawiązane ze zmarłym stosunki podczas Zjazdów w Krakowie i Pradze dały nam poznać w ś. p. Vlasáku człowieka czynu, rozumu i zapału, owianego względem nas uczuciem braterskiem. Dzielimy szczerze żal kolegów czeskich po tej niepowetowanej stracie, bo i my tracimy w zmarłym serdecznego brata. Dr. Magnus Blix, fizyolog szwedzki, zmarł w 55 r. życia. Samuel Letz, magister chirurgii, zmarł we Lwowie.

Bibliografia:

— *Krytyka lekarska* Z. 3. Biegański: Neo-witalizm współczesnej biologii (c. d.). Kramsztyk: Ogłoszenia w pismach lekarskich. Bieliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.).

— *Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich* Z. 2. Sieradzki: Badania nad precypitynami. Świtalski: O neuromach

właściwych rdzenia i ich patogenezie. Dąbrowski: O mannicie i ptomainach w prawidłowym moczu ludzkim. Z. Orłowski: Wpływ arsenu na rozwój i skład chemiczny »Aspergilii nigri«. Piasecki: Wpływ pewnych rodzajów pracy mięśniowej na rytm serca.

Z. 4: Kodis: Fillody i ich układ w ziarnistej warstwie móżdżku. Bikeles: Wyniki badania patologiczno-anatomicznego dwóch przypadków urazowego uszkodzenia rdzenia lędźwiowego.

— *Kronika lekarska* Nr. 4. Andrzejewski: Krwotoczność zimnicza oraz o krwotokach i krwawieniach zimniczych (dok.). Niedzielski: Amputacya międzyłopatkowo-piersiowa (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 9. Żeleński: O niedokrwewności wieku niemowlęcego z obrzmieniem śledziony (dok.). Hertz: Gruźlica dziąseł (dok.).

— *Głos lekarzy* Nr. 5. Przymus leczenia. — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych. — Ambulatorya bezpłatne. — Organizacya prasy lekarskiej. — Opinie Izb lekarskich w sprawie tytułu specyalisty. — Z debat sejmowych w sprawach sanitarnych. — Odezwa do lekarzy więziennych. — Ustawy i rozporządzenia sanitarne. — W sprawie tłumienia epidemii. — Korespondencye. — Odcinek.

— *Gazeta lekarska* Nr. 9. Koelichen: O przewlekłem postępującem porażeniu zewnętrznych mięśni oczów. Biernacki: O rzekomem krwiotwórczem działaniu arszeniku (dok.). Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych skóry w *herpes progenitalis* (c. d.).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 3. Zarzycki: O kanalizacyi m. Lwowa.

— *Nowiny lekarskie* Nr. 3. Gerżabek: O znaczeniu pozycyi Walcherowskiej w położnictwie. Przewoski: Działanie naftaliny w chorobach pęcherza.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 2. Spilka: Fickerowo typhusdiagnosticum a reakce Gruber-Widalova. Hynek: O ankylostmiase.

— *Sborník klinický* Nr. 3. Libenský: Dorsální auskultace srdeční a její diagnostický význam. Sitta: Alimentarní laevulusorie při organických chorobách jater. Vanýsek: Příspěvek ku kasuistyce chronické otravy sirouhlikiem.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 9. Prokop: Vzácný případ zumyslného sebezranění oyje. Heida: Narkosa inhalační.

— *La Presse médicale* N. 16. Od redakcyi: Uczczenie prof. Boucharda. Lavarenne: Rada municypalna m. Paryża. Sprawozdanie ogólne budżetu opieki społecznej na rok 1904.

N. 17: Rosenthal: Niedodma, leczenie jej gimnastyczne i ćwiczenia w oddechaniu. Diffloth: Sprawa mleka z punktu zootechnicznego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 9. Römer: Wpływ prądu galwanicznego na jad tężcowy, na antytoksynę tężcową i na jad i antytoksynę zmieszane razem. Behring: Odpowiedź na powyższy artykuł. Stern i Korte: Wykazanie bakteryobójczego odczynu w surowicy krwi chorych durowych. Arrhenius: Przyczynek do teoryi połączeń toksyny z antytoksyną. Ehrlich: Tymczasowe uwagi nad doniesieniem Arrheniusa: »Przyczynek do teoryi wzajemnego nasycenia się toksyn i antytoksyn«. Plachte: »Megaloerytema« nagminna. Rzętkowski: Przyczynek do sprawy osmotycznego parcia wysięków i przesięków.

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 9. Stiassny: Działanie urazu niższych stopni zimna na rany pokryte ziarniną, jako przyczynek terapeutyczny. Knöpflermacher: Cukrzyca pokarmowa i obrzęk śluzakowy. Kurt Frank: Przewlekła pląsawica postępująca. Mann: Przyczynek do nauki o padaczce korowej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 9. Znachodzenie się lewulozy w wodzie płodowej. Schottelius: Bakteryologiczne badania odrowego zapalenia spojówek. Rüdel: Odrowa osutka na błonie śluzowej. Credé: Podskórne odżywianie białkiem. Brüning: Wrodzony jednostronny olbrzymi rozrost. Friedemann: Krwiak czaszkowy u starszych dzieci. Boseck: Działanie atropiny w mechanicznej niedrożności jelit. Klaussner: Sprawozdanie z chirurgicznego oddziału monachijskiej uniwersyteckiej polikliniki za r. 1903. Fehling: Owaryotomia u kobiet ciężarnych. Kraft: Narzędzia do zdjęć röntgenograficznych dla użytku lekarzy praktyków. Fromherz: Jak żyć można w Egipcie? Becker: Egipt a gruźlica. Köster: Osobliwe zaburzenie środkowego czucia smaku (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 9. Schmidt: Postrzał śrutem a tężec przyranny. Bachauer: Tarcza zastoinowa po urazie czaszki. Hampeln: Ton tętniczy w łuku tętniczym dłoni. Schütze: Niwecznik przeciw rozczynowi steapsyny. Dungern: Przyczynek do poznania stosunków ilościowych przy łączeniu jadu błoniczego z surowicą przeciwbłoniczą (dok.). Brasch: Leczenie gruźlicy hetolem.

Nr. 0: Hoffa: Znaczenie tkanki tłuszczowej dla patologii stawu kolanowego. Reckzech: Analiza niemiarowego tętna. Körmöczi i Jassniger: Zużytkowanie inoskopii Jousseta. Korn: Kurczowe zwężenie odźwiernika i rozstrzeń przepuszczająca. Tourneau: Trzy przypadki tężca. Eller: Przypadek przepukliny oponowej po porodzie kleszczowym. Schanz: Zmienność gonokoków. Schütze: Niwecznik przeciw rozczynowi steapsyny (dok.).

Redakcya otrzymała. Sprawozdanie krakow. ochotniczego Towarzystwa ratunkowego z czynności w r. 1903. — Bogdanik: Przypadek przebicia macicy przy zbrodniczem spędzaniu płodu.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 9 (od 28/II do 5/III) **urodziło** się dzieci: żywo: chł. 38, dz. 30; nieżywo: chł. , dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 20, kob. 18; zamiejscowych: męż. 17, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 7. 3) zapalenie płuc: miej. 7, ob. 5. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 2. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 10, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 3, ob. 8. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem** miej. 38, obcych 29.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 16 marca, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Bier mówić będzie: „O zasadach oświetlania szkół i higienicznych metodach fotometryi". Prelegent uzupełni wykład demonstracyami.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 554.

Konkurs.

Wydział powiatowy w Sanoku rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Mrzygłodzie z płacą roczną 1200 koron, ryczałtem na objazdy rocznie w kwocie 700 koron, tudzież ewentualnie dopłatą przez pierwszych 5 lat, od mianowania licząc po 300 koron.

Okręg w Mrzygłodzie obejmuje następujące miejscowości: Mrzygłód, Liszna, Tyrawa solna, Wola krecowska, Siemuszowa, Hołuczków, Tyrawa wołoska, Rakowa, Hłomcza, Łodzina, Dębna, Międzybrodzie, Trepcza, Dąbrówka polska, Dąbrówka ruska, Żabłotce, Czerteż, Srogów dolny, Srogów górny z Jurowcami i Popielami, Falejówka, Raczkowa, Sanoczek, Płowce — z ludnością 12.563 głów i obszarem 155.02 klm.

Podania o tę posadę należy wnieść do Wydziału powiatowego w Sanoku w przeciągu 30 dni, zaopatrzone w świadectwa.

1) dostatecznej fizycznej zdatności, stwierdzonej przez c. k. lekarza powiatowego;

2) że petent posiada prawo obywatelstwa austryackiego;

3) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

4) nieskazitelnego charakteru;

5) znajomości języków krajowych;

6) świadectwa praktyki przynajmniej dwuletniej w zawodzie lekarskim.

Lekarz okręgowy w Mrzygłodzie będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Z Wydziału Rady powiatowej
w Sanoku dnia 3-go marca 1904 roku.

L. 337.

Konkurs

Wydział Rady powiatowej w Żywcu rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Jeleśni.

Posada ta na razie prowizorycznie zostanie nadaną.

Do okręgu sanitarnego należą następujące miejscowości powiatu Żywieckiego:

Jeleśnia, Koszarawa, Przyborów, Korbielów, Krzyżowa, Sopotnia wielka, Sopotnia mała, Juszczyna, Przyłęków, Świnna, Pewel wielka, Pewel mała, Hucisko, Mutne i Rychwałdek z ludnością 16.890 dusz.

Lekarz okręgowy pobierać będzie płacę z funduszów powiatowych, wynoszącą rocznie 1200 koron, płatną przez Wydział powiatowy w ratach miesięcznych z góry i ryczałt na koszta podróży, ustnnowiony przez Wydział krajowy rocznie w kwocie 600 k.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego, musi posiadać warunki, wymagane § 7 ust. z d. 2 lutego 1894 r. N. 17. Dz. u. kr.

Obowiązki lekarza okręgowego są bliżej określone w instrukcyi służbowej, wydanej przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym na zasadzie § 14 powyżej powołanej ustawy.

Prócz tego będzie miał lekarz okręgowy obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Dotyczące podania należy wnosić najpóźniej do dnia 1-go kwietnia 1904 r. do Wydziału Rady powiatowej w Żywcu.

Wydział Rady powiatowej.

Żywiec, dnia 25 lutego 1904.

Rok XLIII. Kraków 19 Marca 1904. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Jeszcze słów kilka o rozlanym przeroście gruczołu piersiowego.

Podał
Dr. Bernard Engländer
lekarz chorób kobiecych i akuszer w Krakowie.

Przed niespełna trzema laty [1]) miałem sposobność pisać o rozlanym przeroście gruczołu piersiowego u kobiety. Dziś zamierzam nietylko podać kilka ważniejszych szczegółów z przebiegu i leczenia tego cierpienia, nietylko dołączyć do rozpoznania klinicznego wynik badania drobnowidowego, ale bardziej jeszcze chodzi mi o to, by odpowiedzieć na pytanie, czy rozlany przerost gruczołu piersiowego u kobiety stoi w pewnym związku z jej wewnętrznemi częściami rodnemi, czy powoduje on zaburzenia w miesiączkowaniu i czy ostatecznym wynikiem tego przerostu jest zanik tak ważnego u kobiety narządu, jakim jest macica.

Już wtedy [2]) wypowiedziałem przypuszczenie, że leczenie, które w tych nielicznych przypadkach stosowano, a którego i ja próbowałem (jodek potasowy, opatrunek uciskowy, tabletki z wyciągu gruczołu sutkowego), nie zdoła wywrzeć wybitnego wpływu na zmniejszenie się nadmiernie powiększonego sutka. Pacyentka używała wewnętrznie dłuższy czas jodek potasu (10:200) w ilości 12 flaszek, jakoteż tabletki z *mamma siccata* [3]) bez najmniejszego polepszenia. Wprawdzie pod wpływem tego leczenia (jodek potasowy, odstawienie dziecka, stały ucisk sutka, tabletki z gruczołu piersiowego wysuszonego) zmniejszył się nieco z początku sutek, a mianowicie w tym samym stosunku, co lewy zdrowy sutek — dawniej prawy 52 i 60 ctm., lewy 46 i 47 ctm, obecnie prawy 47 i 54 ctm., lewy 38 i 40 ctm.; nie można więc zmniejszania się sutka chorej uważać za wynik dotychczasowego leczenia, ale należy je odnieść bezsprzecznie do zjawiska fizyologicznego, mianowicie do zwijania się połogowego, wskutek zaniku zdolności wydzielniczej gruczołu w następstwie niekarmienia, jako zabiegu leczniczego, co dalsze spostrzeganie tego przypadku dostatecznie wyjaśnia.

Wkrótce czuła się chora znów w stanie błogosławionym, wystąpiły lekkie zaburzenia żołądkowe, co mnie skłoniło do zaprzestania dotychczasowego leczenia. Podczas ciąży z przebiegiem zupełnie prawidłowym powiększyły się znowu oba sutki do dawnej objętości, pojawiła się siara, a po szczęśliwym porodzie (z rzędu 3-cim) chłopca donoszonego — mleko. Znów zaleciłem odstawienie dziecka, opatrunek uciskowy, co chora zresztą chętnie wykonała.

W 13 miesięcy po ostatnim porodzie dnia 20/III 1903, kiedy miałem sposobność chorą znowu widzieć, badanie przedmiotowe dało wynik następujący: Wymiary prawego sutka od 4 żebra do dolnego bieguna guza (przy sutku wiszącym) 52 ctm., od stosu pacierzowego do linii środkowej ciała z przodu 58 ctm, te same wymiary lewego sutka 38 i 40 ctm. Zresztą sutek zachowuje się tak, jak to już poprzednio opisałem [4]).

Do końca roku 1902 powiększony sutek nie sprawiał chorej, prócz pewnego nieprzyjemnego uczucia ciężkości na piersiach, żadnych dolegliwości i to było też powodem, dlaczego przed trzema laty nie chciała się zgodzić na moją radę odjęcia całkowitego chorobowo zmienionego sutka. Z początkiem jednakże tego roku mimo leczenia stan się zmienił na niekorzyść pacyentki; wystąpiły silne bóle i uczucie gorąca w chorym sutku, które nawet po podaniu morfiny nie ustępowały. Dnia 20/III 1903 znowu odwiedziła mnie chora, skarżąc się na nieznośne bole sutka prawego; przy badaniu stwierdziłem nietylko silne bole, ale także powiększenie gruczołów pachowych, które wprawdzie były miękkie, niebolesne, łatwo przesuwalne, jednakże skłoniły mnie do tego, że usilnie namawiałem chorą do zabiegu operacyjnego, co mi się też udało, aby z jednej strony uwolnić chorą od nieznośnych, wyniszczających bolów, z drugiej strony przeszkodzić wrastaniu guza w otoczenie, co miało niemałe znaczenie dla mającego się wykonać zabiegu operacyjnego i dla dalszego rokowania.

Jak przed wystąpieniem gruczołów pachowych rozpoznanie zdawało się być zupełnie pewne, tak obecnie pewność nasza została zachwianą. W tym przypadku mogą być trzy możliwości: 1) albo mamy tu do czynienia z guzem dobrotliwym, 2) albo z guzem z początku dobrotliwym, który jednakże w ostatnich miesiącach przemienił się w złośliwy, albo 3) z guzem od samego początku złośliwym. Tego chcieliśmy dojść i skoro szef mój, ś. p. prof. Trzebicky, w oddziele swym w szpitalu powszechnym krajowym św. Łazarza w Krakowie wykonał w dniu 1 kwietnia 1903 r. amputacyę powiększonego sutka wraz z doszczętnem wyłuszczeniem gruczołów pachowych, wykroiliśmy z rozmaitych miejsc amputowanego sutka kawałki w celu dokładnego zbadania pod drobnowidem. Samą operacyę powitałem z prawdziwem zadowoleniem, ponieważ dała mi sposobność zrealizowania długo żywionego życzenia stwierdzenia budowy i charakteru tego guza badaniem drobnowidowem, zwłaszcza, że dotychczasowe wzmianki wielu

[1]) Wien. klin. Wochenschrift, 1901, Nr. 3.
[2]) Wien. klin. Wochenschrift, 1901, Nr. 3.
[3]) Tabletek tych dostarczyła mi łaskawie firma E. Merck w Darmstadzie, za co składam jej podziękowanie.
[4]) Wien. klin. Wochenschrift, 1901. Nr. 3.

autorów [5]) o budowie mikroskopowej takich guzów różnią się znacznie między sobą, a sądziłem, że uda mi się o tej sprawie coś więcej powiedzieć.

Na podstawie badania mego przypadku i opierając się na wzmiankach w literaturze [6]), mogę z pewnością powiedzieć, że cierpienie opisane, nie zawsze daje jednaki obraz mikroskopowy, że jednakże charakter złośliwy jego wykluczyć stanowczo należy.

Czas pooperacyjny przeszedł bez podniesienia ciepłoty. W ósmym dniu zmieniono opatrunek. Znaleziono rychłozrost. Założono lekki opatrunek aseptyczny. W tym samym dniu opuściła chora oddział. Przed kilkoma tygodniami widziałem ją w mieście zupełnie zdrową. W okresie, w którym się poddała operacyi, najmłodszy jej syn miał 13 miesięcy. Należy podnieść, jako fakt niezmiernie ważny dla tego cierpienia, że chora zawsze regularnie miesiączkowała, co ma miejsce do ostatniej chwili (październik, 1903 r.)

Badanie makroskopowe. Sutek amputowany waży 5 kg. i przedstawia się jako gruczoł piersiowy w całości powiększony. Pojedyncze silnie powiększone płaty gruczołowe dadzą się łatwo wyczuć, a za uciskiem wydzielają mleko. Na górnym biegunie guz ten przechodzi w pojedyncze guzki mniejsze, gładkie, okrągłe, wielkości orzecha lub jaja. Zbitość całego guza jest równomiernie elastyczna, nigdzie nie można wyczuć zgrubienia lub chełbotania. Przy przecinaniu ma się uczucie trzeszczenia, które się udziela ręce od twardszych miejsc guza. Na przekroju widzieć można różnobarwne, białe, żółte, rdzawe, jużto okrągławe, jużto owalne albo podłużne miejsca, z tych białe są twardsze. Cała powierzchnia przekroju pokrywa się masą lepką, klejowatą, tu i ówdzie pokazują się żółte punkty, których liczba za uciskiem się zwiększa, głównie przy obwodzie guza. Te żółte punkty składają się z masy żółtej, która wypełnia przewody istniejących jeszcze płatów gruczołowych, spełniających w części swą funkcyę fizyologiczną przed operacyą. Prócz tego znaleźć można małe przestrzenie, wypełnione tą samą masą, która składa się mikroskopowo z kuleczek tłuszczu i kryształków lecytyny. Niektóre, szczególnie znajdujące się na górnym biegunie amputowanego guza mniejsze guzki dadzą się z łatwością z torebki łącznotkankowej wyłuszczyć.

Wyłuszczone gruczoły chłonne pachowe są soczyste, powiększone, na przekroju w krew obfite; makroskopowo nie widać w nich żadnej tkanki patologicznej.

Badanie mikroskopowe [7]). Kawałki, użyte do badania drobnowidowego, utrwalono w zgęszczonym roztworze sublimatu, zabarwiono w wodnym roztworze hematoksyliny ałunowej, zatopiono w parafinie, następnie sporządzono z nich skrawki grubości 10 μ, poczem podbarwiono je wodnym roztworem barwika „bordeaux“.

Większa część skrawków, sporządzonych z rozmaitych części guza, przedstawia obraz tak obfitego podścieliska łącznotkankowego, że właściwego miąższu gruczołowego prawie ani śladu niema, podczas gdy w innych skrawkach znajdują się gruczoły w miernej ilości. W partyach, pozbawionych właściwych gruczołów, znajdujemy podłużne pasy tkanki łącznej włóknistej obok ognisk tkanki siateczkowatej, między tymi zaś gdzieniegdzie poprzecznie przecięte przewody gruczołowe, wypełnione grudkami jednolitemi bez żadnej budowy i rozpadającemi się komórkami nabłonkowemi i naczynia krwionośne, otoczone naciekiem komórkowym. Ten składa się z komórek jedno- i wielojądrzastych. Pierwsze są dwojakiego rodzaju: małe i wielkie komórki, z których ostatnie tem się odznaczają, że ich gruboziarnista protoplazma silnie się na czerwono zabarwiła barwikiem „bordeaux“. Największe podobieństwo mają te większe komórki do komórek tucznych; jaką rolę one tu odgrywają i jakiego są pochodzenia, trudno mi powiedzieć.

Jeśli sobie uprzytomnimy przebieg tego cierpienia, to widzimy, że pacyentka nasza przez dłuższy czas cierpiała na powierzchowne owrzodzenia chorego sutka, które się jeszcze raz powtórzyły. Jest więc rzeczą jasną, że z temi w parze iść musiało zapalenie przewlekłe i że naciek drobnokomórkowy około naczyń można uważać za wynik owego zapalenia. Ribbert [8]), zajmując się obszernie sprawą zapalenia, wypowiada o pochodzeniu komórek, spostrzeganych w naciekach przewlekłych, zdanie, że komórki wielojądrzaste, leukocyty, pochodzą z krwi, która czerpie je ze szpiku, jednojądrzaste zaś powstają na miejscu i należy je uważać za pochodzące z pierwiastków stałych, a mianowicie śródbłonków naczyń i przestrzeni limfatycznych.

Na tych samych skrawkach widać jeszcze gdzieniegdzie w wiotkiej tkance łącznej ogniska obumarłe, jakkolwiek nieliczne; w ogniskach tych są gromadki okrągłych, drobnych komórek, których jądra się bardzo źle barwią.

W skrawkach, pochodzących z innych części badanego guza, występuje już wyraźniej miąższ gruczołowy, nie dają one jednakże obrazu prawidłowego gruczołu sutkowego, gdyż widzimy i tu podścielisko łącznotkankowe tak bardzo rozwinięte, że właściwie co do ilości niemal przeważa ono nad właściwą tkanką gruczołową. Wśród tkanki łącznej włóknistej i luźnej siateczkowatej rozsiane leżą podłużnie wyciągnięte, drzewkowato się rozgałęziające gruczoły, które w niektórych miejscach układają się w małe zraziki. Wyścielone są one wszędzie wzdłuż całego swego przebiegu nabłonkiem jednowarstwowym, który nigdzie nie przechodzi w bujanie atypowe. W niektórych miejscach znowu przechodzą gruczoły te w małe torbielki, wyścielone tym samym nabłonkiem. W otoczeniu gruczołów znajdują się naczynia krwionośne, otoczone wyżej wspomnianym naciekiem drobnokomórkowym; gdzieniegdzie widać przewody gruczołowe. Wyłuszczone gruczoły chłonne pachowe są wprawdzie przerosłe, soczyste, przekrwione, mikroskopowo jednak nie znajdujemy w nich żadnych składników obcych (przerzutów mięsakowych lub rakowych).

* * *

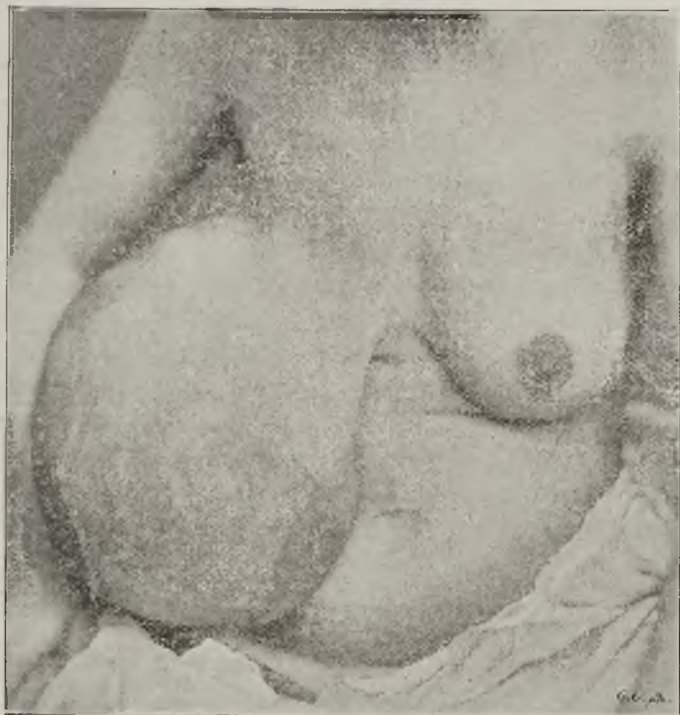
Pozostaje nam jeszcze odpowiedzieć na pytanie, któreśmy sobie zadali z samego początku, a które właściwie skłoniło nas do napisania tych kilku słów, mianowicie, czy opisane cierpienie wywiera pewien wpływ na miesiączkowa-

[5]) i [6]) Wien. klin. Wochenschrift, 1901, Nr. 3.

[7]) Preparaty mikroskopowe raczył łaskawie przeglądnąć prof. anatomii patolog. Dr. Stan. Ciechanowski, za co na tem miejscu serdeczne podziękowanie mu składam.

[8]) Ribbert: Deutsche med. Wochenschrift, 1889. Nr. 6; Centralblatt f. allg. Pathologie, I. 1890, Seite 677; Ziegler's Beitraege. Bd VI, 1889, S. 187.

nie, czy sprowadza w końcu zanik mięśnia macicznego? Aby na to dać dokładną odpowiedź, pozwolę sobie przytoczyć kilka ważniejszych szczegółów z przebiegu tego cierpienia. Pacyentka, licząca lat 36, miesiączkowała zawsze aż do obecnej chwili prawidłowo, z wyjątkiem okresu kilkuletniego, w którym cierpiała na błednicę[9]). Już w czasie, kiedy sutek zaczął się coraz więcej powiększać, trzy razy rodziła siłami natury. Podczas ciąży oba sutki zwiększały się, wydzielały mleko; jednakże czynność wydzielnicza sutka chorego była o wiele słabsza, niż sutka lewego, zdrowego. Po porodach, ponieważ chora, stosując się do mego zalecenia, nie karmiła, wydzielanie się mleka ustało, czego następstwem było nieznaczne zmniejszenie się obu sutków.





[9]) Patrz ogłoszony przypadek w „Wien. klin. Wochenschrift", 1901, Nr. 3.

Wkrótce potem nastąpił znowu rozrost sutka do stanu, który widzimy na załączonych obrazach fotograficznych. (*Fig. 1 i 2*).

Na podstawie wywiadów, przebiegu cierpienia i badania drobnowidowego sądzę, że jestem uprawniony do wniosku, iż rozlany przerost gruczołu piersiowego nie stoi w żadnym związku z miesiączkowaniem, ani też nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu na czynność fizyologiczną wewnętrznych narządów płciowych, nie sprowadza więc zaniku macicy.

Mogę więc moje dawniejsze przypuszczenie[10]), mimo zdań przeciwnych Billrotha, Fränkla i Scheina w zupełności potwierdzić.

II. Krótki pogląd na obecny stan techniki chirurgicznej w Stanach Zjednoczonych Ameryki na podstawie własnych spostrzeżeń.

Podał
Dr. Roman Barącz
Docent chirurgii Uniwersytetu lwowskiego.

(Dokończenie).

Wyłuszczenie wysoko usadowionych nowotworów odbytnicy. Dr. R. F. Weir w Roosevelt Hospital wyciął wysoko usadowionego raka na granicy odbytnicy i zagięcia esowatego zmodyfikowanym przez siebie sposobem Maunsella z Nowej Zelandyi. Sposób ten, mniej znany u nas, zasługuje na większe uwzględnienie, ponieważ ocala dolny odcinek odbytnicy. Sposób Maunsella polega na otwarciu jamy brzusznej powyżej spojenia łonowego, oddzieleniu szerokiem otrzewnej od części jelita, zajętej nowotworem, ściągnięciu nowotworu na zewnątrz przez rozszerzony palcami odbyt lub po przecięciu odbytnicy aż do kości ogonowej, zatem wynicowaniu jelita wraz z nowotworem, resekcyi części zajętej nowotworem, szwie okrężnym od strony błony śluzowej, wciągnięciu tak zaszytego jelita do góry, zaszyciu otrzewnej i zaszyciu powłok brzusznych.

Operacya odbywa się w położeniu Trendelenburga przy użyciu specyalnego rozwieracza rany laparotomijnej i wprowadzeniu specyalnego retraktora kiszkowego.

Weir zmodyfikował sposób Maunsella o tyle, że po przecięciu otrzewnej i oddzieleniu zajętej nowotworem części jelita aż do kości ogonowej i od przedniej części gruczołu krokowego, podwiązuje tętnicę odbytnicową górą *(a. haemorrhoidalis superior)*, przecina podwójnie podwiązane jelito ponad i pod nowotworem i wyłuszcza nowotwór od strony jamy brzusznej; przyżega błonę śluzową kikutów resekowanych czystym kwasem karbolowym; następnie wciąga najpierw obwodowy koniec przeciętego jelita na zewnątrz przez odbyt, rozszerzony palcami asystenta, wreszcie wynicowuje na zewnątrz podwiązany górny koniec jelita. Po zeszyciu wpochwionych w siebie resekowanych końców, wciąga miejsce szwu od strony jamy brzusznej, zaszywa otrzewnę i powłoki brzuszne.

Zmodyfikowana przez Weira metoda Maunsella ma te korzyści, że pozwala wyłuszczać doszczętnie i bezkrwawo nowotwory, wysoko w odbytnicy usadowione, że zabezpiecza kontrolę nad oddawaniem kału przez utrzymanie

[10]) Wien. klin. Wochenschrift, 1901, Nr. 3.

dolnego końca odbytnicy i że ułatwia założenie szwu kiszkowego na wpochwionych w siebie resekowanych końcach.

Operacya na narządach moczopłciowych. Wobec chirurgicznych chorób nerek znajdują w Ameryce zastosowanie wszystkie znane sposoby badania, mające na celu wykazanie sprawności drugiej nerki, zatem: obmacywanie, cewnikowanie moczowodów, próba florydzynowa, kryoskopia krwi, a nawet najnowsze sposoby oddzielnego zbierania moczu z obu połów pęcherza przez przegrodzenie go separatorem. Nadto prawie w każdym przypadku, a osobliwie w przypadkach, podejrzanych na kamicę dróg moczowych, zdejmują obrazy Röntgenograficzne. Dzięki ulepszonym przyrządom daje się umiejscowienie kamieni nerkowych oznaczyć bardzo dokładnie, co znowu wpływa na ułatwienie i uproszczenie zabiegów chirurgicznych.

Z operacyi na nerce byłem obecny przy wykonaniu kilku nefropeksyi i pyelotomii.

Nefropeksyę wykonują Amerykanie najwięcej sposobem G. M. Edebohlsa (Nowy York). Sposób ten opiszę szczegółowiej, ponieważ mniej jest u nas znany. Chorego układa się na brzuchu z grzbietem, podniesionym przez podłożenie pod górną część brzucha specyalnej wałkowatej poduszki powietrznej, przez co wypukla się grzbiet, a łuki żebrowe oddalają się od grzebienia kości biodrowej. Cięcie prowadzi się na bocznym brzegu mięśnia prostującego kadłub (*m. erector trunci*) od 12 żebra aż do grzebienia kości biodrowej. Włókna mięśnia szerokiego grzbietu przedziela się na tępo wzdłuż bocznego brzegu mięśnia prostującego kadłub bez otwierania jego powięzi. Następnie przecina się powięź poprzeczną, ochraniając o ile możności nerw biodrowo-podbrzuszny (*ileohypogastricus*). Przecina się pochwę mięśnia czworobocznego lędźwi, począwszy od 12 żebra aż do grzebienia kości biodrowej. Nerkę oddziela się na tępo wraz z torebką tłuszczową, wyważa się ją na zewnątrz i wycina torebkę tłuszczową. Nerkę i górną część moczowodu obmacuje się; w razie wskazań wykonuje się teraz nakłucie albo nacięcie. W razie powikłania sprawą chorobową w wyrostku robaczkowym*) nacina się otrzewnę na bocznym brzegu nerki, odprowadza napowrót nerkę, wyszukuje okrężnicę wstępującą (*caput coli*) i wycina albo wpochwia się wyrostek robaczkowy do kiszki ślepej. Po zaszyciu otrzewnej wyważa się napowrót i przyszywa nerkę. W tym celu nacina się na wolnym brzegu nerki jej torebkę właściwą podłużnie na zgłębniku rowkowanym na całej długości grzbietu nerki, oddziela torebkę aż do połowy nerki obustronnie. Teraz zakłada się cztery szwy, utwierdzające nerkę w ten sposób, że dwa szwy leżą na przedniej, a dwa na tylnej powierzchni nerki. Do szwu używa Edebohls katgutu chromowego, „silkworm", albo ścięgna kangura. Każdy szew przeszywa torebkę właściwą nerki blizko miejsca oddzielenia jej od miąższu nerkowego. Górne szwy zakłada się obustronnie w środku górnej połowy nerki, dolne w środku dolnej połowy. Każdy szew przeprowadza się zapomocą igły prostej Hagedorna w ten sposób, że przebija on najpierw torebkę od wewnątrz na zewnątrz w miejscu oddzielenia jej, następnie przechodzi pomiędzy miąższem nerkowym, a nieoddzieloną torebką zaraz na granicy załamka oddzielonej torebki na długości 3 ctm. równolegle do długiej osi nerki, następnie wykłuwa się go przez torebkę od zewnątrz na wewnątrz. Ośm wiszących końców nici przeprowadza się przez mięśnie głębokie na przednim i tylnym brzegu cięcia. Szwy dośrodkowe przeszywają powięź mięśnia czworobocznego lędźwi, mięsień czworoboczny i mięsień prostujący kadłub; szwy boczne powięź poprzeczną i mięsień szeroki grzbietu, wszystkie szwy przeszywają wreszcie ostatni mięsień. Przed związaniem tych szwów zaszywa się ranę w mięśniach i powięzi zapomocą 4—6 szwów węzełkowych w ten sposób, że powierzchnia ranna mięśnia czworobocznego lędźwi leży naprzeciw nerki. Teraz dopiero wiąże się szwy ustalające nerkę, przez co powierzchnia obnażona nerki zbliża się do obnażonego z powięzi mięśnia czworobocznego lędźwi. Chory leży przez 3 tygodnie.

Edebohls wykonał na 186 chorych 206 nefropeksyi swoim sposobem; przytem w 68 przypadkach przyszył obie nerki na jednem posiedzeniu, w 6 na 2 posiedzeniach; w 46 przypadkach usunął na tem samem posiedzeniu wyrostek robaczkowy przez wgłobienie; w 6 przypadkach amputował wyrostek robaczkowy; nadto w wielu przypadkach wykonał na tem samem posiedzeniu albo później inne zabiegi na tych samych chorych. Edebohls stracił 3 chore, niezależnie jednak od samego zabiegu. Śmiertelność w jego przypadkach = 1·55%.

Edebohls nie miał ani nawrotów choroby, ani też nigdy nie zauważył przepuklin lędźwiowych po tym zabiegu.

Podług metody Edebohlsa wykonali w mojej obecności kilka nefropeksyi Elliot i Mc Cosh w „Presbyterian hospital" w Nowym Jorku; Mc Cosh wyciął w 2 przypadkach także wyrostek robaczkowy; podwójna ta operacya w obu przypadkach dała się wykonać stosunkowo łatwo; resekowany wyrostek robaczkowy w obu przypadkach zawierał ropę.

Na tem miejscu muszę wspomnieć, że Edebohls pierwszy jeszcze przed kilku laty zwrócił uwagę na częste powikłania nerki wędrującej prawej ze sprawami zapalnemi w wyrostku robaczkowym. Edebohls tłómaczy to równoczesne występowanie obu spraw chorobowych w ten sposób: nerka wędrująca wywiera ucisk na dwunastnicę i głowę trzustki; przez to bywają uciśnięte górne naczynia krezkowe, przebiegające pomiędzy głową trzustki, a trzonami kręgów, a tem samem powstaje zastój żylny w wyrostku robaczkowym. Wskutek tego zastoju żylnego powstają zmiany patologiczne w wyrostku. Podług Edebohlsa u 60% chorych, cierpiących na nerkę wędrującą, znajdują się zmiany w wyrostku robaczkowym.

Murphy postępuje nieco w odmienny sposób: wykonuje on cięcie ukośne, drążące aż do torebki tłuszczowej, którą pozostawia i oddziela ostrożnie od niej nerkę. Po wyważeniu nerki nacina na wolnym brzegu i oddziela torebkę właściwą do połowy nerki. Następnie fałduje torebkę po obu stronach nerki i przeszywa od przodu i tyłu 3-ma szwami z grubego katgutu lub „silkwormu". Każdy z 6 szwów przeprowadza przez sfałdowaną torebkę po 2 razy, przez co tworzy się 6 par pętli; każdą z pętli przeszywa się przez głębokie mięśnie i wiąże pętle nad mięśniami. Przez to przybliża się obnażoną część nerki do głębokich mięśni. Ranę skórną zaszywa.

Chirurdzy amerykańscy, jak z powyższego okazuje się, zarzucili zupełnie metody nefrorafii, przy których sam miąższ

---

* Jeżeli idzie o nerkę wędrującą prawą.

nerkowy bywa ujęty w szwy; ograniczają się tylko do częściowej dekortykacyi nerki i wykonują nefropeksye w ten sposób, że oddzielona torebka nerkowa, przyszyta do głębokich mięśni grzbietu, przybliża obnażoną z torebki nerkę, przez co zrosty bywają o wiele silniejsze.

Wobec kamicy miedniczek nerkowych wykonują amerykanie najczęściej pyelotomię z natychmiastowem zaszyciem miedniczki nerkowej. Murphy wykonywa operacyę tę w sposób następujący: cięcie ukośne, jak do nefrektomii, tępe oddzielenie torebki tłuszczowej nerki bez naruszenia torebki właściwej, ostrożne wyważenie nerki na zewnątrz, odsłonięcie miedniczki nerkowej, dokładne oznaczenie położenia kamienia, nacięcie miedniczki, wydobycie kamienia, przekonanie się zgłębnikiem o drożności moczowodu, zaszycie miedniczki szwem z cieniutkiego jedwabiu, odprowadzenie nerki, szew powłok brzusznych bez sączkowania.

Wobec przerostu gruczołu krokowego chirurdzy amerykańcy skłaniają się do ogólnego przyjęcia operacyi doszczętnych, t. j. prostatektomii. Prostatektomia drogą międzykrocza zyskała najwięcej zwolenników i można powiedzieć, że przyjęta została tam, jako operacya typowa i operacya z wyboru; natomiat prostatotomia galwanokaustyczna, czyli tak zw. operacya Bottiniego, mało bywa wykonywaną.

Murphy (Chicago) wykonywa prostatektomię podtorebkową podobnie, jak to polecił Rydygier, z tą różnicą, że wyłuszcza cały gruczoł i zawsze usuwa wraz ze średnim płatem część tylnej ściany cewki moczowej. Chorego układa się w pozycyi, jak do cięcia kamienia. Następnie wprowadza się zgłębnik cewkowy rynienkowy Fergussona i pod jego kontrolą wykonywa się operacyę. Cięcie prowadzi się najpierw w kształcie podkowy, której ramiona sięgają do wysokości odbytu, następnie cięcie wzdłuż szwu międzykrocza; zatem cięcie w postaci *Y*. Oba cięcia pogłębia się aż do błoniastej części cewki moczowej. Do odbytnicy wprowadza się szeroki wziernik Simsa. Pod kontrolą palca nacina się w odbytnicy części miękkie pomiędzy cewką a odbytnicą i w ten sposób odsłania się gruczoł krokowy i oddziela go od odbytnicy. Gruczoł krokowy spycha się następnie ku dołowi zapomocą zgłębnika rowkowanego w pęcherzu, którego dziób obraca się ku dołowi. Następnie nacina się torebkę jednego płatu gruczołu krokowego równolegle do przebiegu cewki moczowej i wyłuszcza na tępo odpowiedni płat, ściągając go na dół hakami ostrymi i oddzielając nasadę gruczołu od jego strony górnej tylnej. Podobnie postępuje się z drugim płatem. Wreszcie odłuszcza się płat środkowy, starając się o ile możności nie nadwerężyć przedniej części jego, t. zw. przesmyku *(isthmus)*, albowiem ta nie przedstawia zmian chorobowych i nie powoduje jak wiadomo zatrzymania moczu. Natomiast usuwa się wraz z płatem środkowym tylną ścianę cewki moczowej. Pęcherza nigdy nie należy otwierać. Do pęcherza wkłada sączek przez ranę w międzykroczu na kilka dni. Ranę zmniejsza kilku szwami głębokimi z katgutu i powierzchownymi z „silkwormu“ i tamponuje ją częściowo gazą, napojoną tlenojodkiem bizmutu *(bismuthum subjodatum)*. W celu lepszego drenowania pęcherza układa chorego w pozycyi siedzącej na 5 dni, a po upływie tego czasu pozwala choremu wstawać. Po 5 dniach usuwa sączek z rany w międzykroczu i wkłada cewnik *à demeure*. Choremu podaje jako napój większą ilość wody, prócz tego fosforan sodowy i urotropinę, jako lek antyseptyczny. Prostatektomię nadłonową ogranicza Murphy do przypadków wyjątkowych z olbrzymim przerostem gruczołu krokowego. Droga przez międzykrocze jest według niego najprostszą, bezkrwawą, przytem najmniej uszkadza odbytnicę i sączkuje najlepiej pęcherz. W kilkunastu przypadkach, w ten sposób operowanych, miał Murphy bardzo zadowalające wyniki.

Jakkolwiek się nieda zaprzeczyć, że sposobem Murphyego daje się usunąć gruczoł krokowy doszczętnie, to jednak ma ta metoda te niekorzyści, że stanowi zbyt wielki zabieg i że rani przewody nasienne. Dlatego dałbym stanowczo pierwszeństwo metodzie, podanej przez L. Rydygiera jeszcze w r. 1900 na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich, t. j. śródtorebkowemu wyłyżeczkowaniu lub resekcyi śródtorebkowej gruczołu krokowego. Przez pozostawienie przedniej części płatu środkowego gruczołu przy sposobie Rydygiera przewody nasienne nie bywają naruszone, rzecz ważna osobliwie u osób młodszych, u których czynności płciowe są jeszcze zachowane; u osób starszych zaś jest zabieg sam znacznie łagodniejszym, aniżeli wyłuszczenie całkowite.

A. J. Ochner w Chicago, dawniej zwolennik prostatektomii nadłonowej, zarzucił ją prawie zupełnie na korzyść prostatektomii przez międzykrocze.

Willy Meyer jest również zwolennikiem prostatektomii drogą międzykrocza w zwykłych przypadkach. Przy powikłaniach jednak kamicą pęcherzową wykonywa on albo cięcie nadłonowe, które służy zarazem do wydobywania kamienia, albo też w ostatnich czasach wykonywa najpierw litotrypsyę z prostatotomią galwanokaustyczną sposobem Bottiniego na tem samem posiedzeniu. Ponieważ doświadczenie Meyera ogranicza się tylko do 3 przypadków, leczonych litotrypsyą z następową prostatotomią galwalnokaustyczną, dopiero przyszłość wykaże, który z dwóch wyżej podanych sposobów zasługuje na pierwszeństwo w przypadkach przerostu gruczołu krokowego, powikłanego kamicą pęcherza. Zdaje się, że w podobnych przypadkach należy indywidualizować.

Wobec włókniako-mięśniaków macicy Amerykanie są zachowawcami; wykonywują oni myomotomię nawet wobec znacznej ilości i wielkich włókniako-mięśniaków macicy, a histerektomię wykonywują tylko u osób po skończonym wieku przejściowym. Chore też o wiele łatwiej godzą się na operacyę, jeżeli się je zapewni, że macica da się w całości utrzymać. A. Mc Cosh w „Presbyterian Hospital“ w Nowym Yorku, który w mojej obecności wykonał kilka myomotomii, zapewniał mnie, że nawet po wyłuszczeniu bardzo znacznych włókniako-mięśniaków, w przypadkach, w których macicę musiał przepołowić w celu wyłuszczenia znacznej liczby tych guzów, chore potem bez szkodliwych następstw zachodziły w ciążę. Włókniaki powierzchowne o szerokiej podstawie wyłuszcza on po okrojeniu naokoło cięciem owalnem, jamy zaszywa kilkoma rzędami szwów z katgutu. W razie przypadkowego otwarcia jamy macicy wyskrobuje on ją ostrą łyżką i zaszywa katgutem. W razie bardzo znacznej liczby włókniako-mięśniaków, sięgających do jamy macicy, przepoławia albo przednią albo tylną jej ścianę, albo całą macicę i po wyłuszczeniu guzków zaszywa starannie macicę głębokimi i po-

wierzchownymi szwami, przyczem jamę macicy sączkuje przez pochwę.

Przy tyłopochyleniach macicy Amerykanie albo skracają więzadła okrągłe (operacya Aleksandra Adamsa), albo też wykonywują histeropeksyę brzuszną. Histeropeksyę wykonywują najczęściej sposobem Kellyego: po otwarciu brzucha przerywają albo przecinają zrosty pomiędzy podwiązkami, wprowadzają macicę w silne przodopochylenie, przeprowadzają przez górną część tylnej ściany szew obejmujący ściany macicy i przyszywają macicę do otrzewnej ściennej. Zwykle dwa szwy wystarczają do przymocowania macicy; macica ma po tym zabiegu wracać do prawidłowego przodozgięcia.

Prócz zwykłego zewnątrz otrzewnego sposobu skracania więzadeł okrągłych (operacya Aleksandra Adamsa), zastosowują Amerykanie często śródotrzewnowy sposób skracania ich, podany przez H. T. Byforda z Chicago. Sposób ten polega na laparotomii w okolicy podbrzusznej dolnej, wyszukaniu więzadeł krągłych, zdwojeniu ich w pętlę, zwróconą ku przodowi, zeszyciu razem ramion tak utworzonej pętli i przyszyciu jej do więzu Pouparta. Sposób Byforda jest właściwie modyfikacyą już dawniej podanej metody W. Gilla Wylie, polegającej na utworzeniu podobnego fałdu ku tyłowi bez przyszywania go do więzu Pouparta. Mojem zdaniem sposób Byforda, zresztą bardzo racyonalny, powinien znajdować zastosowanie jedynie w tych przypadkach, w których wskazane jest skrócenie więzadeł jako operacya dodatkowa do laparotomii, przedsięwziętej w innym celu.

III. Choroby uszne, a zaburzenia mowy, ich stosunek wzajemny i wpływ na rozwój umysłowy człowieka[1].

Podał

Dr. R. Spira.

Na innem miejscu[2]) przedstawiłem istotę zaburzeń afatycznych w ogóle, różne ich postacie, przyczyny, sposoby powstawania i umiejscowienie. W niniejszej rozprawie zamierzam rozpatrzyć stosunki, zachodzące między zboczeniami mowy a cierpieniami narządu słuchowego i ich następstwa. Ołtuszewski na podstawie bogatego materyału klinicznego doszedł do przekonania, że największa część przypadków zboczeń mowy wogóle przytrafia się u ludzi, należących do kategoryi zwyrodniałych, mniejszy odsetek tych zboczeń wywołują zmiany chorobowe mózgu, wreszcie pewną rolę przyczynową odgrywają czynniki przypadkowe, jak upośledzenie słuchu przy zmianach w uchu środkowem lub wewnętrznem, w nosie przy wyroślach gruczołowych i t. p.

W celu wykazania związku między słuchem a mową najstosowniej będzie przypatrzeć się sposobowi rozwoju mowy u dziecka. Wkrótce po urodzeniu bodźce słuchowe dostają się przez ucho *a* i nerw słuchowy *a*–*s* (p. szemat) od obwodu do pewnego miejsca w korze mózgowej *s*, które jest przeznaczone do przyjęcia wrażeń słuchowych. W miarę powtarzania się częstego tych wrażeń powstają w tem miejscu pewne zmiany trwałe, t. j. wytwarza się tam pamięć zmysłowa słuchowa, czyli ośrodek słuchowy

czuciowy. Po wytworzeniu się ośrodka *s* wychodzą z niego bodźce, prądy nerwowe do poblizkiego ośrodka *m*, który kieruje ruchami mechanicznymi, wykonywanymi przy mowie. Ośrodek *m*, przez *s* drogą *s*—*m* pobudzony do rozwoju swojej czynności, wysyła znów bodźce ruchowe, inerwujące ku obwodowi do *b*, do mięśni narządów artykulacyjnych. W ten sposób dziecko zaczyna mówić, powtarzać słyszane dźwięki i głosy. Widzimy zatem, jak bodźce słuchowe, dostające się przez ucho do ośrodka słuchowego *s*, dają pochop do powstania całego łuku odruchowego *s*—*m*—*b* i do rozwoju czynności mowy. Im częstsze i dokładniejsze są te wrażenia, tem lepiej rozwija się ośrodek *s*, tem silniejsze i wyraźniejsze są także bodźce, od niego do *m* i *b* idące, tem wydatniejsza także czynność ośrodka ruchowego i dróg ruchowych mowy. Nim to nastąpi, nim ośrodek *s* dostatecznie będzie rozwinięty, podniety, wychodzące z niego do ośrodka mowy w *m*, będą także mniej silne, mniej wydatne. Niedokładny rozwój ośrodka słuchowego i ruchowego mowy i dróg, idących od niego odśrodkowo do narządów artykulacyjnych *m*—*b*, uwydatnia się w niepoprawnej mowie. Przeto też dzieci do pewnego wieku i do pewnego stopnia rozwoju mówią niedokładnie i niewyraźnie z powodu czasowej słabości pamięci ruchowej mowy i niemożności utrzymania w należytym porządku szeregu dźwięków wyrazu, słowem niewyrobionego mechanizmu artykulacyi (Ołtuszewski). Następuje więc z przyczyny trudności mechanicznych opuszczanie zgłosek trudniejszych do wymawiania, przestawianie ich, zamiana jednych na drugie, unikanie słów trudniejszych albo wielozgłoskowych i w następstwie mowa niezrozumiała. Mowę tę, zwykłą u małych dzieci, nazywamy bełkotaniem, mianowicie *fizyologicznem bełkotaniem dziecięcem* z przyczyny ośrodkowej, czynnościowej. W miarę rozwoju dziecka, mowa jego poprawia się coraz więcej, aż staje się zupełnie prawidłową.

---

[1]) Według wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem dnia 18 listopada 1903 r.

[2]) »Przegląd lekarski« 1903, Nr. 1, 19, 36.

Przypuśćmy teraz, że takie dziecko cierpi na jakąś chorobę ucha środkowego i wewnętrznego i wskutek tego na przytępienie słuchu znaczniejszego stopnia, jakie to pociągnie za sobą skutki? Dziecko takie ciągle otrzymuje wrażenia słuchowe niedokładne, niewyraźne; ośrodki słuchowy i ruchowy i drogi do narządów mowy zostają dłuższy czas albo na zawsze niedostatecznie rozwinięte, a w następstwie mowa bełkocząca pozostaje przez całe życie. Przytem należy uwzględnić jeszcze następującą okoliczność: przez upośledzenie słuchu chore dziecko nie tylko słyszy mało i słabo, t. j. słyszy tylko zblizka i tylko głośną mowę, a niektórych wyrazów wcale nie słyszy, a w dodatku słyszy źle t. j. fałszywie. Częściowych tonów, składających dźwięk, dziecko takie nie pojmuje, głos ma dla niego odmienną barwę dźwiękową, inny charakter tonu. Chory taki słyszy nie tylko ilościowo mniej, lecz także jakościowo odmiennie, niż zdrowy. Głośniejsza mowa dla takiej osoby nie jest zrozumialszą, gdyż głoski, bogatsze w dźwięki, więcej występują na jaw i pokrywają inne, mniej bogate. Nauczenie się mowy jest zatem u takich dzieci utrudnione już przy takim stopniu niedosłyszenia, który jeszcze wystarczy dla zrozumienia mowy u osób, które już umiały mówić. Dalej brak bodźców ruchowych ze strony ośrodków słuchowych do narządów mowy powoduje mniejszą lub większą niedostateczność czucia mięśniowego tych narządów i brak ich dostatecznego wyćwiczenia. Takie dzieci otrzymują zmieniony obraz dźwiękowy zgłosek, źle powtarzają i stąd wadliwa ich mowa, a gdy nawet uczą się mówić, dźwięk ich mowy będzie zawsze zmieniony (B r a u c k m a n n).

W ten sposób łatwo zrozumiemy, dlaczego częściowe obustronne zajęcie ucha środkowego lub błędnika u dzieci staje się przyczyną bełkotania i wadliwego wymawiania. Obok bełkotania (psellismus), należącego do zboczeń dysartrycznych, pojawia się czasem także t. zw. bełkotanie w piśmie, polegające na przestawianiu głosek, zamienianiu jednej głoski przez drugą, opuszczaniu i dodawaniu głosek. Chory mówi i pisze zamiast róża — żóra, zamiast lampa — pampa i t. p. Zboczenie to, jako powstałe z powodu braku rozwoju i wprawy ośrodków odpowiednich dróg i narządów artykulacyjnych, jest właściwie pochodzenia ośrodkowego, czynnościowego. O ł t u s z e w s k i, jak już wyżej (l. c.) wspomnieliśmy, zalicza bełkotanie, wadliwe wymawianie i mowę nosową, zależne od przytępienia słuchu, do dysartryi, zarówno jak bełkotanie, spowodowane przez inne organiczne zmiany obwodowe, jak n. p. rozszczep podniebienia u dzieci, brak podniebienia, guzy języka, nieprawidłową budowę szczęk, wyrośla gruczołowate, porażenie opuszkowe u dorosłych. Mojem zdaniem niesłusznie O ł t u s z e w s k i zalicza zboczenia te do dysartryi, gdyż bełkotanie skutkiem złego słuchu u dzieci należy właśnie podług podziału jego zaliczyć do dysfazyi, ponieważ jest ono następstwem złego rozwoju ośrodków i dróg korowych i dopiero w drugim rzędzie następstwem złego rozwoju i niedostatecznej wprawy dróg odśrodkowych i narządów artykulacyjnych.

O ł t u s z e w s k i, który wiele zajmował się zboczeniami mowy u dzieci, nazywa niemotą pozakorową głuchotę niezupełną, zależną bądź od obustronnego zajęcia błędnika przy głuchoniemocie wrodzonej, bądź od obustronnych zmian w błędniku lub uchu środkowem, nabytych w wczesnym wieku, a przytem połączoną ze zboczeniem mowy. Jest ona zbliżona do głuchoniemoty z zachowanemi resztkami słuchu i odróżnia się od zwykłej głuchoty wyrazowej tem, że chorzy rozumieją jeszcze niektóre słowa dawniej im znane, jak n. p. pewne nazwiska, a często mogą je nawet powtarzać, a od zupełnej głuchoty różni się możnością odróżniania szmerów i tonów. Jak bowiem B l e u l e r wyjaśnia, istnieje dla odróżnienia tonów i szmerów artykulacyjnych mechanizm daleko więcej złożony, niż dla zwykłych tonów, szmerów i melodyi. Odróżnienie tej niemoty pozakorowej od niemoty, powstałej wskutek niedorozwoju psychicznego, jest bardzo trudnem, gdyż u dzieci zbadanie sprawności błędnika jest trudne. Należy zatem śledzić za zmianami w budowie czaszki za pomocą kraniometryi, za t. zw. piętnami zwyrodnienia w szkielecie (czaszki, twarzy i kończyn) i innych częściach ciała, jakiemi są n. p. duży język, grube wargi, ślinienie się, zmiany w oczach, zwyrodnienie psychiczne, idyotyzm, porażenia, padaczka i t. p. Nareszcie wywiady, wskazujące na dziedziczne obciążenie w dziedzinie psychicznej, przemawiają za niedorozwojem, a brak podobnych wskazówek za zajęciem narządu słuchowego.

Jeżeli takie dziecko ogłuchnie, nim zaczęło mówić albo w krótki czas potem, ośrodki i drogi wymienione wcale nie zostają rozwinięte, albo pamięć słuchowa nie dość wyćwiczona słabnie, ginie i cały łuk rzutowy od *a* przez *s* i *m* do *b* (p. szemat) zostaje nierozwinięty czynnościowo, to znaczy, że osoba w wczesnym wieku ogłuchła, staje się także niemą. Głuchoniemota jest, jak to na szemacie można uwidocznić i jak to uczy historya rozwoju i doświadczenie praktyczne, koniecznem i niechybnem następstwem głuchoty, nabytej w wczesnym wieku. Zdaniem K u s s m a u l a górną granicą wieku, niżej której głuchota może jeszcze pociągnąć za sobą utratę mowy u dzieci już mówiących, stanowi wiek pokwitania. Jednakże otyatrzy, ceniąc wyżej i to słusznie znaczenie utraty słuchu, zwykle zbyt mało zwracali uwagę na zmiany w mowie, połączone z utratą słuchu. Bo chociaż mowy można się wyuczyć także za pomocą zmysłów wzroku i dotyku, przecież słuch jest i pozostaje najważniejszem źródłem, niezastąpioną podstawą i pierwszorzędnym regulatorem mowy głosowej.

Ale na tem nie koniec. Utrata słuchu i mowy pociąga za sobą jeszcze inne, niesłychanie ważne następstwa. Wiadomo, że do każdego pierwiastka kory mózgowej dochodzą pobudzenia z jednej strony od obwodu, od nerwów i jąder czuciowych przez włókna czuciowe, z drugiej strony od wewnątrz, t. j. od innego pierwiastka korowego drogą włókien kojarzennych. Jako oddziaływanie na pierwszego rodzaju pobudzenie powstaje odczucie, w r a ż e n i e z m y s ł o w e, jako odczyn zaś na podnietę wewnętrzną przychodzi do skutku w y o b r a ż e n i e z m y s ł o w e. Zdolność odtwarzania wrażeń zmysłowych, to jest pamięć zmysłowa, polega właśnie na tej pobudliwości danego ośrodka zmysłowego nie tylko na bodźce obwodowe dośrodkowe, lecz także na podniety kojarzenne. Wyobrażenie przychodzi tem łatwiej do skutku i jest tem wybitniejsze, im większa sprawność danego pierwiastka, im większa jego wrażliwość na bodźce zmysłowe. Stopień zaś rozwoju, a zatem także sprawność i pobudliwość ośrodków zmysłowych, zależy od częstości i dokładności otrzymanych wrażeń zmysłowych. Im większa sprawność danego ośrodka, im łatwiej wrażenie zmysłowe zostaje wywołane, tem większa pobudliwość także na podniety koja-

rzenne, a więc tem szybciej i łatwiej wyobrażenie przychodzi do skutku.

Gdzie zatem od dzieciństwa brak bodźców zmysłowych, tam nie rozwija się też należycie ośrodek odpowiedni, pamięć zmysłowa i tam musi także wypadać odpowiednie wyobrażenie. Z tego wynika, że upośledzenie słuchu u dziecka musi pociągać za sobą także ścieśnienie zakresu wyobraźni. Pewne wyobrażenia, związane nierozłącznie z wrażeniami słuchowemi, stają się niemożebnemi. Wyobrażeń takich, jak szeptanie, szeplenienie, brzęczenie, wzdychanie, chuchanie i t. d. brakuje już w miernem niedosłyszeniu. W następstwie tego, wyobrażenie o przedmiotach, na których pojęcie składają się wrażenia słuchowe, muszą być niedokładne. N. p. w myśli o pszczole zabraknie wyobrażenia brzęczenia, w wyobrażeniu deszczu, strumyka, skowronka i t. d. zabraknie przedstawienia pluskania, szemrania, śpiewu i t. p. Z tego wynika w dalszym ciągu fałszywy sąd, fałszywa ocena przedmiotów, gdyż takie dziecko nie odróżni dokładnie skowronka od wróbla, bębna od fortepianu.

Wiemy dalej, że wszystkie ośrodki są ze sobą w połączeniu fizyologicznem, że pobudzenie jednego ośrodka udziela się innym i że głównie wrażenia, dochodzące równocześnie do różnych ośrodków, przyczyniają się do wyobrażeń pamięciowych i powstania pojęć konkretnych ze świata zewnętrznego. Świat pojęciowy ma źródło swojej siły w świecie wrażeń zmysłowych. Zmysły dostarczają nam materyału poznania. Tylko za pomocą posiadania obrazów pamięciowych różnych zmysłów: wzrokowych, węchowych, słuchowych, smakowych i dotykowych jesteśmy w stanie rozpoznawać ponownie wrażenia, poprzednio już doznawane. Wiemy dalej, że świadomość świata zewnętrznego składa się z tych wrażeń i pojęć zmysłowych. „Trwałe zmiany, wywołane w polach rzutowych przez przemijające bodźce czyli tak zwane obrazy pamięciowe, stanowią treść naszej świadomości. Skoro zaś obrazy te powstają pod wpływem bodźców zewnętrznych, działających na nasze narządy zmysłowe, przeto treść naszej świadomości zależną jest od istnienia narządów zmysłowych i ich stanu *(id non est in intellectu, quod in sensu non fuerit)*, oraz od odpowiednich im układów rzutowych. Wrodzony brak czynności narządów zmysłowych pociąga za sobą niewytworzenie się odpowiednich im układów rzutowych, a następnie odpowiednich im obrazów pamięciowych. Ponieważ zaś świadomość nasza jest czynnością ośrodkowych pól rzutowych, które tkwią w korze mózgowej, oraz ponieważ świadomość jest czynnością kory, przeto niewytworzenie się układów, a więc pól rzutowych, pod wpływem wrodzonego niedorozwoju narządów zmysłowych upośledza świadomość.“ (Wernicke: Spraw. Wachholza „Przegl. lek.“, 1901, str. 126).

Wchodzi tu w grę jeszcze jedna okoliczność. Każde wrażenie posiada obok treści zmysłowej jeszcze właściwość wywoływania pewnego nastroju, którą nazywamy tonem uczucia. Każdemu spostrzeżeniu zmysłowemu towarzyszy odczucie narządu spostrzegawczego. I w narządzie słuchowym mamy drogi nerwowe, umożliwiające nam ich odczucie, jako narządów. Suma obrazów pamięciowych wszystkich wrażeń, otrzymanych drogą czucia przez narządy, składa się na świadomość naszej cielesności. Dzięki ścisłemu kojarzeniu czucia poszczególnych narządów możliwem się staje wytworzenie jednego wielkiego pojęcia naszej cielesności i każde spostrzeżenie zmysłowe budzi w nas także świadomość cielesności *in toto*. Zatem przy każdem spostrzeżeniu odzywa się u nas świadomość cielesności. W skład świadomości cielesności wchodzą także obrazy pamięciowe ruchowe *(Bewegungsvorstellungen — Empfindungen)*, a więc także czucia ruchowe mowy, których wyobrażenia łączą się z wyobrażeniami słuchowemi, podobnie jak wyobrażenia dotykowe łączą się z wyobrażeniami wzrokowemi.

Otóż tworzenie się pierwotnego „ja“, to jest świadomość własnej osoby, zależnem jest od obu tych świadomości, t. j. świadomości świata zewnętrznego i świadomości cielesności. — Dowodem wyższego duchowego rozwoju człowieka jest świadomość jego osobowości, czyli indywidualności, która wskazuje dopiero, że człowiek jest świadomy i przytomny i która polega na wytwarzaniu się u człowieka jego jaźni. Zatem skoro wytworzenie się samowiedzy jaźni zależy od dwóch podstawowych świadomości i te ostatnie powstają tylko za pośrednictwem czynności zmysłowych, to z tego wynika dalej, że rozwój umysłowy człowieka zależy po części pośrednio od ilości i dokładności wrażeń zmysłowych, od zdolności ich kojarzenia, a więc od całości narządów zmysłowych, od ich pobudliwości i wrażliwości (Wernicke). (C. d. n.)

IV. Wyciągi.

Orbeli. **Ścisłe porównanie pracy gruczołów pepsynowych przed i po przecięciu gałązek nerwów błędnych.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 46). Orbeli przeprowadził szereg doświadczeń w celu wyjaśnienia znaczenia n. n. błędnych dla czynności wydzielniczej żołądka. Poznawszy wydzielniczą wydolność małego żołądka, wyodrębnionego metodą Heidenhain-Pawłowa, przecinał autor mostek otrzewnowo-mięśniowy, który łączy mały żołądek z dużym i zawiera włókna nerwów błędnych. Pies po operacyi był zupełnie zdrowym i nie wykazywał żadnych zaburzeń ze strony narządu pokarmowego, oprócz wyłączonego żołądka małego. Odżywianie żołądka małego nie było naruszonem, ponieważ naczynia jego nie uległy przecięciu. Wobec tego wszelkie zaburzenia czynności tego żołądka mogły zależeć wyłącznie od przecięcia n. błędnego. Natychmiast po przecięciu czynność wydzielnicza wyosobnionego żołądka obniżyła się znacznie i zmniejszyła się ilość płynnej części soku, oraz całkowita i %-owa zawartość zaczynów. Rozejrzenie się w pracy odosobnionego żołądka w zależności od rodzaju pokarmu i pod wpływem niektórych bodźców wykazało, że upośledzenie czynności żołądka było spowodowane zniesieniem odruchu z jamy ustnej, wypadnięciem tak zw. „soku psychicznego“ i słabszem działaniem bodźców chemicznych. Dalsze badania wykazały, że tłuszcze straciły swą własność tamowania czynności wydzielniczej żołądka, podczas gdy wytwory ich trawienia (mydła) zachowały sokopędne działanie prawie w całości. Z tych doświadczeń wynika, że nerwy błędne są przewodnikami bodźców psychicznych, odruchu z jamy ustnej, tamującego działanie tłuszczów i po części działanie bodźców chemicznych. Oprócz tych zaburzeń w czynności żołądka wystąpiło po przecięciu nerwu błędnego znaczne obniżenie pobudliwości gruczołów, wskutek czego zwykłe porcye pokarmu po upływie $1^{3}/_{4}$ roku po przecięciu nie wywoływały już żadnej wydzieliny; dla jej wywołania należało użyć silniejszych bodźców, naprz., wyskoku. Zaburzeń w budowie gruczołów, które mogłyby sprowadzić podobne zjawisko, w tym okresie nie było. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Gelsingius. **W sprawie zdwojenia koniuszkowego uderzenia serca.** (*Rus. W.*, 1903, Nr. 47). Zdwojeniem koniuszkowego uderzenia serca nazywamy taki stan, w którym na 2 szybko po sobie następujące uderzenia koniuszkowe, jednakowej lub różnej siły, oddzielone od 2 następnych dłuższą przerwą, przypada jedno macalne tętno. Większość badaczy tłómaczy ten stan w myśl Riegela, jako bigeminię czynności serca. G. przytacza spostrzeżenie z kliniki prof. Wagnera (Kijów), w którem zdwojenie uderzenia koniuszkowego występowało za życia, lecz objawy wysłuchowe (dźwięki i szmery), tętno tętnicze i żylne, odpowiadały nie pierwszemu uderzeniu, jak to było w ogłoszonych dotychczas przypadkach, lecz

drugiemu. Wobec tego przypuszczano za życia, że pierwsze mniejsze uderzenie powstaje na drodze nie czynnego skurczu serca, lecz najprawdopodobniej dzięki utracie sprężystości mięśnia sercowego, wywołanego zapaleniem wsierdzia. Istotnie, sekcya wykazała zwiotczenie i zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego. Oprócz tego okazało się, że prawa komora utworzyła oddzielny koniuszek wskutek zupełnego zcieńczenia odpowiedniej części ściany, która składała się tu jedynie ze wsierdzia, osierdzia i między niemi niewielkiej warstwy tłuszczu. Ten koniuszek dodatkowy, stanowiący niby mały tętniak, musiał rozciągać się na szczycie rozkurczu od parcia krwi i wypuklać międzyżebrze, co i stanowiło pierwszą połowę zdwojonego uderzenia koniuszkowego W tym więc przypadku uderzenie dodatkowe miało cechy nie czynnego uderzenia, jak to bywa zwykle, lecz przedstawiało się biernem. Na podstawie tego spostrzeżenia łączy się G. ze zdaniem prof. Wagnera, że należałoby odróżniać zdwojenie uderzenia koniuszkowego czynne i bierne.

Witold Orłowski (Ptbg).

Prof. Müller. **Uwagi nad leczeniem duru brzusznego.** (*Die Therapie der Gegenwart*, 1904, zeszyt I i II). Autor nie zauważył żadnego wpływu dodatniego lub ujemnego po stosowaniu kalomelu w durze. Niebezpieczeństwo duru leży w ciężkości zatrucia, uwydatniającego się może w obniżeniu parcia krwi, które zdaje się prowadzić do wyniku śmiertelnego. Częste, małe i miękkie tętno jest zawsze objawem niebezpiecznym i autor twierdzi, że systematyczne, co dwie godziny stosowane wstrzykiwania kofeiny aż do 1,0—2,0 dziennie wywierają wtedy wpływ wprost zbawienny. W czasie niebezpiecznego obniżenia parcia krwi występuje często, jak zresztą i w zapaleniu płuc, znaczna bębnica; wtedy wielki, ciężki worek lodowy zmniejsza wzdęcie i przekrwienie w brzuchu, przez co parcie krwi i tętno poprawiają się. M., nie stosuje wyskoku w durze, korzystając ze swoich doświadczeń, że w zapaleniu płuc, a szczególnie w grypie, podawanie wyskoku o wiele częściej wywołuje przykre rozdrażnienie czynności serca i układu nerwowego, aniżeli prawdziwe wzmożenie tętna. Tylko jeśliby w długotrwających przypadkach z powodu zupełnego braku łaknienia groziło niebezpieczeństwo wyniszczenia, podawać można bez uszczerbku małe dawki wina; natomiast obfite polecanie ciężkich win, koniaku i t. p. wywołuje tylko grube, cuchnące naloty na języku, a nawet skłonność do wymiotów; i zdrowemu człowiekowi często mdło się robi, jeśli na czczy żołądek wypije wina lub koniaku z jajem. Chłodne kąpiele pozostają nadal bardzo cennym czynnikiem w leczeniu duru, lecz pożyteczność ich nie polega na przejściowem obniżeniu ciepłoty, bo nie uważamy już dziś gorączki za niebezpieczeństwo, lecz skuteczność ich stanowi w pierwszym rzędzie zmniejszenie odurzenia i wzmożenie łaknienia; chory staje się ożywionym, a zimne zlewania wywołują odruchowo głębokie oddechy, najlepiej zapobiegając w ten sposób niedodmie i zapaleniom płuc nieżytowym. Dlatego też nie należy chorego ochładzać zimną kąpielą co kilka godzin, a nawet w nocy; wystarczają krótkie zimne zlewania, a u chorych bardzo osłabionych tylko zimne nacierania. Można też chorego po kąpieli położyć do ogrzanego łóżka, obłożyć ciepłemi bańkami, albo nacierać na ciepło, przez co zapobiega się dreszczom. Wielkie niebezpieczeństwo w durze stanowią krwotoki kiszkowe i przebicia jelit; z tego powodu zaleca się zawsze ścisłą dyetę płynną, co jednak chorych jeszcze bardziej osłabia. Dlatego M., idąc zresztą za przykładem autorów angielskich, francuskich i rosyjskich, zalecił swoim chorym obfite odżywianie, polegające na 1—1½ litra mleka, skrobanem i siekanem mięsie, móżdżku, cienko krajanej cielęcinie, drobiu i tartych ziemniakach: te ostatnie głównie dlatego, by zapobiedz sprawom gnilcowym, opisanym przez Gerhardta. Prócz tego podawał on papki z mąki, ryżu, i grysiku; szpinak, kompot z jabłek, sucharki i kruche bułki. Sucharki chorzy chętnie spożywają, a są one pożyteczne i z tego względu, że żucie suchego pieczywa najlepiej oczyszcza zęby. Mięso i pieczywo nigdy w kawałkach nie dosięgną miejsca wrzodów durowych, gdyż miazga pokarmowa zawsze jest już płynną w jelitach cienkich. Naturalnie, że mięso musi być wolne od ścięgien i chrząstek, a z jarzyn i owoców należy wyklnczyć twarde i niestrawne gatunki, jak szparagi, pomarańcze lub winogrona. Od tego pożywienia należy wykluczyć przypadki ciężkie w pierwszych dwóch tygodniach z powodu nieprzezwyciężonego brakn łaknienia lub uporczywych wymiotów, jakoteż przy pierwszych oznakach krwotoku lub podrażnienia otrzewnej. Mimo tej dyety M. nie stracił ani jednego przypadku z przedziurawienia jelit, a krwotoki jelitowe były nawet rzadsze, niż przedtem, kiedy przestrzegano ściślej dyety. Po ustąpieniu gorączki autor nie kładzie tamy łaknieniu chorego i mimo to odsetek nawrotów był mniejszy niż przedtem. Natomiast ciężkie stany wyniszczenia w okresach późniejszych były o wiele rzadsze, zapewne jako następstwo obfitego żywienia.

Ważne znaczenie w leczeniu duru ma pielęgnowanie jamy ustnej. Bajką jest twierdzenie, że suchy twardy język i nalot sadzowaty na wargach i zębach należą do stałych objawów duru: przeciwnie, są one tylko oznaką złej pielęgnacyi, a zapobieganie im jest taksamo ważnem, jak zapobieganie odleżynom. Lecz płókanie ust, czyszczenie zębów szczoteczką, częste picie wody i limoniady nie wystarczą, by język i usta utrzymać w stanie wilgotnym, a wysychanie pochodzi najczęściej z tego powodu, że chorzy odurzeni lub podczas snu oddychają z ustami otwartemi; przytem szczęka często z osłabienia zwisa na dół, wtedy można choremu podłożyć wałek z ręcznika pod brodą, albo podwiązać szczękę lekką, nie rozgrzewającą opaską; nieraz oddychanie przez usta ma miejsce, gdyż oddychanie przez nos jest utrudnione wskutek nieżytu i zatkania przewodów nosowych zbitym śluzem. Dlatego należy kilka razy dziennie usunąć strupy zapomocą przestrzykiwań jamy nosowogardłowej ciepłym rozczynem 1% soli kuchennej; o wiele przyjemniej jednak jest dla chorych czyszczenie nosa ciepłym płynem z rozpylacza. Czyste utrzymanie jamy ustnej zapobiegnie niejednemu zapaleniu płuc; prócz tego trzeba chorego co pół godziny układać w inne położenie, raz na prawy, raz na lewy bok, to znowu na wznak, co działa podobnie, jak zimne zlewania, gdyż opadowe zapalenia płuc powstają szczególnie u tych chorych, którzy ssuwając się na dół, leżą ciągle na wznak. Częsta zmiana położenia zapobiega też najlepiej powstawaniu odleżyn. Dla uniknienia zapalenia płuc poleca autor stosowanie tak zw. kociołka oskrzelowego (*Bronchitiskessel*). Jest to kociołek nieco większy, niż w inhalatorze Siegla, z którego długa na ¾, ukośnie ustawiona rurka kieruje parę do ust chorego. Na wrzącą wodę daje się łyżeczkę terpentyny; kociołek stoi w oddaleniu na stołku tak, że koniec rurki jest jeszcze oddalony na 40 ctm. od twarzy chorego. Zabieg ten stosuje się trzy razy dziennie przez jedną godzinę, co ułatwia wykrztuszanie i według autora ma zapobiegać nieżytowemu zapaleniu płuc. Zresztą przyrząd ten oddaje znakomite usługi i w nieżytach oskrzelowych innego rodzaju, jakoteż w odrze i błonicy.

Zapalenie pęcherza moczowego zdarza się w durze o wiele częściej u kobiet, niż u mężczyzn; podawanie urotropiny działa tu znakomicie, a ważnym środkiem zapobiegawczym jest niedopuszczanie do zbytniego rozszerzenia się pęcherza u chorych odurzonych. W ciągu trzechletniego działania autora w szpitalu w Bazylei zaraziły się durem cztery dozorczynie chorych i trzech służących w pracowni, z których jeden miał polecenie zbierania kału chorych dla doświadczeń, a dwaj inni czyścili pipety, szkiełka przedmiotowe i rurki z hodowlami, używanemi do odczynu Gruber-Widala. Prócz tych dozorczyń i służących, którzy bezpośrednio się stykali z jadem duru, nikt nie uległ zakażeniu, pomimo, że chorzy nie byli odosobniani. *Dr. Fels.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 10 lutego 1904 r.

Przewodniczy kol. Prof. Rosner. Obecnych członków 17.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący wita obecnych na posiedzeniu członków Towarzystwa technicznego krakowskiego i kol. Chramca z Zakopanego.

III Kol. Bier miał zapowiedziany odczyt: „Asanacya Zakopanego, usuwanie nieczystości miejskich.“ Prelegent streszcza swe wywody w następujących wnioskach:

1) Obecny sposób gromadzenia i usuwania nieczystości na przestrzeni stacyi klimatycznej Zakopanego z małymi wyjątkami pozostawia wiele do życzenia pod względem higienicznym i wymaga jak najrychlejszej poprawy.

2) Urządzenie kanalizacyi spławnej ze względów na zdrowie nie jest koniecznem z uwagi na obecną i w ciągu najbliższych lat 20 prawdopodobną gęstość zaludnienia. Zaprowadzenie kanalizacyi spławnej na całej przestrzeni stacyi klimatycznej Zakopanego wymagałoby nawet przy wyłączeniu wód opadowych tak znacznych kosztów, że jest wątpliwem, by gmina Zakopane przy szczupłych swych dochodach była w możności nawet w dalszej przyszłości je umorzyć, a czyniąc to, by nie pozbawiła się możności postępu na wszystkich innych polach użyteczności publicznej.

3) Z systemów opróżniania dołów kloacznych dla stosunków obecnych i na przyszłe lat 20 system szczelnych zbiorników kloacznych, wykonany przez gminę, z wywozem uregulowanym i objętym przez gminę, jest zupełnie wystarczającym i pod względem higienicznym odpowiednim; system ten jest nadto najtańszym w wykonaniu i działalności.

4) Ze względów na znaczne korzyści higieniczne, jakie przedstawia wzorowo urządzonony, zorganizowany, objęty i kontrolowany przez gminę, system kubełków torfowych, nie należy wykluczyć systemu tego w obrębie stacyi klimatycznej tam, gdzie przy nim bezwzględnie obstają. System ten, zastosowany w obrębie całej stacyi, byłby w rocznej swej działalności droższy od systemu szczelnych zbiorników kloacznych, co najmniej $1^1/_2$ raza.

5) Dla usuwania wód nieczystych służyć mogą w najbliższych latach 20 filtry zlewne, pod warunkiem zaprowadzenia wodociągu, zniesienia dotychczasowych studzien i zdrenowania wilgotnych przestrzeni.

6) Do gromadzenia śmieci i innych domowych odpadków stałych należy wprowadzić skrzynki metalowe o pewnym typie i wielkości, zastosowanej do wielkości domu. Opróżnianie skrzynek i wywóz śmieci winien być uregulowany i objęty przez gminę.

7) Ze względu na dalszy rozwój Zakopanego, jako stacyi klimatycznej, należałoby wziąć pod uwagę wyłączenie z dotychczasowego obszaru stacyi klimatycznej przestrzeni najlepiej zabudowanej, wprowadzić na niej obowiązkowe zabudowanie systemem wil i na tej przestrzeni zaprowadzić kanalizacyę spławną, której sieć rozszerzanoby w miarę tworzenia nowych ulic. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi kol. Chramiec porusza stronę finansową sprawy asanacyi Zakopanego, a inż. Horoszkiewicz podnosi zalety systemu dołowego.

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 11 lutego 1904 r.

Przewodniczy: Dr. Emil Weksler. Obecnych: 23.

I. Na członków czynnych przyjęto: Dra Stanisława Czarnika, Dra Adama Czyżewicza (*junior*), Dra Antoniego Rydygiera.

II. Kolega Doc. Dr. M. W. Herman przedstawia: a) Chorą *A. T.*, l. 27, dotkniętą twardzielą krtani, u której w 3 tygodnie po częściowem wycięciu wola (miąższowego) sposobem Kochera wystąpiła tężyczka, a w parę dni później padaczka. Kurcze tężyczkowe utrzymywały się niemal stale, zwłaszcza w kończynach dolnych. Stopy w maksymalnem zgięciu podeszwowem nie pozwalały chorej chodzić. Mimo podawania kołaczyków z gruczołu tarczykowego (fabr. Mercka) przemienne pojawianie się kurczów tężyczkowych i padaczkowych nie ustępowało wcale. Wówczas wszczepiono chorej pod sutek część gruczołu tarczykowego, wyciętego u innej chorej również z powodu wola. Efekt był natychmiastowy. Na drugi już dzień przykurczenia stóp ustąpiły, a napady kurczowe znikły odtąd całkowicie. Mimo oszczędne postępowanie przy strumektomiach, takie powikłania zdarzają się od czasu do czasu i opisują je Szuman, Schramm, Meinert, Turetta, Schilling, Kocher, Westphal, Eiselsberg, J Hoffmann, Erhardt i in. W klinice Rydygiera na paręset strumektomii, wykonanych w Krakowie i Lwowie, spostrzegano 1) ostrą tężyczkę, która po kilku dniach zakończyła się śmiercią; 2) przemijającą padaczkę; 3) kombinacyę tężyczki z padaczką. Najprawdopodobniej padaczka, jaka występuje po strumektomii, jest zupełnie inna od zwykłej samoistnej i może uznaćby ją należało za napady tężyczki padaczkowatej. Zapatrywanie to popiera prelegent spostrzeganiem chorej przedstawionej i wnioskami, zaczerpniętymi z piśmiennictwa.

b) Chorego *L. K.*, l. 50 kilkakrotnie już, a zawsze bezskutecznie operowanego z powodu nabłoniaka oczodołu W ostatnich miesiącach pojawił się nawrót w formie nie nadającej się do operacyi. Owrzodzeniu towarzyszyły dolegliwe bole. Rozpoczęto przeto w klinice chirurgicznej U. L leczenie röntgenoterapią. Już po paru posiedzeniach bole znikły, a po kilkunastu zabliźniło się owrzodzenie. Równocześnie jednak wypadły choremu w znacznej części włosy z głowy, wąsów i brody po stronie naświetlanej, a jakkolwiek naświetlań zaprzestano już od miesiąca, nowe nie wyrastają.

Dyskusya: R. Rencki spostrzegał tężyczkę u chorych z cieśnią odźwiernika i rozstrzenią żołądka. Napady ustępowały bezpowrotnie po gastroenterostomii.

III. Kol. prof. W. Łukasiewicz przedstawia: 1) Chorego, lat 58, ze zmianami w postaci plam barwikowych i blizn powierzchownych po przebyciu pęcherzycy złośliwej. Chory pozostawał w klinice przez 3 miesiące. Zmian na błonach śluzowych nie było. Leczenie polegało na ciepłych kąpielach codziennych i na podawaniu wewnętrznie chlorku chininy 2 razy dziennie po 0·50 i *tinct. strophanti*. Prelegent odnosi wrażenie, że chinina jest jakoby rodzajem leku swoistego przeciw pęcherzycy, wspieranym dzielnie przez *tra strophanti*. 2) Chorego lat 42, z objawami pęcherzycy pospolitej na błonie śluzowej podniebienia miękkiego i łuków, na bocznych częściach języka i na dziąsłach. Objawy te trwają już od kilku miesięcy i uważane były prawdopodobnie za zmiany kiłowe, jak o tem sądzić można z zalecanego sposobu leczenia. W ostatnich tygodniach pojawiła się nieznaczna i typowa wysypka na skórze klatki piersiowej. Prelegent zwraca uwagę, że w omawianem cierpieniu pierwotne zmiany na błonie śluzowej jamy ust nie należą do wyjątków. Obecnie n. p. pozostaje w klinice dermatologicznej w leczeniu z powodu ciężkiej pęcherzycy 29-letnia kobieta, u której już przed dwoma laty pojawiły się pierwsze zmiany w ustach, takie, jak u przedstawionego pacyenta.

IV. Kol. doc. Dr. M. W. Herman odczytał rzecz p. t. »Zarys ogólnej chirurgii płuc« (drukowana w »Now. lek.«).

Dyskusya: Kol. Dr. Schutt zestawia 12 przypadków ran kłutych i postrzałowych płuc, spostrzeganych w oddziale chirurg. prof. Ziembickiego. W jednym przypadku S. zeszył obie rany w płucach z powodu znacznego krwotoku i, jak się przekonał, ze skutkiem. Chory uległ jednak bezkrwistości w 36 g. po operacyi. W drugim przypadku wytworzyło się ograniczone zapalenie ropne opłucnej. Pozostałych 10 przypadków wyleczyło się bez powikłań. W końcu wspomina S. o 3 przypadkach operowanych ropni płuc, z których jeden zakończył się śmiercią z powodu ropni następowych w płucu drugiem.

Kol. Dr. F. Obtułowicz wspomina o wyleczonej ranie postrzałowej płuc i o zabliźnianiu się głębokiej przetoki płuc po wyłyżeczkowaniu jej ścian.

Dr. Herman, sekretarz doroczny.

VI. Poglądy lekarzy starożytnych na przyczynę, przebieg i leczenie raka.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

(Dokończenie.)

V.

Galen.

Trudno nie pisać o Galenie, gdy się zastanawiamy nad pojmowaniem raka przez starożytnych lekarzy. Wszak niema, rzec można, żadnego zagadnienia lekarskiego lub przyrodniczego, nad którem by się Galen bliżej nie zastanawiał. Rakowi zaś poświęca tyle czasu i miejsca, że szczegółowe zapoznanie się z jego poglądami w tym kierunku wymagałoby specyalnego studyum. To też ograniczymy się w notatce niniejszej jedynie do tych prac, które uważamy za niezbędne dla zrozumienia rzeczy. Jak wiele innych spraw lekarskich i przyrodniczych, bardzo trudnych do zrozumienia i wytłómaczenia, tak i ta nie przedstawia dla niego trudności. Dla wytłómaczenia przyczyny, przebiegu i leczenia cierpienia znajduje z łatwością teorye, które mu poglądy jego pozornie tłómaczą. Rola, którą Galen w całej swojej patologii sokom, a zwłaszcza chorobliwej mieszaninie krwi, przypisuje, odgrywa i w tem jego dziele niepoślednie znaczenie. Do takiej złej mieszaniny krwi przychodzi bardzo często z powodu niewydzielania się soków niepotrzebnych ustrojowi. Najprostszym przykładem tego stanu patologicznego jest brak miesiączki u osób, które miesiączkować powinny.

Z wstrzymaniem się miesiączki przychodzi do nagromadzenia się w ustroju czarnej żółci, która się staje bezpo-

średnim bodźcem do wytwarzania się nowotworu złośliwego. Bliższy proceder, towarzyszący powstawaniu tego cierpienia, jest następujący: Wątroba jest narządem wytwarzającym krew. Jak długo ona jest w stanie odpowiedzieć temu swojemu najważniejszemu zadaniu, tak długo czyni zadość i drugiemu, niemniej może ważnemu t. j. wytwarzaniu żółci. Żółć, wytworzoną przez wątrobę, oczyszcza wśród prawidłowych warunków śledziona. Gdy z jakiego powodu przychodzi do nagromadzenia się nadmiaru soków, narządy wewnętrzne niszczeją i nie mogą więcej odpowiedzieć swojemu zadaniu. Jednym z narządów, który z tego powodu bardzo szybko ulega zasłabnięciu, jest śledziona. Skoro tylko zmiany jakieś nieprawidłowe we krwi występują, przestaje ona czyścić żółć. Ponieważ zaś wątroba ją nadal wytwarza, przeto przychodzi do nagromadzenia się jej nadmiaru we krwi. U takich chorych może sprowadzić poprawę ogólnego stanu krwawienie np. z guzków krwawnicowych.

Wracając jednak do powyżej obranego przykładu, tj. do miesiączki, musimy powiedzieć, — rozwijając dalej tok myśli Galena, — że ponieważ narządem stojącym w najściślejszym związku z macicą są sutki, dla tego u kobiet przychodzi najczęściej do wytwarzania się w nich raka [55]. Lecz i sam nadmiar soków do wywołania nowotworu często nie wystarcza. One muszą posiadać w tym celu odpowiednie warunki fizykalne, a przedewszystkiem należytą gęstość, gdyż soki rzadsze są w stanie sprowadzić jedynie wrzody. „λεπτότατος μὲν οὖν ἐν τοῖς τοιούτοις χυμοῖς ἐστιν ὁ τὸν ἑλκούμενον ἕρπητα γεννῶν· παχύτατος δὲ ὁ τὸν καρκίνον“ [56]. Temperament ich musi być suchy i zimny, a o to nie trudno, skoro przychodzi do nagromadzenia się czarnej żółci, dla której te własności są charakterystyczne. „καθ᾽ ἕτερον δὲ διότι τῶν εἰρημένων χυμῶν, οἱ κατὰ τὴν ἰδέαν ὑγροὶ σύμπαντές εἰσιν, ἀλλὰ τὴν γε δύναμιν οὐχ ὑγροί· ὁ μὲν γὰρ τῆς μελαίνης χολῆς ξηρὸς καὶ ψυχρός“ [57]. Wśród tak korzystnych warunków powstaje guz o powierzchni nierównej i stale się powiększający [58], którego nazwa pochodzi od podobieństwa, jakie okazuje do żywego raka. „...τὸ σχῆμα καρκίνῳ παραπλήσιον ἐργάζονται“ [59]. Miejsce, przez nowotwór zajęte, przybiera barwę ciemną tak, iż często robi wrażenie, jak gdyby się w niem toczyła sprawa zapalna. Żyły w granicach zmienionych wypełniają się krwią i stają się bardziej wężykowatemi [60]. Skóra części zajętej napina się więcej, niż w warunkach prawidłowych, część odpowiednia staje się twardszą, a nareszcie wytwarza się guz [61]. W miarę dalszego rozwijania się sprawy chorobowej zachodzą zmiany w guzie, które zależnie od tego, czy chorobę spowodowały więcej lub mniej ostre złe soki, wywołują owrzodzenia, lub też ich nie wywołują [62]. Chorzy sami doznają bolów i opadają na ciele. Objawy te nie zawsze bywają tak wybitne, jakkolwiek w największej liczbie przypadków stale się powtarzają i nie sprawiają dla tego żadnych trudności rozpoznawczych „.....ὡς μηδὲ παῖδα λαθεῖν“ [63]. Czas trwania cierpienia jest rozmaity. Samo przez się nie ustępuje ono, lecz trwa aż do końca życia; leczone natomiast, a zwłaszcza w samych początkach i należycie leczone, daje się usunąć [64]. Wogóle złośliwość cierpienia zależy od stopnia gęstości, barwy soków i od narządu zajętego. Bardzo gęste i bardzo ciemne soki każą pod względem powrotu do zdrowia źle wróżyć. „καὶ ὅσον δ᾽ ἂν ᾖ παχύτερόν τε καὶ μελάντερον, τοσοῦτον χεῖρόν ἐστι τὸ πάθος“ [65]. Wyleczone przypadki raka nie należą u Galena wcale do rzadkości, a popisuje się, że często udawało mu się usunąć nieszczęście, grożące choremu. Co więcej! Nierzadko badał soki tych chorych i stosował swoje zabiegi do wyniku badania [66].

Wiek, w którym się najbardziej na to cierpienie jest narażonym, nie jest u Galena dokładnie oznaczony. Prawdopodobieństwo jednak przemawia za tem, że lata powyżej 50 uważa pod tym względem za krytyczne. Wspominając bowiem o raku sutka powiada, że dziwnemby było, gdyby chora taka nie przekroczyła 50-tego roku życia. „...ἐάν γε δηλονότι μηδέπω πεντηκοστὸν ἔτος ἄγωσι“ [67]. Nie mniej ważną rolę odgrywała tu także płeć, a mianowicie kobiety podlegają temu cierpieniu najczęściej, co wynika ze sposobu, w jaki Galen tłómaczy powstawanie raka. Narządem, w którym się rak najczęściej rozwija, są sutki kobiece [68]. Obok nich wspomina Galen o raku podniebienia, nie określając bliżej, która jego część ma na myśli, dalej pośladków, macicy [69] i pochwy [70]. Części tu wymienione są zdaje się temi, gdzie Galen najczęściej się z rakiem spotykał. Nie ulega bowiem wątpliwości, że wiedział o istnieniu raka w innych narządach, skoro twierdzi, że niema wogóle narządu, w którymby się to cierpienie nie mogło usadowić. „συνίσταται δὲ καὶ ὅπου ἂν τύχῃ τοῦ σώματος καρκίνωμα....“ [71].

Pod względem anatomicznym istniał dla Galena rak przebiegający jawnie lub w utajeniu. Utajonem bywało zwyrodnienie, ilekroć przebiegało bez owrzodzeń; w przeciwnym razie stawało się jawnem.

Zadanie lekarza staje się wobec rozpoznawanego raka ciężkiem, gdyż obowiązkiem jego jest nietylko chwilowo wyleczyć chorego i usunąć przykre cierpieniu towarzyszące objawy, lecz także starać się o zapobieżenie nawrotom. Dlategoto potrzeba tu może więcej, niż gdzieindziej, ogromnej rozwagi i doświadczenia. Lekarz bowiem, nie pamiętający o tych koniecznych warunkach, niejednokrotnie wcale niepotrzebnie chorego dręczy, a nierzadko może się nawet przyczynić do skrócenia życia osobie nieodpowiednio leczonej. Rozstrzygnąwszy charakter cierpienia, powinien się lekarz zastanowić, z którym jego okresem ma do czynienia, pomny, że jedynie w początkach choroby nie jest uleczalne. Niemniej baczną należy zwrócić uwagę na narząd zajęty, gdyż okoliczność ta może rozstrzygnąć co do możności i rodzaju zabiegu chirurgicznego.

Zasadą jest wogóle nie kusić się o doszczętne wyleczenie raka utajonego, a tylko, o ile cierpienie niezbyt daleko jeszcze posunięte, starać się o usunięcie nowotworu za pomocą noża lub rozpalonego żelaza. Pierwszemu należy dać pierwszeństwo przed drugiem. Myliłby się jednak, ktoby przypuszczał, że Galen rozpoczynał leczenie raka zawsze od usuwania nowotworu drogą operacyjną. Tak wielki zwolennik leków i upustów krwi nie mógł i przy tej sposobności o nich zapomnieć, tembardziej, że te ostatnie nie pozostawały bynajmniej w sprzeczności z jego teoryą o powstawaniu raka. Przypisując gromadzeniu się soków najważniejsze etyologiczne znaczenie, postępował konsekwentnie, starając się o ich wydalenie. Najodpowiedniejszą po temu drogą są upusty krwi, a o ile idzie o kobietę, u której regularność ustała, o wzniecenie jej, przyczem jednak zawsze należy się liczyć z siłami i wiekiem chorych. Wyniki tego leczenia bywają wprawdzie czasem w samym początku zachęcające. Zawsze się jednak należy liczyć z okolicznością, że te upusty krwi, jako środek leczniczy, same przez się często nie wystarczają. Są one w stanie czasem spowodować zmniejszenie się

[55]) Galeni ad Glauconem de medendi methodo, lib. II, cap. XII, K. XI.
[56]) De methodo medendi, lib. XIV, cap XVI, K. X.
[57]) De morborum differentiis, cap XII, K. VI.
[58]) Definitiones medicae, K XIX.
[59]) Ad Glauconem de medendi methodo, lib II, cap. XII, K XI i de methodo medendi, lib. II, cap. II. K. X („...ἀπὸ δὲ τῆς πρὸς τὸ ζῷον ὁμοιότητος ὁ καρκῖνος“).
[60]) De tumoribus praeter naturam, cap. VII, K. VII
[61]) Methodus medendi, lib XIV, cap. XI, K. X.
[62]) Te tumoribus praeter naturam, cap XII, K. VII.
[63]) Methodus medendi, lib XIV, cap. XI, K. X.
[64]) Galeni in Hypocratis aphorismos, lib. VI, aph. 38 i 47. (Claudii Galeni opera Basileae 1529).
[65]) Ad Glauconem de medendi methodo, lib. II, cap. XII, K. XI.
[66]) Tamże.
[67]) Tamże.
[68]) Ad Glauconem de medendi methodo, lib. II, cap XII, K. XI. Galeno adscripta introductio seu medicus, cap. XIX, K. XIV. — In Hipocratis aphorismos, lib. VI, aph. 47.
[69]) In Hipocr. aphor., lib. V, aph. 58 i l. VI, aph. 38.
[70]) Tamże i definitiones medicae, K. XIX.
[71]) Introductio seu medicus, cap. XVII et cap XIX, K. XIV.

guza, lecz zwykle nie usuwają go całkowicie. Dlatego nie należy zbyt dużo tracić na nie czasu, by okres uleczalności nie przeminął. Należy się dosyć wcześnie uciec w przypadkach odpowiednich do noża chirurgicznego. Ten może być dwojaki, albo zwykły ostry nóż, powszechnie używany, albo też przyżegadło, kształtu nożykowatego [72]). Sam Galen zdaje się nie był zwolennikiem tego rodzaju przyżegadła gdyż wyraźnie mówi, — a czyni to może nawet z pewnego rodzaju lekceważeniem, — że „nie brak“ lekarzy, którzy go zamiast noża używali. On przyznaje otwarcie, że w tego rodzaju przypadkach najczęściej stosuje nóż. „περιαιρεῖται δὲ ἔνθ' ἄν ᾖ....“ [73]). Wie wprawdzie dobrze, że się spotyka przy tym zabiegu ze znacznemi trudnościami, które są następstwem rozszerzonych naczyń. lecz z trudnościami temi umie sobie dać radę w sposób, w jaki to się i dzisiaj czyni. Podwiązuje bowiem naczynia, chociaż wogóle podwiązek nie stosuje chętnie, obawiając się z tego postępowania szkody dla części sąsiednich [74]). Zdecydowawszy się jednakowoż już raz do wykonania zabiegu, musi się lekarz starać usunąć wszystko, co jest chorobliwie zmienione. Nie dosyć na tem, gdyż chcąc choremu zapewnić trwałe zdrowie, należy i z naczyń sąsiednich wycisnąć krew, w której dużo jest nagromadzonych złych soków [75]). Leczenie pooperacyjne nie ustępuje w niczem temu, jakie Galen stosuje w leczeniu wrzodów [76]). Najchętniej obiera Galen drogę operacyjną, jeżeli ma do czynienia z rakiem takiego narządu, od którego można nowotwór całkowicie oddzielić bez szkody dla ustroju. Wiedząc jednak dobrze z doświadczenia, że się to nie zawsze udaje, — a mamy tu na myśli przedewszystkiem tak wedle Galena niebezpiecznego raka macicy, — przygotował sobie szereg środków, które obok działania łagodzącego miały także znaczenie lecznicze. O upustach krwi wspomnieliśmy już wyżej. Tu dodamy tylko, że Galen czasem do nich się ograniczał, a wyniki leczenia — jak zapewnia — zadawalniały go w zupełności. Stanowisko to Galena staje się zrozumiałem, jeżeli się uwzględni, jak częste są jeszcze i dzisiaj pomyłki rozpoznawcze pod względem nowotworów złośliwych i jeżeli się rozważy, o ile częstszemi one bywały dawniej. Takie przypuszczenie daje się się łatwo usprawiedliwić, gdy nie spuścimy z uwagi, że Galena zadawalniały upusty krwi przy raku sutka [77]). Jak zaś łatwo przy dokładniejszem nawet badaniu o pomyłki rozpoznawcze raka sutka tam, gdzie się ma do czynienia z następstwami sprawy zapalnej, wie dobrze każdy doświadczony lekarz.

Często jednak ma lekarz do czynienia z osobami, u których należy oszczędzać każdą kroplę krwi. Dla tych chorych przygotował Galen cały szereg środków lekarskich, stosowanych zewnętrznie lub też wewnętrznie. Na nic się jednak nie przydadzą wszystkie tu wymienione sposoby lecznicze, jeżeli się nie będzie zwracało bacznej uwagi na dyetę chorego. Przepisy co do odżywiania osób chorych na raka uważa Galen za bardzo ważną część ich leczenia i obiecuje sobie dobre wyniki tylko tam, gdzie się pod tym względem trzymano ściśle zarządzeń lekarza [78]). Jak w całem leczeniu, tak też i tutaj stara się Galen przedewszystkiem o zadośćuczynienie wskazaniu przyczynowemu, nie zapominając o zasadzie „*contraria contrariis*“ i o środkach czyszczących, które w niemałej części przyczyniają się do oczyszczenia zepsutych soków.

Na zakończenie niechaj nam wolno będzie zauważyć, że zdajemy sobie sprawę należycie, żeśmy tematu w tej rozprawce nie wyczerpali, bo nie przytoczyliśmy wszystkich autorów, których prace bądź tylko w znacznej części, bądź też tylko w urywkach są nam znane. W poszukiwaniach naszych zatrzymaliśmy się na Galenie, wychodząc z tego zapatrywania, że późniejsi autorowie, a szczególniej w okresie bizantyńskim, nielitościwie tylko wyzyskiwali swoich lepszych poprzedników. Przyszedłszy tedy do przekonania, że takie wyzyskanie całkowite materyału pociągnęłoby jedynie częste powtarzanie się, ograniczyliśmy się do przytoczenia poglądów tych kilku autorów, którzy dają wogóle najlepszy pogląd na medycynę u starożytnych.

72) Introductio seu medicus, cap. XIX, K. XIV.
73) l. c.
74) Ad Glauconem de medendi methodo, lib. II, cap. XII, K. XI
75) Methodus medendi. lib. XIV. cap. IX, K. X. — Ad Glauconem de medendi methodo, lib II, cap. XII, K. XI
76) Methodus medendi, lib. XIV, cap. IX, K. X
77) In aphorism. Hippocratis. lib. VI, aph 47.
78) Methodus medendi, lib. XIV, cap. IX, K X i Ad Glauconem de medendi methodo, lib. II. cap. XII. K. XI.

VII. † Dr. Wacław Ryszard Zaremba

zakończył życie dnia 13 b. m. w Krakowie, licząc lat 58. Zmarły przyszedł na świat r. 1845 w Sądach, w W. Ks. Poznańskiem; nauki gimnazyalne odbył w Lesznie, Trzemesznie i Głogowie, a medycynę studyował w Wrocławiu, Würzburgu i Berlinie. Rok 1863 przerwał te studya, które dokończył po wyjściu z więzienia pruskiego, gdzie został osadzony za udział w wojnie narodowej. Działalność zmarłego była różnorodna: połowę życia spędził jako ziemianin — na roli, drugą zaś jako lekarz — literat; na każdem jednak polu działalność ta była płodna i niepospolita. Pisał wiele z zakresu historyi medycyny, szczególnie świata starożytnego (Judea, Egipt, Rzym, Grecya); z wieków późniejszych skreślił „Szkic dziejów sztuki lekarskiej w Rosyi“; następnie ogłosił „Choroby nagminne w Wielkopolsce do r. 1800“, wreszcie „Zarys dziejów rozwoju psychiatryi“. Na wszystkich arenach działania, na wsi i w mieście, przy lemieszu i nad kronikami, sterowała nim myśl społeczna, która znalazła wyraz w zakładaniu licznych Tow. polskich, szczególnie w Wrocławiu, któremi później kierował. Osiadłszy przy synie, także lekarzu, w Krakowie, uległ nieuleczalnej chorobie serca. Cześć jego pamięci.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Wydział gospodarczy X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości wykaz dotychczas zgłoszonych wykładów:

(Ciąg dalszy).

Sekcya filozoficzna (IX):

Wykłady zgłosili: Prof. Dr. Struve, Dr. W. M. Kozłowski, A. Szycówna, Prof. Dr. A. Raciborski.

Sekcya fizyologiczna (X):

Temat obrad: Źródła zjawisk elektrycznych w jestestwach żywych, ref. Prof. Dr. Cybulski (Kraków).

Wykłady:

1) Dr. L. Marchlewski (Kraków): Najnowsze rezultaty badań zieleni roślinnej i barwika krwi i stosunek tych ciał do lipochromów.

2) Prof. Dr. A. Beck (Lwów): Zmiany elektryczne w korze mózgowej po zniszczeniu pewnych jej części.

3) Tenże: Dalsze badania nad czynnością gruczołu podszczękowego.

4) Doc. Dr. Bikeles i Dr. Gizelt (Lwów): Fizyologiczne badania nad pochodzeniem nerwów czuciowych i motorycznych kończyny tylnej u psa.

5) Ci sami: Sposób reprezentacyi ruchów w kończynach.

6) Ci sami: Lokalizacya łuku dla odruchu kolanowego psa.

7) Doc. Dr. Popielski (Moskwa): Temat zastrzeżony.

Sekcya patologiczna (XI):

Główny temat obrad: O zwyrodnieniu tłuszczowem, ref. Prof. Dr. T. Browicz (Kraków) i Doc. Dr. M. Seńkowski (Kraków).

Wykłady:

1) Prof. Dr. Kimla (Praga): O zmianach kiłowych u płodów.

2) Doc. Dr. Honl (Praga): Obecny stan nauki o promienicy u człowieka.

3) Prof. Dr. J. Hlava (Praga): Temat zastrzeżony.

4) Prof. Dr. O. Bujwid (Kraków): O zaraźliwości gruźlicy ludzkiej dla zwierząt.

5) Dr. W. Palmirski i Dr. Żebrowski (Warszawa): O płonicy pod względem bakteryologicznym i o leczeniu jej zapomocą surowicy swoistej.

6) Prof. Dr. S. Ciechanowski i Dr. K. Gliński (Kraków): W sprawie anatomii i patologii wyrostka robaczkowego.

7) Dr. B. Dembiński (Levergies, Francya): Badania doświadczalne nad substancyą uczulającą laseczników gruźliczego.

8) Dr. P. Pręgowski (Lwów): O jądrach neurogliowych w zdrowej i chorej korze mózgowej.

9) Tenże: O trzech postaciach zmian w komórkach nerwowych ludzkiej kory mózgowej.

10) Prof. Dr. Raczyński (Kraków): O prątku czerwonki na podstawie własnych badań.

11) Dr. A. Wrzosek (Kraków): O powstawaniu zakażeń.

12) Dr. K. Rzętkowski (Warszawa): O zawartości azotu całkowitego, azotu niebiałkowego i substancyi suchej we krwi w różnych stanach chorobowych, w wysiękach i przesiękach.

13) Tenże: Zastrzeżony komunikat z dziedziny odporności.

14—17) Temata zastrzeżone przez Prof. Dr. A. Obrzuta, Doc. Dr. P. Kucerę, Dr. W. Nowickiego i Dr. T. Hołobuta ze Lwowa.

Sekcya farmaceutyczna (VIII):

1) Włodzimirski Wal. (Lwów): Farmacya.

2) Tenże: Chemia analityczna na usługach farmacyi.

3) Dr. Piepes-Poratyński (Lwów): Rośliny lecznicze i ich hodowla w kraju.

4) Zawałkiewicz Zdz. (Kamionka Strumiłowa): W sprawie przyszłego lekospisu.

5) Tenże: O wpływie składu chemicznego leków na ich działanie.

6) Koskowski Bron. (Lwów): O związkach zapachowych syntetycznych.

7) Tenże: Przyczynek do prawideł przyrządzania leków.

8) Mindes J. (Łopatyn): O ekstraktach płynnych.

9) Tenże: O maściach i pigułkach.

10 i 11) Dr. Franzos J. (Tarnopol): Dwa tematy zastrzeżone. (C. d. n.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 17 marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Bier mówił: „O zasadach oświetlania szkół i higienicznych metodach fotometryi“.

Lwów, 15 marca. W piątek, dnia 11 marca odbyła się pierwsza w lwowskim Uniwersytecie promocya kobiety na doktora wszechnauk lekarskich. Promowaną została p. Marya Matylda Kalmusówna, uczenica Wszechnicy tutejszej. Równocześnie otrzymał stopień doktora wszechnauk lekarskich p. Mikołaj Kwaśniewski z Wołynia, który w dniu promocyi musiał wyjechać na syberyjskie pole walki. D. 12 b. m. odbyło się uroczyste otwarcie Biblioteki słuchaczów medycyny: rozwój tej instytucyi zapowiada się bardzo pomyślnie.

* Dr. Henryk Hoyer, prof. nadzwyczajny anatomii porównawczej w Uniwersytecie Jagiell., mianowany został profesorem zwyczajnym.

* Komitet opieki szpitalnej dla dzieci we Lwowie zamianował prof. Dr. Jana Raczyńskiego, z Krakowa, dyrektorem i prymaryuszem szpitala św. Zofii.

* *Jarosław, 11 marca.* Sekcya jarosławska Tow. lek. galic. odbyła dnia 9 grudnia r. z. posiedzenie naukowe, na które przybyło 24 członków, a 3 usprawiedliwiło nieobecność. Jako goście wzięli udział w posiedzeniu lekarze pułkowi: Dr. Grabowski, Dr. Geisler i Dr. Połochajło. Porządek dzienny obejmował: I. a) Kol. Dr. Fechter przedstawił chorych, operowanych w szpitalu, z dziedziny chorób ściśle chirurgicznych i ginekologicznych; b) okazał preparaty anatomiczno-patologiczne, uzyskane przy operacyach w szpitalu. II. Kol. Dr. Goldstaub mówił na temat: Dur brzuszny — dur osutkowy: różnice rozpoznawcze. Leczenie. Higiena. W dyskusyi przemawiali wszyscy obecni.

D. 4 lutego b. r. Sekcya odbyła posiedzenie administracyjne. Sekcya liczy 29 członków. Porządek dzienny: I) kol. Dr. Fechter a) przedstawił chorych, operowanych w szpitalu; b) okazał preparaty anatomiczno-patologiczne i ciała obce, uzyskane przy operacyach. II. Wybrano biuro Sekcyi: prezesem Dr. Wł. Czyżewicza, c. k. starszego lekarza powiatowego; zastępcą Dra Adolfa Dietziusa, burmistrza miasta; sekretarzem Dra Tad. Fechtera, dyrektora szpitala powszechnego, delegatem na Walne Zgromadzenie Dra Czyżewicza, zastępcą Dra Fechtera.

* Komitet, urządzający tegoroczną Wystawę przyrodniczo-lekarską i higieniczną we Lwowie, wydał odezwę, w której wyłuszczył przyczyny, zniewalające go do odłożenia terminu Wystawy do czasu, w którym położenie polityczne umożliwi odbycie się Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, oraz złączonej z nim Wystawy. Postanowienie to stało się tem konieczniejsze, że wobec niepewności stosunków międzynarodowych Wystawa mogłaby pociągnąć za sobą straty materyalne dla wystawców, za które nikt nie mógłby wziąć na siebie odpowiedzialności.

»A przyznać należy — czytamy w odezwie — że Wystawie tej przypadło widocznie niezwykłe przeznaczenie kulturalne dla naszego społeczeństwa. Zapał bowiem ze strony wszystkich czynników, powołanych do współdziałania przy jej urządzeniu, był tak wielki, zainteresowanie się kół naukowych, przemysłowych i najszerszej publiczności na wszystkich obszarach przez rodaków naszych zamieszkałych było tak znaczne, że rokowała ona najlepsze nadzieje, iż osiągnie te cele, jakie jej w programie zostały wytknięte. Najlepszym tego dowodem jest fakt, że do chwili odroczenia terminu Wystawy zgłosiło się około 500 wystawców do jej obesłania. To też ażeby dowieść, że zapał ten nie był »ogniem słomianym«, że podjęta raz myśl nie może się rozbić o pierwszą trudność, postanowił Komitet, urządzający tę Wystawę, nie cofać się ze swą pracą i nie dać zaginąć kiełkującej idei, lecz ze świeżemi siłami, pouczony doświadczeniem, przystąpić do tem świetniejszego jej urzeczywistnienia wówczas, gdy tylko korzystne warunki na to pozwolą. W nadziei zatem, że także ze strony kół bliżej w tej sprawie interesowanych, t. j. sfer naukowych i lekarskich, instytucyi publicznych i kół przemysłowych, napotka Komitet Wystawy nie na zniechęcenie, lecz na świadome celu dążenie, by podjęta myśl osiągnęła zamierzony skutek, postanowił on nie ustawać w dalszych przygotowaniach i zwraca się z uprzejmą prośbą o poparcie w tym kierunku do wszystkich wymienionych wyżej czynników. Składając zaś niniejszem publicznie w imieniu całego Komitetu najserdeczniejsze podziękowanie wszystkim bez wyjątku, którzy, czy to czynnie, czy z chęcią służenia naszej sprawie, przyczynili się do jej poparcia, Komitet ma zaszczyt upraszać nadal o te same względy dla naszego przedsięwzięcia.

Przy tej sposobności zawiadamia Komitet interesowanych, że wszystkie swoje zobowiązania i umowy, zawarte z poszczególnemi osobami, uważa aż do urzeczywistnienia odroczonej Wystawy za ważne i za pobrane kwoty, czy to za miejsca na Wystawie, czy też za inseraty, umieszczone w katalogu, bierze wszelką odpowiedzialność i ewentualnie zwracać je będzie jedynie na żądanie stron interesowanych i to za okazaniem odpowiednich dowodów uiszczenia«.

W imieniu Komitetu:

Dr. Krzyżanowski.

* Jak donieśliśmy w Nrze ostatnim, dnia 6 b. m. odbył się w Wiedniu Wiec delegatów Związku Towarzystw lekarskich w Austryi. Związek łączy 37 Towarzystw. Dr. Loew referował o rozwoju Instytutu zapomogowego dla wdów i sierót po lekarzach: sprawozdawca oświadczył, że po przystąpieniu do tej organizacyi wszystkich Tow. lekarskich, przy rocznej wkładce 2 koron, wdowy na razie będą otrzymywać zapomogę w wysokości po 300 koron; przy należytym rozwoju tej instytucyi zapomoga wzrośnie do kwoty wyższej i odpowiedniejszej. Dzięki szefowi sekcyi, Dr. Kusyemu, roczne wydatne świadczenie rządu jest zapewnione. Następnie Dr. Kohn mówił o potrzebie państwowej organizacyi lekarzy, a Dr. Adler, krytykując obecny państwowy zarząd zdrowia, rozdrobniony w kilku ministerstwach i kierowany przez ludzi, nie należących do zawodu lekarskiego i często niekompetentnych, udowadniał potrzebę centralnego zarządu, mianowicie

ministerstwa zdrowia i uczynił następujący wniosek: poleca się Wydziałowi Związku Tow. lek. w Austryi, ażeby, w celu poparcia starań, rozpoczętych już przez Izby lekarskie, wniósł podanie do rządu i do obu Izb Rady państwa o utworzenie ministerstwa zdrowia w Austryi. Wiec uchwalił ten wniosek jednogłośnie.

* Do Tow. samopomocy lekarzy w dalszym ciągu przystąpili: Dr. Bienenwald Salomon (Buczacz), Bubeniczek Franciszek (Czortków), Finkel Herman (Kulików) i Kropf Leon (Karlsbad).

* Między 23 a 29 lutego doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), mościskim (2 gm.), niskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (2 gm.), turczańskim (2 gm.), zaleszczyckim (1 gm.) — i w mieście Lwowie (3 przypadki).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Danysz, szef pracowni w Instytucie im. Pasteura, odznaczony został stopniem oficera *mérite agricole*. Dr. Ricker, asystent patolog. Instytutu w Rostoku, otrzymał tytuł profesora. W Tuluzie mianowani zostali: Dr. Maurel profesorem doświadcz. patologii i Dr. Guilhem profesorem sądowej medycyny.

Nekrologia. Dnia 3 b. m. zmarł w Trembowli Dr. Aleksander Jastrzębski, lekarz powiatowy, człowiek serca i rozumu, które mu zjednały powszechne uznanie wszystkich warstw społecznych. Padł ofiarą duru osutkowego, którego nabawił się w jednej z okolicznych wsi, podczas pełnienia swych czynności urzędowych. Dr. Romuald Kamocki zmarł w Warszawie w 33 r. życia. Dr. Maksymilian Rosner, starszy lekarz powiatowy, zmarł w Kołomyi.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 10. Karczewski: Przypadek skrętu kątnicy. Orłowski: Wyniki szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie w r. 1902.

— *Postęp okulistyczny* Nr. 2. Rymowicz: Wpływ leczenia surowicą na przebieg zakażenia rogówki paciorkowcem ropnym podczas operacyi wyjęcia zaćmy (dok.). Talko: Przyczynek do mózgowoocznych przepuklin. Wicherkiewicz: Urazowe zapalenie spojówki i rogówki.

— *Gazeta lekarska* Nr. 10. Kaufman: O niedrożności przewodu płciowego u kobiet. Koelichen: O przewlekłem postępującem porażeniu zewnętrznych mięśni oczów (dok.).

— *Zdrowie* Z. 3. Pełczyński: Stan sanitarny szkół początkowych gubernii radomskiej. Starkiewicz: Ochrony prowincyonalne.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 10. Erazm Vlasák (wspomnienie pośmiertne). Mrázek: K »nauheimské« therapii chorob srdečních. Heida: Narkosa inhalační (dok.).

— *La Presse médicale* N. 18. Bué: Porcya pokarmowa noworodka. Riche: Jejunostomia w leczeniu raka żołądka. Jejunostomia w kształcie *Y*.

Nr. 19. Guibé i Proust: Leczenie doszczętne przepukliny udowej. Lavarenne: Wygubienie szczurów wędrujących i myszy polnych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 10. Bernhardt: O niektórych rzadko występujących porażeniach obwodowych. Friedberger: O intensywnem występowaniu amboceptorów cholery u królików pod wpływem alkoholizowania i szczepień mieszanych. Jacob: Opieka w szpitalu »Charité«. Karewski: Anatomiczny stan w zapaleniu wyrostka robaczkowego i wskazania do apendektomii. Fliess: Leczenie ozeny wstrzykiwaniami twardniejącej parafiny.

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 10. Obermayer i Pick: Przyczynek do nauki o wytwarzaniu się precypityn. Ghon: Zapalenie otrzewnej na tle pneumokokowem. Riehl: Uwagi nad Röntgenoterapią. Eljasz-Radzikowski: O t. zw. »Typhusdiagnosticum«.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 10. Hösslin: Centralne porażenie ciężnych. Hoffmann: Wczesne uśpienie znieczulające. Barten: Uśpienie nakrapianym eterem. Luxembourg: Leczenie zastoinowe metodą Biera. Heim: Mucyna prątków wąglika. Fromherz: Rozpoznanie niedomykalności tętnicy płucnej. Habs: Przypadek całkowitej plastyki nosa z ramienia. Riebold: Przypadek urazowej przepukliny płuc bez zewnętrznego zranienia. Schelble: Przypadek ropnia wątroby i rozlanego zapalenia przewodów żółciowych z licznemi powikłaniami, wyleczony wielorazowymi zabiegami chirurgicznymi. Dumstrey: Wytworzenie rzepki z płatu okostnowościęgnistego, wziętego z goleni. Seiffert: Zastosowanie nakłucia lędźwiowego w mocznicy. Kuhnemann: Leczenie choroby Basedowa rodagenem. Hugel: Osobliwy wynik zdjęcia röntgenowskiego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 11. Rosenheim: Rozpoznanie za pomocą obmacywania i endoskopii wysoko usadowionego raka odbytnicy i kiszki esowatej. Loeb: Doświadczenia z »dyspepsyną« Hepp. Korn: Kurczowe zwężenie odźwiernika i przemijająca rozstrzeń żołądka (dok.). Rehfisch: Arytmia nerwowa i polegająca na schorzeniu serca. Schwabach: Uboczny wpływ niektórych leków na ucho. Hoffa: Znaczenie tkanki tłuszczowej dla patologii stawu kolanowego (dok.).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 10 (od 6/III do 13/III) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 35, dz. 34; nieżywo: chł. 1, dz. . — **Zmarło:** miejscowych: męż. 20, kob. 13; zamiejscowych: męż. 16, kob. 11.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 11, ob. 9. 3) zapalenie płuc: miej. 7, ob. 2 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 2. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1. ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 4. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 5, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. Razem miej. 33 obcych 27.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.



FORMAN.

(Chlormethylmenthylether $C_{10}H_{19}OCH_2Cl$.)

Przeciw katarowi! Przez wielu lekarzy klinicznie wypróbowany i używany jako swoisty, **idealny lek w katarze.** Polecany jako środek ochronny i kojący w grypie. Sposób zastosowania: Jako zapobiegawczy lub w lekkich postaciach nieżytowych formanowa wata. W cięższej postaci nieżytu formanowe pastylki do wziewań za pomocą formanowego naczynia do wziewań. Użyty stosownie nie zawodzi. *Próbki i literatura opłatnie.*

DREZDEŃSKIE CHEMICZNE LABORATORYUM LINGNER, Drezno.

Filia dla Austro-Węgier: K. A. LINGNER, Bodenbach n. E. (Podmokłe).



Sapomenthol

nagrodzony dyplomem honorowym i złotym medalem na wystawach międzynarodowych w Paryżu i Londynie 1901, Marsylii 1902.

(Maść Sapomentholowa)

nacieranie ból uśmierzające wyrobu **Eugeniusza Matuli,** aptekarza w **Radomyślu** koło Tarnowa



Maść ta, z najlepszym skutkiem używana w cierpieniach reumatycznych, gośćcowych, nerwobólach itp. poleca się jako środek zewnętrzny, szybko działający! 81

Sposób użycia: miejsce zbolałe, naciera się 2—3 razy dnia, poczem je owija watą lub flanelą.

Expedyowaną bywa tylko w słoikach oryginalnych po cenie **1** kor. **40** i większych po **5** koron.

Broszury i próbki dla WPP. Lekarzy na żądanie franko, przesyła **apteka Eugeniusza Matuli Radomyśl koło Tarnowa.**

Składy we wszystkich aptekach.

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co. FRANKFURT a/M.

UROZYNA

(Lit kwasu chinowego)

jedyny przetwór polecany przez **Dra Weissa**, wynalazcę leczenia kwasem chinowym, **pewnie działający** i równocześnie **najtańszy**, do leczenia

dny i wszystkich skaz moczanowych.

Stosowany **zapobiegawczo** działa także skutecznie.

Stosowanie: W napadzie: 10 kołaczyków urozyny po 0,5 gr. kwasu chinowego dziennie, zapobiegawczo, 6—8 kołaczyków, przez 4—5 tygodni.

Podać też można urozynę w odpowiednich ilościach jako sól musującą.

Literatura: 1

Dr. Weiss: Verhandlungen des XVIII. Congresses für innere Medicin.
Dr. v. Lang: Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1901, Nr. 9.

Próbki leku i literaturę przesyłamy na żądanie PP. Lekarzom darmo i opłatnie.



Laboratoryum chem. farm. Eugeniusza Matuli, Radomyśl koło Tarnowa, poleca jako znakomity środek dyetetyczny:

„STOMACHIN"

który w zaburzeniach **żołądkowych** działa znakomicie. Ułatwia **trawienie,** wzmacnia, zwiększa **apetyt, etc.**

Wyrabiam dwojaki a to: sam jako Stomachinum i zdodatkiem Acid. cynamilic. a to 0.35. na 200 gramów. Sposób użycia: 2—3 razy dnia mały kieliszek. — Cena małej flaszki 2 koron. Całej 4 koron. — Do nabycia w aptekach. — Próbki dla WWPP. Lekarzy gratis i franco.

VAPORIN

Dr. Staedler

znakomity, bezwzględnie nieszkodliwy środek przeciwkokluszowy.

TANNOFORM

Merck

Do użycia zewn.: Doskonały środek przeciw poceniu się.

Do użycia wewn.: Chroni od rozwolnień.

Mydło tannoformowe

do polecenia przeciw tworzeniu się łupieżu.

Maść tannoformowa

Zasypka tannoformowa

oba ostatnie przetwory stosuje się na rany odleżynowe, odparzenia.

Cenne zwłaszcza w praktyce dziecięcej.

Sanguinal Krewel

w pigułkach.

Używany od przeszło 10 lat z najlepszym skutkiem w niedokrewności i białaczce.

Pilul. Sanguin. cum Kreosot. 0·05.
Pilul. Sanguin. cum Kreosot 0·10.
Wskaz.: Phtisis incipiens, Zołzy.

Pilul Sanguinalis Krewel cum Guajacol carb 0·05.
Pilul. Sanguinalis Krewel cum Guajacol carb 0·10.
Wskaz. Phtisis pulm. Infiltrationes, Scrophulosis.

Pilul. Sanguinalis Krewel cum Extr. Rhei 0·05.
Wskaz.: Atonie przewodu pokarmowego.

Pilul. Sanguinalis Krewel cum Chinin. mur. 0·05.
Wskaz.: Osłabienia po wysiłkach i po chorobach zakaźnych.

Pilul. Sanguinalis cum Acid. arsenicoso 0·0006.
Wskaz.: Neurastenia, nerwobóle, pląsawica, zimnica, łuszczyca, wypryski, cukrzyca.

Pilul Sanguinalis cum Natr. cynamilic. 0·001.
Wskaz.: Phtisis incipiens, Scrophulosis.

Pilul. Sang. cum Jod. pur 0·004.
Wskaz.: Wymioty ciężarnych, zołzy.

Pilul. Sanguinalis cum Am. Ichtyolico 0·05.
Pilul. Sanguinalis cum Vanad. pentoxydat.

Znakomity środek, skuteczny we wszystkich cierpieniach polegających na złej przemianie materyi, zwłaszcza w zołzach.

Liquor Sanguinalis Krewel

trwały, doskonały w smaku płynny Sanguinal (bez dodatku Glyceryny).

Kolaninpastillen

Dr. Knebel.

Przetwory Dra Bergmanna.

Dr. Bergmanna pastylki do żucia.
Wskaz.: Angina, Pharyngitis, Tonsillitis, środek zapobiegawczy przeciw błonicy.

Dr Bergmanna tabletki żołądkowe do żucia.
Wskaz.: kwaśna niestrawność, zgaga, bole żołądka, wymioty kwaśne.

Dr. Bergmanna tabletki przeciw otyłości.

Dr. Bergmanna tabletki przeciw opuchlinie

Literaturę i próbki wszystkich tych przetworów przesyła się bezpłatnie na żądanie pp. lekarzy.



Rok XLIII. Kraków 26 Marca 1904. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Cięcie płatowe do krwawego odprowadzania zastarzałych zwichnięć w stawie biodrowym.

Podał
Prof. L. Rydygier
c. k. Radca Dworu.

Jak z jednej strony nie podlega żadnej wątpliwości, że krwawe odprowadzenie zastarzałego zwichnięcia w stawie biodrowym jest postępowaniem, najbardziej do ideału leczniczego zbliżonem, tak z drugiej strony zaprzeczyć temu nie możemy, że, jak na dziś przynajmniej, jest to zabieg bardzo ciężki. Łudzi się Gayet[1]), kiedy operacyę tę nazywa *„peu grave“*, opierając się na statystyce ze znanych mu 36 przypadków, z których zaledwie 2 zakończyły się śmiertelnie (zatem 5·55% śmiertelność). Z tak małej liczby przypadków żadnych wniosków ogólnie obowiązujących wyciągać nie można i to tem mniej, że przypadków nieszczęśliwych zwykle nie ogłasza się wcale, lub przynajmniej nie rychło podaje się je do ogólnej wiadomości

Operacya ta łączy się głównie z dwoma niebezpieczeństwami: wstrząsem pooperacyjnym (*shok*) i zakażeniem. Przez wybór odpowiedniej metody operacyjnej niebezpieczeństwa te możemy zmniejszyć. Nie ulega wątpliwości, że tem mniej chorych naszych narazimy na zapad, czem usilniej starać się będziemy, aby zwichniętą kończynę odprowadzić łagodnie, bez użycia nadzwyczajnej siły, bez miażdżenia i naciągania części miękkich. Wiadomo jest przecież, że nawet przy bezkrwawem odprowadzaniu zaniedbanego zwichnięcia w stawie biodrowym nastąpić może zejście śmiertelne skutkiem wstrząsu, co niestety zdarzyło się i w mojej klinice. Przy tych bowiem odprowadzaniach nigdy nie możemy uniknąć użycia większej, choćby wcale nie gwałtownie rubasznej siły. Dlatego też pisze Poncet: *„Pour prévenir une telle complication plus fréquante qu'on ne le suppose, car tous les cas n'ont pas été publiés, nous proposons l'arthrotomie non plus après, mais avant les maneuvres non sanglantes de réductions dans les cas de luxation ancienne de la hanche.“* Jeżeli jednak zabieg krwawy ma rzeczywiście zmniejszyć niebezpieczeństwo zapadu, musi być tak wykonanym, aby odprowadzenie główki do panewki udawało się istotnie bez użycia zbyt wielkiej siły.

Ułatwiając zaś odprowadzenie zwichniętej główki do panewki, zmniejszamy tem samem nietylko prawdopodobieństwo wstrząsu, ale i zakażenia. Używając bowiem łagodnej siły, nie miażdżymy, nie rozrywamy i nie rozgniatamy części miękkich, tem samem nie zmniejszamy ich wrodzonej odporności i nie ułatwiamy zakażenia. A pamiętać trzeba o tem, że okolicę, na której operujemy, odkazić bardzo trudno, a jeszcze trudniej uchronić ranę w tej okolicy od późniejszego zakażenia. Jeżeli jednak, operując ochranialiśmy i oszczędzaliśmy tkanki miękkie i mechanicznemi szkodliwościami nie upośledziliśmy wrodzonej im odporności, możemy być pewni, że potrafią one tych kilka bakteryi, które przypadkowo do rany wtargną, uczynić nieszkodliwemi. Te same jednak, jakościowo i ilościowo, drobnoustroje stać się mogą groźnymi, gdy padną na tkankę zmiażdżoną, postrzępioną, krwią przesiąkniętą.

Niebezpieczeństwa zakażenia zaś nie zwiększy z pewnością rana gładka, cięta, choćby o kilka centymetrów dłuższa, niż zwyczajnie, skoro tylko ułatwi nam przystęp do główki i do panewki równocześnie.

Z tych przyczyn w ostatnich kilku przypadkach zastarzałych zwichnięć stawu biodrowego użyłem cięcia łukowatego.

Dotychczas, jak wiadomo, do krwawego odprowadzania zwichniętego biodra używano metod następujących: a) Cięcia prostopadłego przedniego, na wzór cięcia resekcyjnego Schede-Hütera. b) Cięcia tylno-zewnętrznego, więcej lub mniej skośnego, kątowatego lub wygiętego na kształt metod, zalecanych przez Langenbecka, Olliera, Kochera. c) Cięcia łukowatego poprzecznego, zwróconego wypukłością ku dołowi, z oddłutowaniem wierzchołka krętarza wielkiego, na wzór drugiego cięcia do resekcyi stawu biodrowego, podanego przez Olliera i nazwanego *„procédé à tabatière.“*

a) Cięcie podłużne przednie usuwa w najmniejszym tylko stopniu trudności, jakie przezwyciężyć musimy, odprowadzając zastarzałe zwichnięcie stawu biodrowego. Słusznie zatem wszyscy je teraz opuścili mimo gorących zaleceń przez Nélatona. Nélaton wychodził z tej zasady, że przy zwichnięciach do tyłu winniśmy się posługiwać cięciem przedniem; przy zwichnięciach do przodu — którem ś z cięć tylnych, aby niejako zejść z drogi główce, zasłaniającej przystęp do panewki.

b) W ostatnich czasach nieomal ogólnie posługiwano się cięciem tylnem, n. p. zalecają go gorąco Payr[2]) i Gayet. Nie przeczę, że cięcia tylne nie są bez pewnych zalet. Znane są jednakowoż przypadki, gdzie mimo licznych cięć dodatkowych i oddzielenia przyczepów mięśni, z trudnością wielką i dopiero po użyciu dużej siły udawało się

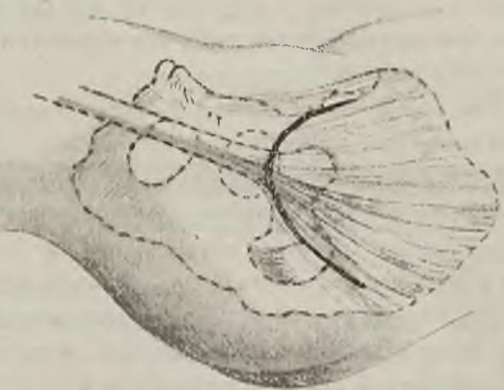
[1]) De la reposition sanglante de la tête fémorale dans les luxations irréductibles de la hanche. (Revue de chirurgie. 1902, Nr. 8, p. 274).

[2]) Ueber blutige Reposition von pathologischen und veraltenen traumatischen Luxationen des Hüftgelenkes bei Erwachsenen. (Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 27, Hft. 1 i 2 i Deutsch. Chir. Congr. 1901).

odprowadzenie; a nawet w niektórych przypadkach nie udało się ono w zupełności i trzeba było resekować główkę.

c) Cięcia Ollierowskiego, poprzecznego, zwróconego wypukłością łuku ku dołowi, z oddłutowaniem szczytu krętarza, używał w swych przypadkach Mikulicz. Z rozmaitych stron, a należy tu sam Gayet, uczeń Olliera, zarzucano tej metodzie po 1), że daje wprawdzie wygodny dostęp do główki kości udowej, nie odsłania jednak wcale panewki, gdyż skutkiem posunięcia się całego krętarza w górę cięcie przypada za wysoko; po 2-gie, że skutkiem oddłutowania krętarza (wraz z przyczepami mięśni), czynność kończyny na zawsze może uledz znacznemu upośledzedzeniu, skrócone bowiem mięśnie nie dozwalają po udałem odprowadzeniu przyszyć krętarza w pierwotnem miejscu. Dziwią się też wszyscy, że przyszycie krętarza udawało się Mikuliczowi i fakt ten tem tylko objaśnić daje się, że w jego przypadkach skrócenie było nieznacznem i wynosiło w pierwszym przypadku 4 ctm., w drugim $3^1/_2$, w trzecim $2^1/_2$ ctm. Takie ich zdanie.

Ja[3]) używam cięcia poprzecznego, wypukłego ku dołowi (w kształcie nieco zmodyfikowanym: prowadzę je bowiem nieco niżej, niż Ollier i zasadniczo przepiłowuję trzon kości udowej powyżej krętarza małego, zamiast oddłutowywać krętarz wielki) od roku 1884, — a więc od 20 lat, — w każdym przypadku wypiłowania stawu biodrowego. A używam go właśnie dlatego, że daje mi ono bardzo łatwy przystęp do panewki i zapewnia bardzo swobodny odpływ wydzielinie. Oczywiście, że wymagania nasze przy krwawem odprowadzeniu zastarzałego zwichnięcia stawu biodrowego, choćby na tle zapalenia, formułujemy odmiennie, niż przy resekcyi stawu. Zwłaszcza, jeżeli wyjdziemy z zasady, że zwichniętą główkę odprowadzać należy do panewki łagodnie, bez użycia wielkiej siły, bez zbytniego naciągania i miażdżenia części miękkich, pierwotnem cięciem poprzecznem Ollierowskiem nigdy się nie zadowolnimy, jak się o tem sam w pierwszym przypadku miałem sposobność przekonać.



Z tego powodu w ostatnich swych przypadkach przeszedłem do cięcia płatowego (patrz rys.). Zaokrąglony szczyt płatu leży 6—7 ctm. poniżej szczytu krętarza wielkiego, zatem około 2 ctm. poniżej cięcia Olliera. Ku tyłowi łuk ten wydłuża się w ramię, wznoszące się łagodnie ku górze w kierunku kolca biodrowego tylnego górnego. Ramię to, zależnie od potrzeby, mierzy 12—18 ctm. i przebiega równolegle z włóknami mięśnia pośladkowego wielkiego. Ramię przednie łuku przebiega bardziej spadzisto ku kolcowi biodrowemu przedniemu górnemu i pomiędzy mięśniem pośladkowym średnim, a mięśniem naciągającym powięź szeroką uda (*m. tensor fasciae latae*). Ramię to bywa zwykle krótszem, niż tylne. Szczyt cięcia z tej przyczyny tak nizko pod krętarzem prowadzę, aby módz następnie krętarz jak najbardziej skośnie oddłutować i zyskać tym sposobem powierzchnie zdłutowania, mierzące w osi długiej 5 ctm. i więcej. Dzięki tej ostatniej okoliczności po udałem odprowadzeniu, nawet w przypadku bardzo znacznego przykurczenia mięśni możemy zawsze, często tylko częściowo, obie zdłutowane powierzchnie kostne (krętarza i trzonu) przybliżyć do siebie, zeszyć i uzyskać zrost kostny, a tem samem zapewnić na przyszłość całkowitą wydatność czynnościową operowanej kończyny.

Na podstawie swych ostatnich przypadków mogę cięcie płatowe jak najgoręcej zalecić. Przekonałem się bowiem, że odsłania ono nietylko całe pole operacyjne, a zwłaszcza panewkę, lecz także w znakomitym stopniu ułatwia odprowadzenie tak, że dokonać je można bez zbytniego miażdżenia części miękkich.

Na innem miejscu opiszę dotyczące spostrzeżenia *in extenso* i wówczas też zwrócę uwagę na inne zajmujące szczegóły.

[3]) Nowy sposób wypiłowania stawu biodrowego. (Gaz. lek. 1884, Nr. 20).

II. Z oddziału Dra med. T. Dunina w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Przyczynek do nauki o zjawiskach dyfuzyi w żołądku ludzkim.

Podał
Kazimierz Rzętkowski
asystent oddziału.

Badania nad losem rozczynów solnych w żołądku ludzkim należą niewątpliwie do ciekawszych działów fizyologii doświadczalnej narządów trawienia. Obchodzą nas one nietylko z punktu widzenia czysto praktycznego, ale też i z punktu teoretycznego, ponieważ mogą rzucać pewne światło na przebieg spraw osmotycznych w ustroju. Korzystając z możności poczynienia odnośnych doświadczeń na człowieku z przetoką żołądkową po gastrostomii (skutkiem zupełnej niedrożności przełyku), przystąpiłem do zbadania kwestyi, jak się zachowują rozczyny NaCl różnego stężenia drobinowego w żołądku ludzkim? Nadmienić winienem, że człowiek, na którem te doświadczenia robiłem, ma przetokę od lat 2 i znajduje się ciągle w wybornym stanie zdrowia.

Metodyka mych badań była następująca: Do możliwie dokładnie opróżnionego i przepłókanego żołądka wprowadzałem po 400—455 ctm. sześciennych rozczynu NaCl rozmaitego stężenia, wydobywając następnie co 10 minut nieco zawartości i określając jej punkt zamarzania, aż do chwili, w której żołądek opróżnił się całkowicie. Szczegóły tych doświadczeń podam wyczerpująco na innem miejscu (Pam. Tow. lek.). Tu zamierzam tylko przedstawić ostateczne wyniki, do jakich doszedłem.

Dośw. I. Wprowadziłem rozczyn 29,0 NaCl w 455 ctm. sześc. H_2O; Δ rozczynu natychmiast po wprowadzeniu go do żołądka $= -3{,}34^0$. Δ ostatniej porcyi (po 130 minu-

tach) = —1,67°; obniżenie zatem całkowite = 1,67°. Do kiszek przeszło treści z żołądka 255 ctm. sześc., to znaczy, że wobec trwania doświadczenia 130 min. treść opuszczała żołądek średnio z szybkością $\frac{255}{130}$ ctm., t. j. około 2 ctm. sześc. na minutę.

Dośw. II. Wprowadziłem rozczyn 12 grm. NaCl w 410 ctm. H_2O. Δ rozczynu natychmiast po wprowadzeniu go do żołądka = —1,65°. Δ ostatniej porcyi (po 82 min.) = —0,67°; obniżenie zatem całkowite = 0,98°. Do kiszek przeszło 225 ctm. sześc., to znaczy, że wobec trwania doświadczenia 72 min., treść opuszczała żołądek średnio z szybkością $\frac{225}{72}$ ctm., t. j. około 3 ctm. sześc. na minutę.

Dośw. III. Wprowadziłem rozczyn 2,7 grm. NaCl w 430 ctm. sześc. H_2O. Δ rozczynu natychmiast po wprowadzeniu do żołądka = —0,455°. Δ ostatniej porcyi (po 50 min.) = —0,50°, to znaczy, że nastąpiło podniesienie stężenia drobinowego wprowadzonego rozczynu o 0,05°. Do kiszek przeszło 285 ctm. sześc., to znaczy, że wobec trwania doświadczenia 50 min. treść opuszczała żołądek z szybkością $\frac{285}{50}$ = 5—6 ctm. sześc. na minutę.

Dośw. IV. Do żołądka wprowadziłem 400 ctm. sześc. H_2O. Δ treści natychmiast po wprowadzeniu do żołądka = —0,01°. Δ ostatniej porcyi (wydobytej po 40 min.) = —0,34°, to znaczy, że nastąpiło podniesienie stężenia drobinowego zawartości o 0,33°. Do kiszek przeszło 280 ctm. sześc. treści, to znaczy, że wobec trwania doświadczenia 40 min., treść opuszczała żołądek z szybkością około 7 ctm. na minutę.

Zestawienie wyników powyższych doświadczeń pozwala nam na wyciągnięcie kilku ciekawych wniosków, a mianowicie:

1) Potwierdzają one znany fakt, że stężenie drobinowe hipertonicznych rozczynów NaCl (I, II) w żołądku zmniejsza się, stężenie zaś drobinowe zawartości hipotonicznych (III, IV) podnosi się. Co jednak ciekawsze, to, że i jedne i drugie rozczyny opuszczają żołądek, zanim dojdą do izotonii z krwią. Pod tym względem rozczyny NaCl w żołądku zachowują się zupełnie inaczej, niż treści pokarmowe. Te ostatnie na wysokości trawienia w żołądku posiadają Δ blizką do Δ krwi, czyli że są prawie izotoniczne. O tem pouczyły mnie następujące doświadczenia, wykonane na tym samym człowieku *):

a) treść w godzinę po wprowadzeniu 1 surowego jaja z H_2O posiadała Δ = —0,56°—0,57°.

b) treść po wprowadzeniu 100 mleka + 1 jajo + H_2O ad 200,0 (Δ = —0,24°) w godzinę po wprowadzeniu posiadała Δ = —0,55°.

Wynika z tego, że żołądek, który nie może doprowadzić do izotonii z krwią rozczynów NaCl różnego stężenia i H_2O, z łatwością doprowadza do izotonii tę treść, która wyzwala jego czynność trawienną (proteolityczną), względnie wydzielanie HCl. W tych razach, jak wykazują moje badania, żołądek ułatwia sobie pracę doprowadzania do izotonii swojej treści przy pomocy HCl, Δ bowiem treści pokarmowej będzie tem większą, im więcej żołądek wydzielił HCl. A mianowicie:

	Kwasota ogólna	Δ	Uwagi
1)	61	—0,565°	w godzinę po wprowadzeniu 1 jaja surowego z wodą.
2)	52	—0,55°	w godzinę po wprowadzeniu 100 mleka + 1 jajko + H_2O ad 200,0.
3)	30	—0.39°	w godzinę po wprowadzeniu 50,0 amyli + 200,0 H_2O.

Zaś do rozczynów solnych i do H_2O żołądek wcale nie wydziela HCl, jak to wykazały cztery powyżej opisane doświadczenia. Szczegółowe badania przy pomocy czułych odczynników nie wykazały ani śladu HCl w żadnej z porcyi, wydobywanych z solnej treści żołądka.

Jak to widać z przebiegu doświadczeń (I—IV), im stężenie drobinowe solnego rozczynu jest mniejsze — *cacteris paribus* — tem szybciej opuszcza on żołądek. Najszybciej opuszczała żołądek czysta woda, najwolniej najmocniejszy z użytych do doświadczeń rozczynów NaCl. Fakt powyższy, t. j. stwierdzenie zależności czynności ruchowej żołądka od stężenia drobinowego jego treści solnej, jest bardzo ciekawy z punktu widzenia fizyologicznego. Jaki mechanizm gra tu rolę, na to pytanie odpowiedzieć nie mogę. Zauważyć jednakże muszę, że chociaż żołądek nie doprowadza do izotonii z krwią swej hipertonicznej treści solnej, to przecież fakt dłuższego pozostawania w nim rozczynów mocniejszych zdaje sie przemawiać za tem, iż prócz czynności ruchowej i proteolitycznej żołądek ma jeszcze za zadanie obniżanie stężenia drobinowego swej treści zbyt stężonej. Badania ciśnienia. panującego w żołądku podczas czynności zmniejszania *Δ* rozczynów solnych przy pomocy *ad hoc* zbudowanego przezemnie manometru wykazały, że ciśnienie to n i e p o d n o s i s i ę tak znacznie, iżby obniżenie Δ można było tłómaczyć wyłącznie rozwadnianiem rozczynów NaCl. Gdyby tak było, to żołądek, który obniża Δ swej treści od —3,34° do 1,67°, musiałby wydzielić tyle wody, że ciśnienie w nim wzrosłoby niepomiernie, czego w mych doświadczeniach nie stwierdziłem. Prawdopodobnie te y w obniżaniu Δ solnej treści żołądkowej główną rolę odgrywa nie wydzielanie wody do treści, lecz wchłanianie, a raczej przesiąkanie NaCl z treści żołądka do krwi, być może na zasadzie praw czysto fizykalnych.

3) Czy na powyżej omawiane procesy w żołądku możemy wpływać środkami farmokologicznymi? Czy wogóle sprawy osmotyczne ustroju mogą ulegać wpływom środków farmakologicznych? To pytanie, o ile wiem, poruszone tu wogóle po raz pierwszy, starałem się rozstrzygnąć, podając badanemu przezemnie osobnikowi na kilka minut przed zaczęciem doświadczenia wyskok i makowiec. O wynikach pouczy nas następujące zestawienie:

Wprowadzono NaCl	Obniżenie Δ od do	Czas trwania doświad.	Wprowadzono do ż ctm.³	Przeszło do kiszek ctm.³	Szybkość przechodzenia w 1 minucie	HCl	Uwagi
29,0	3,34°—1,67° (o 1,67°)	130	455	255	$\frac{255 \text{ ctm.}^3}{130 \text{ min.}}$ = 2 ctm³.	0	—
29,0	3,49°—1,34° (o 2,15°)	80	400	160	$\frac{160}{80}$ = 2 ctm.³	0	Tra Opii Simpl. 15 kropli
29,0	3,94°—2.38° (o 1,56°)	90	410	150	$\frac{150}{90}$ = 1.6 ctm.³	0	Wyskoku 45% 20 ctm.³

*) Patrz pracę moją »O s p r a w n o ś c i p r o t e o l i t y c z n e j z a w a r t o ś c i ż o ł ą d k o w e j«. „Przegląd lekarski“ 1903 i „Archiv f. Verdaungs Krakheiten“, 1903.

Z powyższego zestawienia widać, że przy pomocy środków farmakologicznych możemy wpływać na przebieg spraw osmotycznych w ustroju. Jak wskazuje tabelka, makowiec przyśpiesza w dwójnasób rozcieńczenie rozczynów NaCl w żołądku. Obniżenie bowiem w 1 minucie wynosi: norma $\frac{1.67^0}{130} = 0{,}013^0$, po makowcu $\frac{2.15^0}{80} = 0{,}027^0$, po wyskoku $\frac{1.56^0}{90} = 0{,}017^0$. Ponieważ przyjęliśmy wyżej, że rozcieńczanie rozczynów solnych w żołądku odbywa się głównie za sprawą wchłaniania się NaCl, przeto musimy to wywnioskować, że pod wpływem makowca wchłanianie soli kuchennej w żołądku idzie żywiej. Wyskok posiada w tym kierunku tylko bardzo nieznaczny wpływ. Atoli wyskok nieco zwalnia wydalanie się solnej treści z żołądka do kiszek, na co znowu makowiec żadnego wpływu nie wywiera.

Wyniki dwóch tych doświadczeń wymagają oczywiście szerszego potwierdzenia: pragnę tylko zaznaczyć, że dwa te doświadczenia pouczają, że na sprawy osmotyczne w ustroju możemy wpływać środkami farmakologicznymi. I chociaż sprawy te mają pozór procesów czysto fizykalnych, to jednak, wpływając przy pomocy środków farmakologicznych na podłoże, na którem się one rozgrywają, możemy je modyfikować w ten lub w inny sposób.

III. Choroby uszne, a zaburzenia mowy, ich stosunek wzajemny i wpływ na rozwój umysłowy człowieka.

Podał

Dr. R. Spira.

(Ciąg dalszy).

O ile rozumowania te tyczą się zarówno wszystkich zmysłów, o tyle spostrzeżenia kliniczne wskazują na wielki wpływ, na przeważające znaczenie zmysłu słuchu, względnie utrzymania akustycznej identyfikacyi dla czynności duchowych, jakto ilustruje przypadek Picka. Ze wszystkich zmysłów słuch rozporządza najbogatszym rejestrem uczuć; ze wszystkich sztuk muzyka najgłębiej wzrusza uczucia. Nawet już lekki szmer ma wpływ na nastrój i na wyobraźnię. Ze wszystkich omamów lekarz psychiatra najwięcej się obawia omamów słuchowych. W bogatej skali słuchu leży jego zdolność współczucia z wrażeniami wszystkich innych zmysłów, dających się wyrazić i udzielić za pośrednictwem głosu. Słysząc n. p. wyrazy: „ciepło, jasne, kwaśne, miękko“, doznaje się drogą słuchu podobnego wrażenia, jak przez zmysły dotyku, wzroku, smaku.

To rozumowanie wskazuje znów na znaczenie mowy. Czynność myślenia zależną jest od posiadania dawno zdobytych i w pewien sposób uporządkowanych wyobrażeń. Otóż mowa artykulowana stanowi główny środek do nabycia potrzebnego ładu w wyobrażeniach. Przez nią tworzymy z łatwością dokładniejsze i subtelniejsze stosunki między pojęciami przedmiotów konkretnych, oraz między nimi, a zdarzeniami i czynnościami (Wernicke). Mowa nie służy tylko do porozumienia się, lecz jest ważnem ogniwem w łańcuchu prac umysłowych. Przez słowo myśl znajduje nietylko swój wyraz, lecz zyskuje ścisłość, dokładność i bystrość (Kussmaul). Pewne zawilsze pojęcia oderwane poznajemy i możemy sobie wyobrazić i przyswoić po części dopiero za pomocą mowy. Składnia mowy, jej logiczna budowa, prowadzi powoli do tego, że i czynność myślenia odbywa się w tym samym kierunku przez nią podanym. Poważni uczeni przyjmują wprost zależność czynności myślenia od słów. Całe szeregi wyobrażeń powstają w umyśle dopiero pod wpływem słowa słyszanego lub czytanego (Wernicke). Wyrazy, jak n. p.: poczciwy, szlachetny, zbrodniczy, próżny i t. d. oświetlają sposób myślenia, czucia i charakter człowieka. Wrażenia podmiotowe zmysłowe i czuciowe trudno udzielić inaczej drugiej osobie, jak przez głos i słuch. Cały wpływ środowiska i wychowania na nastrój, na tworzenie się charakteru, na sposób myślenia, na pobudzenie pojęć etycznych dziecka zostaje wywarty w znacznej części za pomocą mowy. Upośledzenie słuchu i brak mowy są prócz tego często powodem nieporozumienia między dzieckiem a otoczeniem, co ma fatalny wpływ na rozwój czucia u dziecka. Spaczone życie czuciowe i wyobrażenne nie może pozostać bez wpływu na rozwój charakteru, odznaczającego się często brakiem uczuciowości, porywczością nastroju i przeczuloną drażliwością. Mowa jest zatem nietylko najważniejszem i najwięcej bezpośredniem ogniwem, łączącem ducha człowieka ze światem zewnętrznym, lecz ma niepospolite znaczenie dla ściśle intelektualnej czynności człowieka [3]).

Otóż jeżeli wyobrazimy sobie głuchoniemego od urodzenia lub od wczesnego dzieciństwa, to możemy przypuścić, że jego ośrodek słuchowy wcale nie rozwinął się, słowem, że go nie ma. Cały obszerny szereg wrażeń zmysłowych i słuchowych, tak ważnych dla rozwoju umysłowego, odpada; w harmonijnem współdziałaniu ośrodków zmysłowych, powstaje dysharmonia, podobnie jak w akordzie, w którym brakuje tonu. Sprawność innych ośrodków, ich połączeń i dokładność wyobrażeń zostają upośledzone; zdolność kojarzenia nadwyrężoną, świadomość ograniczoną i przyćmioną, umysł przytępiony, a sposób myślenia spaczony. „Przy braku rozumienia mowy... umysł jest w stanie myśleć tylko w granicach zmysłowego poznania. U dzieci zaś z niemotą wznosi się ono jedynie do granicy pojęć niższych. Zatem w rozwoju umysłowym osobnika mowie samodzielnej przypisać należy.... niezmierne ważne znaczenie, gdyż użycie wyrazów jako znaków, zastępujących doświadczenie zmysłowe, przyspiesza rozwój umysłu i niesłychanie ułatwia myślenie“ (Ołtuszewski: Przegl. lek., 1901, str. 56). *„Der Sprachmangel u. die dadurch verursachte primitive Form des Denkens verhindert es im psychischen Sinne ein Vollmensch zu sein“* (Branckmann).

Z tego, co powiedziałem, wynika, że głuchoniemy nigdy nie osiągnie tego stopnia inteligencyi, co zdrowy; fakt stwierdzony i powszechnie znany. Doświadczeńsi nauczyciele głuchoniemych podają, że głuchoniemy, który nie pobierał nauki, mało wznosi się ponad stopień rozumu i uczuciowości zwierząt. Znaczenie mowy dla rozwoju umysłu oceniono słusznie już w starożytności i w tem podobno leży przyczyna, dlaczego Grecy jednem słowem: „λόγος“ wyrażają rozum oraz słowo.

Mimochodem wspomnieć jeszcze wypada o innych następstwach tego kalectwa. Głuchoniemota pociąga za sobą

[3]) O znaczeniu słuchu i mowy dla nauki i wykształcenia dziecka szkolnego, mówiłem na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich p. t. „Wnioski, zmierzające do zapobiegania głuchoniemocie“ (Przegląd lekarski, 1901).

jeszcze niedostateczny rozwój klatki piersiowej, głosu i narządów artykulacyjnych. I tak Meissner stwierdził, że na 49 przypadków śmierci u głuchoniemych, 32 razy zejście śmiertelne nastąpiło z suchot płuc i krtani. Takie są następstwa głuchoty, nabytej w wczesnym wieku. Z tego wynika niesłychane znaczenie chorób usznych dla dzieci i wielka ważność zwracania bacznej uwagi na te choroby, zwłaszcza u dzieci, w celu zapobiegania podobnym zgubnym następstwom.

Tak samo u dorosłych, jak i u dzieci obustronne zajęcie błędnika może spowodować niedosłyszenie słów przy utrzymanej percepcyi szmerów. Stan taki może pozorować głuchotę wyrazową i dać powód do zmieszania go z niemotą podkorową czuciową Wernickego. Odróżnienie tych stanów czytelnik znajdzie w wskazówkach, podanych na innem miejscu (Przegl. lek., 1903, Nr. 36.).

W każdym przypadku ogłuchnięcia lub niedosłyszenia znacznego stopnia można także zauważyć u dorosłych zmianę w mowie. Zatraca ona dźwięk, intonacyę, akcent i modulacyę. Wymowa staje się twardą, ostrą, grubą, szorstką, czasem trudno zrozumiałą i odstraszającą. W mowie niedosłyszącego uderza monotonność, bezdźwięczność, brak zmiany dźwięków silnych a słabych, nizkich a wysokich, albo zmiana taka następuje zbyt szybko. Głos, dopiero co bardzo doniosly, staje się nagle zbyt cichym. Niektórzy chorzy mówią zwykle głośniej, niż potrzeba; inni znów zbyt cicho; jeden za wysoko, drugi za nizko, z brakiem t. zw. melodyi mowy. Wszystko to czyni mowę ich tak cechującą, że doświadczony może już po niej poznać chorego, mianowicie, że osoba mówiąca cierpi na przytępienie słuchu wyższego stopnia. Tam zaś, gdzie taki chory mówi zupełnie prawidłowo, należy to według Gutzmanna tłómaczyć tem, że dotykowe poczucie ruchów mowy odgrywa u niego od dzieciństwa silniejszą rolę, niż u innych i obejmuje rolę kontroli słuchu: „*Das Gefühl der sprachlichen Bewegung spielt bei ihnen seit der Kindheit eine weit stärkere Rolle. Die tactilen Momente der Sprache wirken eben noch*". Zmiana mowy u niedosłyszących nie ogranicza się tylko na zmienionym dźwięku głosu, lecz odnosi się także do poszczególnych głosek, które stają się niewyraźnemi. Różnice między podobnie brzmiącemi samogłoskami, jak również między podobnemi spółgłoskami zacierają się w wymowie, albo przychodzi do mowy nosowej, otwartej lub zamkniętej. Najnowsze poszukiwania Urbantschitscha wykazały, że różne choroby ucha środkowego (polipy, nieżyty, obrzmienia błony śluz. i t. d.), mogą wywołać drogą odruchową niedowłady, a nawet zupełne porażenia w różnych sferach ruchowych, oraz zaburzenia równowagi, które z ustąpieniem choroby usznej natychmiast i na trwale ustępują. Między 50 przypadkami tamponowania uciskowego odsłoniętych przestworów ucha środkowego, 11 razy nastąpiło pogorszenie pisma, w jednym przypadku pisanie stało się niemożebnem. Po usunięciu tamponów znikły również zaburzenia w piśmie. W 2 przypadkach tamponada poprawiła pismo. W 13 przypadkach były zaburzenia mowy, przedewszystkiem w wymawianiu litery *s*. Może także przyjść nawet do afazyi. Porażenia odruchowe mogą się ze sobą łączyć i naśladować łudząco udar mózgowy. Atoli ustąpienie tej sprawy po uleczeniu ucha dowodzi ich charakteru odruchowego, czynnościowego. Takie same porażenia mogą także być wywołane z innych sfer czuciowych (nosa, ust) i odnosić się nietylko do sfery ruchowej, lecz także i do dziedziny zmysłów dotykowego i ciepłoty. Kokainizowanie odpowiedniej części błony śluzowej przed tamponadą zapobiega tym zaburzeniom, co najlepiej dowodzi ich odruchowej przyrody. Zaburzenia mowy najlżejszej postaci, wywołane drogą odruchową z narządu usznego, objawiają się prędkiem znużeniem głosu. Niekiedy lekkie zaburzenie mowy potęguje się podczas czytania coraz więcej aż do zupełnej niemożności czytania, a więc podobnie, jak w porażeniu myastenicznem. Niedowład mięśni mowy może się poprawić bezpośrednio po zgłębnikowaniu trąbki usznej, a po wyleczeniu usznej choroby przyczynowej całkiem ustąpić. W rzadkich przypadkach pokazuje się pomieszanie liter, albo jąkanie. Politzer opisał przypadek, w którym po wycięciu kleja usznego wystąpiło jąkanie, które stało się trwałem.

Oprócz tych, niejako więcej bezpośrednio z ucha wynikających zaburzeń mowy, możemy przytoczyć cały szereg przypadków, w których zaburzenia mowy stoją w związku więcej pośrednim z chorobami narządu słuchowego.

Różne przewlekłe i ostre choroby uszne wywołują często różne powikłania śródczaszkowe, które ze swej strony tworzą podstawę przyczynową dla zaburzeń mowy ośrodkowego organicznego pochodzenia. Wiadomo, jak często cierpienia narządu słuchowego, a zwłaszcza ropne zapalenia ucha środkowego, pociągają za sobą różne powikłania śródczaszkowe i mózgowe. Że zaś ostatnie, zależnie od swej siedziby i rozciągłości, mogą zajmować ośrodki i drogi, służące dla mowy, jest w naturze rzeczy. W istocie zboczenia mowy stanowią nieraz bardzo ważny objaw dla rozpoznania przyrody i siedziby śródczaszkowego powikłania mózgowego. Prawie we wszystkich tych zawikłaniach mogą wystąpić zboczenia w czynności mowy, będące bądźto bezpośredniem następstwem choroby w samym ośrodku korowym, najczęściej w I-szym zwoju skroniowym, albo w drogach, łączących ten ośrodek z innymi, bądź też, i to rzadziej, skutkiem działania ogniska z oddalenia przez ucisk, zaburzenia w krążeniu i t. d. W istocie znane sę przypadki zboczeń mowy prawie we wszystkich tych powikłaniach. Hansberg zestawia 57 przypadków takich powikłań, połączonych ze zboczeniami mowy. Zboczenia mowy w tych powikłaniach mogą przybierać najrozmaitsze postacie, mogą być stałemi lub też przemijającemi, zależnie od tego, czy zmiany je wywołujące polegają na zniszczeniu ośrodków układu mowy, czy też tylko na przemijającem zaburzeniu ich czynności.

Tu także widzimy różnicę między wiekiem dziecięcym a dojrzałym. Podczas gdy u dorosłych zaburzenia mowy skutkiem chorób mózgu występują tylko wtenczas, jeżeli choroby te mieszczą się w półkuli lewej, zaburzenia te u dziecka mogą towarzyszyć chorobom każdej półkuli. Zdarzają się zatem u dzieci afazye także w schorzeniu prawej połowy mózgu w połączeniu z lewem porażeniem połowiczem, co u dorosłych „prawaków" wyjątkowo tylko uważano. W tem można znowu dostrzedz dowód, że u dzieci prawa połowa mózgu ma ważniejsze znaczenie dla mowy, niż u dorosłych. Stąd też pochodzi, że zboczenia mowy u dzieci trwają króciej i łatwiej się wyrównują; albowiem z powodu nieutrwalonego jeszcze różniczkowania czynnościowego różnych części mózgu u dzieci, jedna część może łatwiej zastąpić drugą, obejmując jej czynność, i przy zniszczeniu

jednego ośrodka lub jednej drogi stracona czynność może być prędzej przywróconą drogą kompensacyi przez inne części mózgu tej samej, albo przez równoznaczne odpowiednie miejsca drugiej półkuli. Ta zdolność przystosowania się czynnościowego różnych części mózgu jest w wieku dziecięcym większa, niż później. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Operationen am Ohre. Die Operationen bei Mittelohreiterungen und ihren intracraniellen Complicationen für Aerzte und Studierende. Doc. Dr. Heine Berlin. — S. Karger Berlin 1904.

Nauka o chorobach usznych zyskała w paru ostatnich dziesięcioleciach bardzo wiele na znaczeniu i rozwinęła się z małej niepozornej gałęzi na nader poważny dział medycyny ogólnej. Znaczenie to ma otyatrya do zawdzięczenia w pierwszym rzędzie postępowi chirurgicznego leczenia chorób usznych. Z tego też powodu książka, zajmująca się tymi sposobami leczenia, zasługuje na uwagę wszystkich lekarzy, a przedewszystkiem otyatrów i chirurgów. Zaczynając od operacyi na błonie bębenkowej, a kończąc na rękoczynach, wykonywanych na czaszce, przedstawia autor wszystkie zabiegi chirurgiczne, które mogą być wskazane z powodu chorób ucha środkowego i ich następstw mózgowych. Przytem nie ogranicza się na samem skreśleniu nowoczesnej techniki, lecz uzupełnia wszędzie uwagami historycznemi, tyczącemi się tych zabiegów, oraz bardzo dokładnemi i wyczerpującemi wskazaniami, co, jak również i uwagi rozpoznawcze, dołączone do każdej choroby, wymagającej zabiegu operacyjnego, podnosi znacznie pożyteczność tego dzieła.

Autor odróżnia wprawdzie nieżyt ucha środkowego od zapalenia, musi jednak przyznać, że nie zawsze można na pierwszy rzut oka poznać, czy się ma do czynienia z nieżytem, czy z zapaleniem i że zdarzają się formy przejściowe. Wobec tego nasuwa się pytanie, po co to odróżnienie? Właśnie z tych powodów, jako też na podstawie tożsamości w obu chorobach drobnoustrojów chorobotwórczych uważamy ten podział za nieuzasadniony i posiadający nadto jeszcze i tę niedogodność, że utrudnia przegląd i oryentowanie się. Co do wskazań do nacięcia błony bęben., które w ostatnich czasach poruszyły żywiej umysły, autor przyłącza się do większości autorów i stoi na stanowisku Schwartzego w przeciwieństwie do nowszych poglądów szkoły praskiej. Wogóle kieruje się on pod tym względem dolegliwościami chorego i zachowaniem się wyrostka sutkowego, co za zupełnie słuszne uznać należy. Wycięcie kostek słuchowych uważa autor za wskazane, jeżeli można z pewnością wykazać odosobnione ich próchnienie i jeżeli słuch znacznie już jest upośledzony, a leczenie zachowawcze okazało się bezskutecznem. Otwarcie wyrostka w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego jest wskazanem, jeżeli ropienie trwa bez zmiany 4—6 tygodni. Nie możemy się zgodzić z autorem, gdy twierdzi, że w każdym przypadku oddłutowania wyrostka powinno się otworzyć także jamę sutkową, gdyż mamy przypadki, w których usunięcie powierzchownej spróchniałej warstwy wyrostka bez otwarcia jamy sutkowej wystarczyło i doprowadziło do zupełnego wyleczenia.

O świetnym darze obrazowania świadczy między innemi doskonałe skreślenie przez autora stosunków topograficznych górnego uchyłka jamy bęben. i przestworu Prussaka. Stanowisko więcej zachowawcze, zajęte przez autora w kwestyi wskazań do operacyi doszczętnej, odpowiada zupełnie najnowszym doświadczeniom poczynionym z tą operacyą. Co do techniki tej operacyi, to autor ograniczył się do przedstawienia tylko metod używanych na klinice Lucaego, tj. metod Zaufala i Stacke'go z zupełnem pominięciem innych, jak np. metoda Schwartzego. Tak samo nie są podane wszystkie metody do plastycznego zamknięcia pooperacyjnego otworu zausznego. Do opisu operacyi na samym wyrostku dołącza autor zbiór wskazań i obraz techniki operacyi na błędniku. Zabiegi te są jednak nie tylko najtrudniejsze, lecz także jeszcze najmniej wydoskonalone, jak również sprzeczne i nieustalone są jeszcze wskazania do nich.

W dalszych częściach następują: rozpoznanie, wskazanie i technika operacyi ropnia pod oponą twardą, zakrzepu uciskowego, przyściennego, zatykającego i zakaźnego zatoki poprzecznej, jamistej i skalistej, oraz opuszki żylnej i nareszcie rozpoznanie i leczenie operacyjne ropnia mózgowego i zapalenia opon mózgowych. Osobny, stosunkowo obszerny rozdział poświęcił autor kwestyi podwiązania żyły szyjnej, roztrząsając czynniki przemawiające za — i przeciw temu zabiegowi. Ze względu na to, że zabieg ten nie odpowiada często spodziewanym po nim skutkom, a nieraz nawet szkodzi, należy go wykonywać li tylko na podstawie ściśle określonych wskazań. Do tych według autora należą: zatykający zakrzep opuszki żylnej, schorzenie żyły szyjnej, dalej — jeżeli się nie udaje dojść do ośrodkowego końca rozpadającego zakrzepu. Również osobny rozdział poświęcony jest wskazaniom i technice nakłucia lędźwiowego, które autor uważa za zabieg nietylko nie obojętny, lecz przeciwnie za wymagający ścisłych i dokładnych wskazań. Kilku słowami o nakłuciu komór mózgowych kończy autor swoje dzieło, godne wszelkiego polecenia.

W każdem zdaniu można poznać ucznia sławnej szkoły berlińskiej Lucaego, któremu autor dzieło to poświęcił. Uwagi i wskazówki, tyczące się szczegółów postępowania i wymaganych ostrożności wśród operacyi, świadczą o doświadczonym i wytrawnym operatorze. Uporządkowanie treści jest przejrzyste i celowi odpowiednie. Obrazy, przedstawiające stosunki anatomiczne i technikę operacyjną, są wykonane artystycznie i wraz z zewnętrzną formą książki odpowiadają najwybredniejszym wymaganiom i stanowią cenną ozdobę dzieła i chlubę wydawcy. *Spira.*

V. Wyciągi.

C. Flügge. **Zwalczanie gruźlicy.** (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1904, Nr. 8). *W odpowiedzi Behringowi na jego artykuł autor czyni następujące uwagi:* 1) Co do gruźlicy, powstałej wskutek wdychiwania prątków, to już Ribbert wykazał, że gruźlica nie powstaje pierwotnie w tkance płucnej, więc w pęcherzykach, lecz tam dostaje się drogą naczyń chłonnych. Paul wykazuje, że prątki gruźlicze, dostawszy się do płuc, prędko znikają, częściowo wchłaniane przez narząd chłonny, częściowo przez prawdopodobne zabicie na miejscu; mimo tego ze stanowiska higienicznego sprawa wystrzegania się zakażenia przez wdychiwanie nie ulega zmianie, gdyż według doświadczenia tego samego Paula 4% wdychiwanych prątków gruźliczych dostaje się do najdrobniejszych oskrzeli, a 96% pozostaje w górnych drogach oddechowych i zakaża ustrój drogą naczyń chłonnych błony śluzowej ust, przełyku, krtani i t. d.; wobec tego musimy nadal zwalczać gruźlicę szerzącą się drogą powietrza. 2) Ażeby człowiek dorosły tylko wtedy mógł zachorować na gruźlicę, jeżeli za młodu się nią zaraził, to trudno udowodnić; w każdym razie wynika z tego konieczność, by szczególniej niemowlęta chronić od zarażenia się. 3) Twierdzenie Behringa, że gruźlica u ludzi powstaje głównie tylko z powodu karmienia mlekiem, pochodzącem z krów perliczych, nie wytrzymuje krytyki, gdyż mleko, podawane oseskom, wszędzie gotują, przez co prątki gruźlicze, znajdujące się w mleku, zostają napewne zabite; główną zaś rolę odgrywa zakażenie się przez pożycie z osobami choremi na gruźlicę, przez wdychiwanie rozpylonych: śliny, śluzu, kurzu i przez dotykanie się przedmiotów, gruźlicą zakażonych. 4) Pierwszym warunkiem walki przeciw gruźlicy musi być usunięcie prątków gruźliczych z otoczenia dziecka; na drugim zaś planie może być mowa o specyalnem uodpornieniu; o tem zaś, żeby wprowadzenie z mlekiem ciał przeciwnych gruźlicy miało wystarczyć dla ochrony ustroju dziecka, na razie mowy być nie może. 5) Mleko z formaliną musi szkodzić już przez zawartość formaliny i nie wystarcza do ochrony ustroju przed zakażeniem się z powietrza i z otoczenia, a przez to,

że mleko jest niegotowane, odpada i ta pewność, że mleko nie zawiera napewno prątków gruźlicy. 6) Własność przeciwprątkowa mleka jest nieznaczną i niestałą, przez używanie rozcieńczeń osłabia się ją jeszcze bardziej tak, że nie mamy najmniejszej pewności, czy te ciała bakteryobójcze wystarczą do zabicia choćby części bakteryi, dostających się z mlekiem do przewodu pokarmowego. Doświadczenia w klinice Czernego nie wykazały różnicy przy karmieniu oseskÓw mlekiem surowem i gotowanem, a tylko mleko bardzo długo gotowane jest szkodliwem. 7) Wprowadzenie na targ polecanego przez Behringa mleka z formaliną jest niebezpiecznem, dając sposobność do nadużyć i mogąc się stać przyczyną rozszerzenia innych chorób, nietylko gruźlicy. *H.*

Zeldowicz. **Śródotrzewnowe przedarcia pęcherza moczowego.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 41—42). W celach rozpoznawczych rozróżnia Z. 2 okresy w przedarciach śródotrzewnowych pęcherza moczowego: do pierwszego zalicza przypadki świeże, rozwijające się pod okiem lekarza nie później nad 24 godzin po uszkodzeniu; do drugiego zaś wszystkie późniejsze. W przypadkach świeżych rozpoznanie jest łatwe. Cechującym objawem jest niemożność dowolnego oddawania moczu pomimo częstego bolesnego parcia na mocz, niekiedy zaś wyciekanie z cewki moczowej niewielkiej ilości krwi, wreszcie brak moczu w pęcherzu przy cewnikowaniu. W przypadkach późniejszych występują na pierwsze miejsce objawy zapalenia otrzewnej, co utrudnia rozpoznanie sprawy podstawowej. Dla ułatwienia rozpoznania w tych razach autorowie zalecają wprowadzać do pęcherza płyn i z ilości jego, wyprowadzonej napowrót, wnosić, czy pęcherz moczowy jest uszkodzony. Objaw ten Z. uważa za niepewny i nieraz szkodliwy; może on bowiem uczynić niezupełne przedarcie zupełnem. Więcej wagi przypisuje autor drugiemu objawowi, mianowicie, że w razie przedarcia pęcherza moczowego można z łatwością przeprowadzić cewnik do jamy brzusznej i wyczuć jego koniec przez powłoki brzuszne. Wreszcie w razie przedarć śródotrzewnowych można otrzymać cewnikiem znaczne ilości płynu (niekiedy kilka litrów) z ogromną zawartością białka. Objaw ten powinien już sam przez się naprowadzać na podejrzenie przedarcia pęcherza moczowego, ponieważ tak znaczne ilości płynu, wielokrotnie przewyższając przeciętną najwyższą pojemność pęcherza moczowego, mogą pochodzić jedynie z jamy większej od pęcherza pojemności, mianowicie z jamy brzusznej. Objaw ten zdarza się tylko w razie przedarć śródotrzewnowych. Zewnątrzotrzewnowym przedarciom towarzyszy zwykle wydzielanie moczu w umiarkowanej ilości (200—300 ctm.). Z. zaznacza jednak, że i przedarcia śródotrzewnowe mogą dawać niekiedy również ilości moczu, zbliżone do prawidłowej, mianowicie w tych rzadkich przypadkach, gdy przedarcie pokrywa się pętlą jelita, tamującą dostęp moczu do jamy otrzewnowej, również w przypadkach zbyt małych przedarć. Niektórzy autorowie podają wreszcie dla odróżnienia przedarć zewnątrz — od śródotrzewnowych tę okoliczność, że w razie przedarć zewnątrzotrzewnowych powstaje nad spojeniem łonowem nieruchome ograniczone przytępienie odgłosu wypukowego. Objaw ten jest, zdaniem Z., niepewny, ponieważ podobneż przytępienie może powstawać i podczas przedarcia śródotrzewnowego, jeśli wskutek zrostów między jelitami tworzy się naokoło pęcherza moczowego jama, do której dostaje się mocz; z innej zaś strony przedarciom zewnątrzotrzewnowym może towarzyszyć obszerne oddzielenie się otrzewnej, co stwierdza się dużym pasem przytępienia odgłosu wypukowego, lub nawet zapaleniem otrzewnej. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Ziwert. **Rzadki przypadek szmeru naczyniowego w okolicy wątroby.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 46) Z. opisuje przypadek raka żołądka, spostrzegany w klinice prof. Wagnera (Kijów), w którym na 2 tygodnie przed śmiercią wystąpił szmer po prawej stronie klatki piersiowej między linią przymostkową i przednią pachową na przestrzeni od 4 do 7 żebra: szmer był bardzo wyraźny, dmuchający, nieprzerwany; był on wyraźny ściśle w wskazanej okolicy, poza granicami której szybko znikał; najwybitniej szmer ten występował w położeniu leżącem chorego *en trois quart* na lewym boku; w położeniu siedzącem szmer znikał; podczas skurczu serca i wydechu szmer wzmagał się. W opuszce żyły szyjnej słyszało się w położeniu siedzącem szmer słaby, który znikał w położeniu leżącem. W okolicy serca żadnych szmerów nie było. Brzuch był bardzo wzdęty i zawierał dużo płynu wolnego. W następnych dniach wystąpiły częste obfite wypróżnienia, wskutek czego wzdęcie brzucha zmniejszyło się w znacznej mierze i puchlina brzuszna zaczęła szybko znikać; po 4 dniach znikł również i szmer. Badanie zwłok obok raka żołądka (*scirrhus*) wykazało obecność zbitych sznurów włóknistych, które przebiegały od dolnej powierzchni płuca prawego do brzegu czworokątnego otworu przepony, oraz tęgich zrostów między przeponą a lewym płatem wątroby w okolicy żyły próżnej. Na podstawie tych zmian Z. odnosi szmer do żył, mianowicie silne wzdęcie brzucha i puchlina brzuszna znacznie podnosiły przeponę i skręcały wątrobę brzegiem dolnym w kierunku do przedniej powierzchni brzucha. Wskutek tego przytoczone zrosty i sznury rozciągały się i zaciskały żyłę próżną; w położeniu zaś pionowem przepona podczas głębokich wdechów obniżała się, skręcenie wątroby zmniejszało się, co wywoływało luźniejsze zaciskanie żyły próżnej i znikanie szmeru. Istotnie gdy przepona wskutek opadnięcia brzucha powróciła do zwykłego położenia, szmer znikł. Przypadek Z. nie ma podobnych w piśmiennictwie. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Jagna. **Wpływ promieni radu na aglutynującą własność surowicy krwi chorych na dur brzuszny.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 49). J. badał w klinice prof. Botkina (Petersburg) wpływ promieni radu na aglutynującą własność surowicy krwi chorych na dur brzuszny i przyszedł do przekonania, że rad znosi zupełnie tę własność surowicy w razie działania jego w ciągu 2 do 3 dni; mniej długotrwałe działanie osłabia tylko tę własność w wysokim stopniu. Ten wpływ radu zależy prawdopodobnie od tak zw. β-promieni. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Dr. D. Panyrek. **Wełnica pospolita, jako nowy środek opatrunkowy, zwłaszcza w przypadkach nagłej pomocy.** (*Časopis lékařů českých*, Nr. 51, 1903). Wata, zwłaszcza starannie przyrządzona dla celów lekarskich, stanowi tak znakomity środek opatrunkowy, że trudno niemal sobie wyobrazić, by mogło istnieć coś lepszego. Jedyną jej wadą jest to, że nie możemy jej w stanie suchym na ranę przyłożyć, wywołuje bowiem w niej stan zapalny; brak ten atoli jest tak nieznaczny, iż śmiało możemy watę uważać za idealny środek opatrunkowy. Zdarzają się atoli takie przypadki, gdzie pomimo naglącej potrzeby w żaden sposób waty dostać nie można: ma to miejsce przedewszystkiem w praktyce wiejskiej. Otóż w takich to razach znakomitą usługę oddać nam może wełnica pospolita, którą od kwietnia do lipca wszędzie na mokrych łąkach spotykamy w tym okresie rozwoju, że jej puszek kwiatowy doskonale nadaje się do opatrunku. Co więcej, autor przekonał się, że puszek wełnicy może być tak przyrządzony, że nawet w klinikach w zupełności watę zastąpić może, a nawet ją pod niejednym względem przewyższa. Ponieważ o takiem zastosowaniu wełnicy dotąd niema najmniejszej wzmianki, uważam sobie za obowiązek możliwie obszernie streścić wywody autora, zwłaszcza, że o ileby wśród szerszego koła lekarzy głos czeskiego kolegi znalazł posłuch, sprawa ta dla naszego włościanina mogłaby mieć niepoślednie znaczenie ekonomiczne.

Wełnica (*Eriophorum*) jest to roślina, należąca do rzędu ciborowatych i nader u nas pospolita, rośnie bowiem w wielkiej ilości na mokrych łąkach torfowych, kwiaty posiada dwupłciowe, zebrane w kłosy i otoczone włoskami, które podczas dojrzewania owocu mocno się rozrastają, wychodzą z plew i nadają kłosom wejrzenie kłaczków bawełny. U nas najpospolitsze są wełnica wielokłosa (*E. polystachium*) i pospolita lub wązkolistna (*E. angustifolium*), które przeto nieco dokładniej opiszemy. Wełnica wielokłosa posiada liście lancowate, płaskie, ku górze trójgraniaste, na łodydze kwiatowej miewa po 5—12 kłosów; puch kwiatowy jest równo ucięty, łuskowate zaś przykwiatki ostro zakończone; wełnica wązkolistna posiada liście u dołu żłobkowane, ku górze trójgraniaste, kłosów 3—8, puch zaś zaokrąglony; kwitnie wełnica od kwietnia do lipca i w tym to okresie puszek jej jest najbardziej do użytku przydatny.

Jak dotąd wełnica nie posiada żadnego zgoła praktycznego zastosowania; bydło je ją niechętnie, jedynie w południowych Czechach uboga ludność kłoskami wełnicy zamiast pierza wypycha poszewki od poduszek.

Przyjrzyjmy się bliżej naszej domowej wacie: kłos wełnicy składa się z bardzo licznych włókienek, które, umocowane na samem nasionku, rozchodzą się promienisto; długość oddzielnych włókienek wynosi koło 2 ctm.; wszystkie włókienka posiadają jednakową grubość, zaś ku końcowi są zaostrzone, wewnątrz próżne i dosyć sprężyste. Po wyschnięciu nieco kruszeją i zlekka żółkną. W ten sposób każde nasionko posiada jakby kitę, za którą można je z kłosu wyciągnąć; atoli dopóki kłos jest niedojrzały, nasionka tkwią w nim tak mocno, że nie dają się z wełny wyciągnąć i ta właśnie okoliczność powinna być przy zbieraniu puchu wełnicy wzięta pod uwagę; o ile bowiem będziemy go zbierali przed dojrzeniem kłosów, t. j. w maju, najpóźniej zaś w początkach czerwca, o tyle czystszą otrzymamy watę. Rozpatrywane pod drobnowidem włókienko wełnicy przedstawia się w postaci długiej, równej, płaskiej wstęgi, 4 do 6 razy szersze od włókna bawełnianego. Na wstędze tej widzimy rysunek, który przypomina nam opaski dziewcząt wiejskich i składa się z ciemnych podłużnych linii, tu i owdzie upstrzonych barwnemi plamami.

Linie owe składają się z szeregów wydłużonych słupkowatych, równolegle do siebie ułożonych komórek. Zwłaszcza wyraźnie występuje rysunek, gdy włókienko wełnicy oglądamy w ługu sodowym, kwasie octowym lub wyskoku. Włókna wełnicy chłoną i utrzymują w sobie wodę, a jeszcze bardziej wyskok i pod tym względem nie różnią się od waty. Badanie drobnowidowe przekonywa nas, że rozmaite środki chemiczne, jakich używamy przy opatrunkach, nie wywierają na włókienka wełnicy zgoła żadnego wpływu niszczącego, owszem dowodzą, że jest wełnica raczej trwalszą od waty. Jedynie należy unikać dłuższego zetknięcia wełnicy z $HgCl_2$ lub $AgNO_3$, które, jak wiadomo, niszczą wszystkie włókna roślinne. Rzucona na zimną wodę, wełnica pływa; w ciepłej natomiast tonie, ale po wyschnięciu w niczem nie ulega zmianie na gorsze. Puch wełnicy trzymany przez całe tygodnie w słońcu, nieco żółknie, ale nie kruszeje w tym stopniu, by się nie nadawał do opatrunku; owszem, elastyczność jego tylko bardzo nieznacznie się zmniejsza.

Jednem słowem ze wszelkich termo-chemicznych prób, jakim ją Dr. Panyrek poddał, wyszła wełnica całkiem zwycięzko. Co się tyczy badań klinicznych, to i pod tym względem autor jest nader z wełnicy zadowolony, przekonał się bowiem, że wchłania ona dobrze wydzieliny, przeziewu zaś skórnego nie utrudnia. Oczywiście do opatrunków używał Panyrek wełnicy, uprzednio przez gotowanie w wodzie wyjałowionej. Szczególnie dobre usługi oddaje wełnica w połączeniu z kolodyonem przy drobnych skaleczeniach, tworzy bowiem na razie szczelną, a nie pękającą powłokę. Wobec tych dodatnich własności autor gorąco poleca uwadze ogółu lekarskiego wełnicę, za którą przemawiają jeszcze następujące względy: wełnica jest przecie rośliną krajową, nie wymagającą żadnej zgoła uprawy, rośnie bowiem na najlichszych gruntach, dotąd żadnej nie przynoszących korzyści. Rozpowszechniając przeto użycie wełnicy w lecznictwie, przysporzylibyśmy krajowi sporo grosza, wywożonego dotąd za granicę. Wprawdzie wata jest bielsza, więc estetyczniej wygląda; na korzyść wełnicy natomiast przemawia ta okoliczność, że włókna jej są trwalsze, że mógłby ją zbierać sam lud, ciągnąc stąd mniejszy lub większy zysk, tudzież posiadając zawsze pod ręką doskonały materyał opatrunkowy, tak niezbędny w każdej chacie włościańskiej. Sposób przyrządzania wełnicy jest nader prosty: po zebraniu puchu kwiatowego należy go wyjałowić przez gotowanie w wodzie, a po wysuszeniu otrzymujemy zdatny do użytku materyał opatrunkowy. Drugi sposób zasadza się na przygotowaniu poduszeczek, wypełnionych wełnicą, które po wyjałowieniu i wysuszeniu mogłyby zastąpić poduszeczki z wełną drzewną, tak często w chirurgii używaną.

(Kończąc sprawozdanie z pracy Sz. kolegi czeskiego, ośmielam się zwrócić do wszystkich kolegów z pokorną prośbą, by zechcieli w odpowiednim czasie podjąć na szeroką skalę próby z wełnicą. Jeżeli bowiem ta okaże się tak dobrą, jak o tem donosi Dr. Panyrek, o czem zresztą niema żadnej racyi powątpiewać, w takim razie przysporzylibyśmy ludowi naszemu niemało zysku, a już ten jeden wzgląd tak jest ważny, że warto dlań popracować. Sądziłbym również, że dobrzeby było ten nowy krajowy środek opatrunkowy zaprodukować na mającej się w tym roku odbyć we Lwowie Wystawie przyrodniczo-lekarskiej. Wogóle jestem zdania, że podjęta przez Dra Panyrka myśl zasługuje na jak największą uwagę i poparcie tak w sferze lekarskiej, jak i przemysłowej. *Sprawozdawca).*

Dr. Fr. Grodecki.

Uffenorde. **Przyczynek do histologii bujania migdałka trzeciego ze szczególnem uwzględnieniem gruźlicy, oraz wskazania do operacyi.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, T. 58, 1903). Na 64 przypadków znalazł autor w 3 gruźlicę w wyciętym trzecim migdałku, a z tych w 2-ch przypadkach gruźlica była pierwotna, gdyż nigdzie w ustroju gruźlicy znaleźć nie było można i po wstrzyknięciu tuberkuliny nie występował odczyn. U. uważa badanie mikroskopowe wyciętego migdałka za więcej odpowiednie dla wykrycia gruźlicy w migdałku, niż metody bakteryologiczne. *Dr. Teofil Zalewski.*

Piffl. **Przyczynek do sposobu odsłonięcia opuszki żyły szyjnej wewnętrznej.**

Zaufal. **Przyczynek do sposobu odsłonięcia i wypłókania opuszki żyły szyjnej wewnętrznej przy zakrzepie zatoki poprzecznej.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Tom 58, 1903). Piffl zwraca uwagę na trudności, jakie bywają nieraz przy odsłonięciu opuszki żyły szyjnej, jeżeli się chce odsłonić ją w ciągłości z zatoką esowatą. W tych przypadkach proponuje, podobnie jak i Grunert, odsłonięcie od strony jamy bębenkowej, przez usunięcie dolnej ściany przewodu usznego i dna jamy bębenkowej. Na sposób ten wpadł Piffl i w jednym przypadku wykonał go niezależnie od Grunerta.

Zaufal zwraca uwagę, że przepłókiwanie opuszki żyły szyjnej, jak to zaleca Grunert, doradzał on już dawniej w rozprawie swojej o zakrzepie zatoki poprzecznej. Z. zwraca uwagę na to, że odsłonięciu opuszki żyły szyjnej w jednej ciągłości z zatoką esowatą może stać na przeszkodzie w niektórych przypadkach, prócz wyrostka poprzecznego pierwszego kręgu szyjnego, *processus paracondyloideus*, który w niektórych przypadkach może być tak silnie rozwinięty, że tworzy z wyrostkiem poprzecznym pierwszego kręgu szyjnego staw. *Processus paracondyloideus* znajduje się w połowie odległości między *sutura mastoideo-occipitalis a processus condyloideus.* *Dr. Teofil Zalewski.*

A. Bittorf. **Ostre i przewlekłe zapalenie kiszki grubej, w szczególności kiszki esowatej.** (*Muench. med. Wochenschrift*, Nr. 4, 1904). Do objawów tego cierpienia należą: ogólne osłabienie, bóle głowy. Gorączka, raz mniejsza, raz większa, nawet ponad 39.5. Wzdęcie czasami całego brzucha, czasem tylko częściowe. Opór kształtu podłużnego i bolesność w okolicy talerza biodrowego lewego. Stolec zazwyczaj zaparty. W jednym przypadku był wyraźny odczyn Rosenbacha, chociaż niema nigdy występować w zaparciu żywota (Ewald-Rosenbach). Autor stwierdził raz wysięk otorbiony i to znaczny. Wysięk ten szybko ustąpił. Nawet w lekkich przypadkach liczba ciałek białych wynosiła ponad 24.000, chociaż ropienia nie było, co sprzeciwia się twierdzeniu Curschmanna, który utrzymuje, że już 20—22000 ciałek białych świadczy o ropieniu. Leczenie polega na spokoju, okładach wysychających, dyecie, olejku rącznikowym, czasem na podaniu makowca. Obraz przypadków przewlekłych jest taki sam, tylko że oporność przez czas dłuższy daje się wyczuć, a gorączka waha się między 37·3 a 38° C. Leczenie — jak w przypadkach ostrych. Czynnikiem usposabiającym do tego cierpienia są nieżyty jelit, zaparcie stolca i nerwice. *J. Opolski.*

Hecht. **Suprarenina.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 5, 1904). Przetwór ten jest na składach w proszku i w rozczynie wodnym w połączeniu z kw. octowym lub też solnym. Używając rozczynu wodnego autor wykonywał szereg operacyi w chorobach górnych dróg oddechowych i narządu słuchowego prawie zupełnie bezkrwawo. Suprarenina w połączeniu z kw. solnym zawiera na 1000 grm. rozczynu soli kuchennej (0.9%) 1 grm. suprareniny. Do celów rozpoznawczych używa autor rozczynu 1 : 5000 do 1000, w celach operacyjnych 1 : 2000—1000. Kładzie on na pole operacyjne watę dobrze wyciśniętą z rozczynu chlorku supraraniny 1·0 : 2000 z dodatkiem 10% kokainy i trzyma ją przez 15 minut. Jeżeli błona śluzowa nie jest zupełnie blada, to pociera jeszcze rozczynem 1 : 1000. Znakomite usługi oddaje w nawykowem krwawieniu z nosa. W nieżytach nosowych ostrych i przewlekłych, połączonych ze znacznem przekrwieniem błony śluzowej, podaje tabaczkę:

Rpf. Zinc. sozojodol. 0.3 (0.5—1.0),
Menthol. 0.2 (0.3—0.5),
Suprarenin. cryst. 0.001 (0.002),
Sacchari lactis 10.0.

Suprarenina używaną jest również w ginekologii i okulistyce. Wewnętrznie podawano ją w krwotokach żołądkowych i krwiopluciu (Lange, Graeser). Autor nigdy nie zauważył jakichkolwiek ujemnych następstw przy użyciu przetworów nadnercza na błony śluzowe. *J. Opolski.*

A. Schücking. **Znacznego stopnia zabarwienie skóry po zastrzyknięciu wyciągu nadnercza.** (*Münchener medic. Wochenschrift*, Nr. 5, 1904). W pięciu przypadkach wstrzykiwał autor rozczyn adrenaliny 1 : 1000 3 ctm. sz. w celu zapobieżenia krwawieniu podczas operacyi ginekologicznej. W 2 przypadkach wystąpiła przemijająca sinica, w trzech silne wymioty, możliwie wskutek usypiania chloroformem z eterem. W jednym przypadku po wstrzyknięciu adrenaliny w część pochwową już w 7 minut wystąpiło ciemno-niebieskie zabarwienie skóry, podobne jak w chorobie Addisona. Tętno było wyczuwalne, oddechy płytkie. Po zastosowaniu sztucznego oddychania, oddechy stały się regularnymi i głębokimi. Chora obudziła się z gwałtownymi wymiotami. Zabarwienie skóry trwało w ciągu pół godziny. *J. Opolski.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

O działaniu tiokolu. (*Deut. Aerzte Ztg.* Nr. 21, 1903). Dr. A. Ott podaje wyniki doświadczeń, przeprowadzonych w berlińskiej klinice uniwersyteckiej prof. Leydena. Sam spostrzegał dobre działanie tiokolu w gruźlicy, stosując go w ciągu kilku lat w lecznicach dla piersiowo chorych. Skuteczność leku tłómaczy

wpływem miejscowym na wydzielanie żołądka i jelit, względnie polepszeniem wchłaniania. Niejednokrotnie mógł stwierdzić po tiokolu powiększenie ilości wolnego kwasu solnego. Z taką poprawą przyswajania łączy się też naturalnie ogólne wzmocnienie ciała, a z tem korzystny wpływ na zmiany gruźlicze w płucach i na objawy, towarzyszące tym zmianom. W tiokolu mamy środek, który nie ma wszystkich nieprzyjemnych własności gwajakolu, względnie kreozotu, natomiast posiada w zupełności korzystne ich działanie.

Baschkopf.

Leczenie kąpielami nasyconemi kwasem węglowym i ich niebezpieczeństwa. (*Neue Therapie*, Nr. 6, 1903). W ostatnich czasach coraz więcej wchodzą w życie kąpiele, nasycone kwasem węglowym (Nauheim w Niemczech, Royat, Chatel-Guyon we Francyi); przypisuje się im własność regulowania i wzmacniania skurczów serca, zwalniania tętna „drogą odciągnięcia krwi z trzew ku powierzchownym naczyniom włosowatym“, przypuszcza się „wessanie wypocin zastawkowych“, usunięcie miażdżycy tętnic wieńcowych, anatomiczne wyleczenie chorób sercowych, zmniejszenie rozszerzonego serca, choć w rzeczywistości osiągnąć można tylko poprawę czynnościową. Ponieważ kąpiele te mogą stać się w niektórych przypadkach niebezpiecznemi, przestrzega H. Huchard przed ich nadużywaniem, gdyż spostrzegano po nich śmierć z udaru. Także Pawiński w Warszawie ubolewa nad nadużywaniem tych kąpieli. Huchard donosi o trzech przypadkach, które zakończyły się śmiercią; autor ten twierdzi, że leczenie w Nauheim, skutkiem działania potęgującego na parcie krwi łączy się z wielkiem niebezpieczeństwem dla chorych, cierpiących na zmiany w tętnicach sercowych. Leczenie to wskazane jest tylko w niektórych chorobach zastawkowych. Ciepło wywiera silne działanie na serce przez wpływ nawałowy i rozszerzający naczynia w krążeniu obwodowem. Dlatego tak dobrze nadają się w zmianach tętnic lub zastawek sercowych wody w Bourbon-Lancy dzięki swej ciepłocie i działaniu moczopędnemu.

Baschkopf.

Leczenie złośliwych nowotworów zapomocą formaliny. Działanie formaliny, ścinające białko, naprowadziło Povella na myśl leczenia tym przetworem złośliwych nowotworów, by je tym sposobem niejako zamienić w ciało obce, ulegające oddzieleniu się. Autor pokrywał nowotwory watą, zwilżoną 2%-wą formaliną (miesza się 1 część kupnego (40%) roczczynu z 19 częściami wody przekroplonej), a opatrunek zmienia się co 6 godzin. Po 3—4-tej zmianie opatrunku znika wydzielina cuchnąca, guz staje się niewrażliwym i można go rozgnieść; wytwarza się linia demarkacyjna, jak w zgorzeli, wreszcie guz odpada. Tym sposobem oddzielił się w 12 do 16 dniach mięsak i rak wargi. Inni angielscy autorowie twierdzą, iż po stosowaniu czystej, lub 40—50%-wej formaliny w glicerynie osiągnęli w rakach skórnych także dobre wyniki, jednakowoż tak silne roczczyny można stosować tylko po znieczuleniu ogólnem lub miejscowem. (*Klin. therap. Woch.*, Nr. 34, 1903).

Baschkopf.

Tigenol w chorobach narządu słuchowego. (*Monatsschrift für Ohrenheilk.*, Nr. 11, 1903). Dr. E. Urbantschitsch stosuje tigenol w chorobach usznych i osiągnął w przeważającej liczbie przypadków wyniki zadowalniające, a często stwierdził wpływ korzystny, którego stanowczo nie mógł uzyskać przy użyciu innych leków. Ze względu na działanie tigenolu, powstrzymujące wydzielanie, stosował go U. w przewlekłych ropieniach ucha środkowego. Szczególnie w jednym przypadku był skutek szybki, podczas gdy wkraplanie roczczynu azotanu srebrowego, 2%-wego wyskoku salicylowego i t. d. nie sprowadziły polepszenia. Uderzająco korzystnem okazało się działanie tigenolu w ostrem ropnem zapaleniu ucha środkowego bez przebicia błony bębenkowej. Skutecznym był także tigenol w rozlanem zapaleniu zewnętrznego przewodu usznego, wreszcie w wyprysku małżowiny usznej. Urbantschitsch poleca:

Rp. Thigenol »Roche« 2,0—4,0. Glycerini, Aq. dest. aa 10,0. S. Co 3 godz. 10 kropli zapuścić do ucha na 5—10 minut.

Rp. Thigenol »Roche« 5,0. Spirit. vini rectif. 20,0. Aq. dest. 10,0. S. 3—4 razy dziennie zapuścić do ucha na 10 min.

Rp. Thigenol »Roche« 5,0. Hydrog. hyperox. 6% 10,0—20,0. Spirit. vini rectif. 20,0—10,0. S. 3—4 razy dziennie zapuścić do ucha.

Rp. Thigenol »Roche« 2,0—4,0. Lanolini. Vaselini aa 10,0. S. Kilka razy dziennie mocno wcierać.

Rp. Thigenol »Roche« 1,0. Acid. borici 10,0. M. f. pulv. subt. pulver. S. 10% kwas tigenolo-borowy. *Baschkopf.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 24 lutego 1904 r.

Przewodniczący kol. prof. Nowak. Obecnych członków 33.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Na wniosek Komitetu przyjęto jednogłośnie na członków Towarzystwa kolegów: Berezowskiego Tadeusza, Cybulskiego Teodora, Progulskiego Stanisława, Radeckiego Pawła, Stankiewicza Wiktora i Wojciechowskiego Brunona.

III. Kol. T. Piotrowski demonstruje krążek, zrobiony przez babkę wiejską z prętów brzeziny, powleczonych woskiem. Chora nosiła krążek ten przez 5 lat. Następnie kol. Piotrowski przedstawia i omawia dwa przypadki cięcia cesarskiego z wskazania bezwzględnego u pierwiastek. Jeden z nich dotyczył karlicy, liczącej lat 20, symetrycznie zbudowanej, 122 ctm. wysokiej, u której *C. diagonalis* wynosiła 9 ctm. Zawezwany do porodu lekarz usiłował wykonać obrót, a gdy mu się to nie udało, odesłał rodzącą do szpitala. W chwili przyjęcia stwierdzono ciepłotę i tętno prawidłowe, położenie płodu podłużne główkowe z wypadnięciem rączki; tętno płodu dobre. Wykonano laparotomię i po otwarciu macicy cięciem podłużnem, wydobyto płód żywy, ważący 2540 gr. Ranę w macicy zaszyto. Połóg przebiegał wśród objawów ostrego zakażenia, pojawiła się mianowicie biegunka, obfite odchody ropiaste, zapalenie opłucnej, liczne odleżyny przy stale utrzymującej się wysokiej gorączce. Wstrzykiwaniami surowicy Marmorka, przepłókiwaniami macicy, środkami, podtrzymującymi czynność serca, zdołano chorą uratować. Płód zmarł po 17 dniach wskutek zapalenia płuc.

Drugie cięcie wykonano u mężatki 26-letniej, okazującej wybitne zmiany krzywicze, 112 ctm. wysokiej, u której *C. diagonalis* wynosiła $8\frac{1}{2}$ ctm. Zawezwany do porodu lekarz usiłował zrobić wymóżdżenie, a gdy próby te wskutek ścieśnienia miednicy spełzły na niczem, odesłał rodzącą do szpitala. W chwili przyjęcia stwierdzono ciepłotę rodzącej 38°, tętno 120. Położenie płodu podłużne główkowe. Srom obrzękły, liczne, pokryte szarym nalotem otarcia na sromie i w pochwie; wypływ z pochwy cuchnący. Wykonano cięcie z następową amputacyą nadpochwową. Kikut obszyto, przymocowano do rany w powłokach, a nadto oddzielono go od jamy otrzewnej setonami z gazy jodoformowej. Połóg przebiegał bez gorączki. Operowana po 3 tygodniach opuściła oddział. Wydobyty płód żywy, płci żeńskiej ważył 2750 grm., karmiony przez mamkę, gdyż matka mimo dobrze rozwiniętych sutków zupełnie straciła pokarm. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi zabierali głos kol. Borzęcki, prof. Wachholz i Cercha.

IV. Kol. prof. Wachholz wygłosił zapowiedziany odczyt: »O pożarach teatrów ze stanowiska sądowo-lekarskiego«. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół z posiedzenia zwyczajnego z dnia 10 stycznia 1904.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego posiedzenia przedstawia kol. Reiss chorą z owrzodzeniem na dolnej wardze ust, niebolesnem, okazującem chrząstkowatą twardość. Gruczoły karkowe i podszczękowe po stronie prawej wybitnie obrzękłe, niebolesne, po stronie lewej wyczuwalne. Rozpoznanie: *sclerosis labii oris inferioris.* Za rozpoznaniem *syphilis primaria* przemawiają wszystkie objawy, pozwalające wykluczyć owrzodzenia innej natury.

Następnie przedstawia kol. Reiss chłopca z ubytkiem kostnym grzbietu nosa po *lues hereditaria tarda*. W celu przywrócenia zapadłemu nosowi dawnych kształtów zastosowano wstrzyknięcie podskórne parafiny metodą Gersunyego, do wstrzyknięcia jednak użyto za ciepłej parafiny, wskutek czego skóra nosa uległa oparzeniu drugiego stopnia, co jednakże nie pociągnie za sobą ujemnych następstw, sprawa bowiem jest już obecnie na drodze zupełnego wyleczenia. Wynik kosmetyczny po parafinie dobry. Dalej przedstawia kol. Reiss dwóch

chorych ze świeżą wysypką kiłową *lues papulosa lenticularis*, zajmującą twarz, tułów i kończyny i *lues papulosa miliformis*, rozsianą tylko po tułowiu. Wszystkie gruczoły są zajęte, powiększone i wybitnie twarde; guzki są twarde, głębokie i utrzymują się bardzo długo mimo najenergiczniejszego leczenia rtęciowego. Obie te formy należą do ciężkich; raz wyleczone lu ią rychło nawracać i to zazwyczaj w tej samej postaci morfologicznej. Podnoszony szczegół, że w tej formie kiły rzadko się spotkać można z kłykcinami, sprawdza się na przedstawionych przypadkach, gdzie mimo bardzo obfitej wysypki nigdzie kłykcin wykazać nie można.

Nadto przedstawia kol. Reiss chorą z wysypką kiłową wczesną, *lues papulo-squamosa lenticularis*, rozrzuconą na powierzchni całej skóry ze szczególniejszem ugrupowaniem na czole jako *corona Veneris*. Postać również głęboka i bardzo opierająca się leczeniu.

W dalszym ciągu przedstawia kol. Reiss chorego z niedokształtem ujścia zewnętrznego cewki tak znacznego stopnia, że przez to ujście zaledwo igłę nr. 1 przeprowadzić było można. Przystąpiono natychmiast do rozszerzenia otworu, a przekonawszy się, że zwężenie istnieje tylko w zakresie samego ujścia, użyto elektrolizy. W tym celu użyto anodę przy nasadzie prącia, katodę zaś z igłą wprowadzono do otworu, przytem użyto siłę prądu nie większą nad 6 Mamp. i w przeciągu niespełna dwóch minut, nie sprawiając choremu znaczniejszego bolu, bez zniecżulań, na drodze bezkrwawej rozszerzono ujście do tego stopnia, że zgłębnik nr. 16 Ch. dał się bez trudności wprowadzić. Na drugiem posiedzeniu rozszerzono ujście do nr. 20 Ch. Obecnie wprowadza się codziennie krótki zgłębnik nr. 20 Ch.

Następnie przedstawia kol. Reiss chorego z trzema wrzodami wenerycznymi wyżerającymi na skórze i na żołędzi prącia. Wrzody głębokie, atoniczne, dość bolesne, natomiast gruczoły pachwinowe wybitnie obrzękłe i niebolesne. Tkanka we wszystkich trzech miejscach okazuje głęboki rozpad. W wydzielinie znaleziono prątki Ducreya.

Wreszcie przedstawia kol. Reiss chorego z wypryskiem łojotokowym, w którym spostrzegać się dają wykwity bardzo zbliżone do wykwitów dermatozy, znanej pod nazwą *pityriasis rosea* Gibert, a przytem również powierzchowne nacieki, przypominające pewne postacie łuszczycy.

W końcu przedstawia kol. Reiss chorego ze zmianami chorobowemi na nosie, których rozpoznanie wahać się może między *lupus vulgaris exulcerans*, a *lues cutanea gummosa*. Wywiady ujemne. Kol. Reiss przechyla się ku rozpoznaniu *lupus vulgaris*, mimo że guzków typowych w obwodzie części chorobowo zajętych wykazać nie można.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. Pacyna, sekretarz.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie z dnia 18 kwietnia 1903.

Przewodniczący Radca Dworu prof. Korczyński. Obecnych członków 10. Nadto z zaproszonych na posiedzenie: Dr. Dłuski z Zakopanego, Dr. Kmietowicz z Krynicy, Doc. Dr. Kowalski ze Lwowa, Pan Wiśniewski, dzierżawca Szczawnicy i Pan Znamierowski burmistrz z Krynicy.

1) Prof. Dr. Jakubowski zdaje sprawę z dotychczasowych doświadczeń nad działaniem wina borówkowego wyrobu Dr. Mogilnickiego w Buczaczu.

2) Dr. Bier składa tymczasowe sprawozdanie o przyrządach desinfekcyjnych pomysłu Zarewicza.

3) Sprawę wyrobów farmaceutycznych jednej z firm krajowych odroczono do następnego posiedzenia.

4) Stwierdzono, że papierki synapizmowe »Austria« wyrobu Lebensteina na Zwierzyńcu pod Krakowem, polecone w swoim czasie przez Towarzystwo lek. krak., nie zmieniły się co do swojej dobroci i dokładności wyrobu.

5) Na podstawie badań, przedsięwziętych przez Doc. Dr. Ludomiła Korczyńskiego, Doc. Dr. Lembergera i Dr. M. Śliwińskiego przyjęto z uznaniem do wiadomości, że wyrób sztucznych wód mineralnych, poleconych przez Towarz lek krak. w fabryce K. Rzący i Chmurskiego odbywa się obecnie w sposób zupełnie wzorowy.

6) Resztę posiedzenia zajęła sprawa uzdrowisk krajowych, a w szczególności uzdrowisk zimowych.

Przedewszystkiem Dr. Dłuski złożył nadzwyczaj wyczerpujące sprawozdanie ze stanu Sanatoryum w Zakopanem, które pozostaje pod jego kierownictwem. Z bardzo szczegółowych zestawień statystycznych popartych wyciągami z historyi chorób, prowadzonych nadzwyczaj wzorowo i naukowo, oraz z wyników dotychczasowego leczenia wnosić należy, że Sanatoryum to stoi bezsprzecznie na wyżynie współczesnej wiedzy o pielęgnowaniu i leczeniu chorych piersiowych i że dzięki osobistemu działaniu Dr. Dłuskiego, wzorowemu urządzeniu zakładu i wysokogórskiemu klimatowi Zakopanego wyniki leczenia nie zanadto jeszcze rozwiniętych postaci gruźlicy są znacznie lepsze, aniżeli w wielu innych zakładach zagranicznych. Sanatoryum zakopańskie, kierowane przez Dr. Dłuskiego, zdaniem komisyi zasługuje na wszechstronne uznanie i polecenie.

Ponieważ Sanatoryum w Zakopanem jest przeznaczone wyłącznie tylko dla chorych piersiowych, a dotychczas niema krajowych zakładów należycie urządzonych, z którychby i w porze zimowej korzystać mogli chorzy zołzowaci, niedokrewni, dotknięci chorobami nerwowemi i ozdrowieńcy, wymagający leczenia klimatycznego, osobliwie podgórskiego, przeto Przewodniczący przedkłada pod dyskusyę ważną sprawę zastąpienia zagranicznych sanatoryów zimowych zakładami krajowymi. Sądzi on, że do tego nadawałyby się najlepiej istniejące już zdrojowe zakłady krajowe, gdzieby bez wielkich wkładów można urządzić takie uzdrowiska zimowe, a w szczególności Krynica, Rabka i Szczawnica. Do tego potrzeba jednak w pierwszym rzędzie zrozumienia, dobrej woli i pewnego nakładu ze strony tych zdrojowisk, poparcia przez władze rządowe i krajowe, a wreszcie zachęty lekarzy praktykujących. Pierwszy krok pod tym względem uczynił w Krynicy Pan Znamierowski, oddając swój Hotel »Pod trzema różami« Drowi Kmietowiczowi na sanatoryum zimowe. Poczynił on tam takie ulepszenia, jakie znajdują się w zagranicznych sanatoryach zimowych. Mimo to jednak frekwencya zakładu jest za małą, ażeby pokryć koszta nakładu i utrzymania.

Drugiem zdrojowiskiem, któreby się nadawało do leczenia zimowego, jest Rabka. Właściciel, Dr. Kaden, czynił już starania w tym kierunku, ale niestety nikt z chorych na pobyt zimowy się nie zgłosił.

Również nadawałaby się ku temu i Szczawnica, której klimat zimowy nazwać trzeba łagodnym i gdzie oprócz domów zakładowych istnieje już od szeregu lat letni zakład leczniczy i hidropatyczny Dra Kołaczkowskiego.

W toku dyskusyi uznano jednogłośnie, że tworzenie i popieranie krajowych uzdrowisk zimowych jest pożądane i że do tego należy zachęcać właścicieli zdrojowisk i uzdrowisk krajowych, z tem zastrzeżeniem, że sanatorya te powinny dostarczać chorym tych samych wygód i tych samych warunków leczenia, jak podobne sanatorya zagraniczne.

Przy tej sposobności podniesiono wiele szczegółów, zmierzających do ulepszenia w zdrojowiskach krajowych i do skuteczniejszego ich popierania przez lekarzy domowych. I tak, co do Krynicy, poruszono sprawę lepszego połączenia kolejowego lub zaprowadzenia kolei konnej albo elektrycznej między Muszyną a Krynicą. Co do Szczawnicy uznano, że nie ma ona warunków większego rozwoju tak długo, dopóki nie zostanie uposażoną torem kolejowym. Dalej, w myśl wniosku Przewodniczącego, uchwalono, że byłoby rzeczą bardzo pożądaną, ażeby zdrojowi lekarzy krajowi weszli w bliższą styczność z lekarzami domowymi, ażeby ogłaszali dokładne sprawozdania z wyników leczenia, a wreszcie by się zawiązać mogło zjednoczenie krajowych uzdrowisk i zdrojowisk na wzór podobnego zjednoczenia zdrojowisk prusko-śląskich. Przy współudziale lekarzy zdrojowych i właścicieli zdrojowisk możnaby załatwić wiele spraw, odnoszących się do rozwoju krajowych zdrojowisk.

Myśl tę wszyscy obecni uznali jako godną poparcia i urzeczywistnienia.

Dr. *Michał Śliwiński*, sekretarz Komisyi.

VI. O pożarach teatrów.

Wedle wykładu na posiedz. Tow. lek. krak. dn. 24 lutego 1904 r.

Przez

Prof. Dra L. Wachholza.

Jakkolwiek wiadomość o wielkiej katastrofie pożaru teatru Irokezów w Chicago już przebrzmiała i pamięć o niej

częściowo się już zatarła, przecież temat powyższy nie stracił jeszcze wogóle na swej aktualności, jeżeli się zważy, że już po tem nieszczęściu zaszły pożary daleko większych rozmiarów, zamieniające dwa miasta w perzynę, jedno Aalesund w Norwegii, drugie Baltimore w północnej Ameryce. A świeżo doniosły telegramy o pożarze fabryki celuloidowych grzebieni w Paryżu, w którym znalazło śmierć 12 osób, oraz o zapaleniu się dekoracyi w jednym z teatrów peszteńskich.

Doniosły w skutkach pożar teatru w Chicago nie był pierwszym i pewnie nie będzie ostatnim, gdyż ułomna ludzka natura rychło zapomina o nieszczęściach, a wraz z niepamięcią o nich usypia przezorność, stając się w ten sposób źródłem nowych wstrząsających ciosów.

Częste pożary teatrów skłoniły do obliczenia średniego czasu ich egzystencyi, która dla teatrów w Europie wynosiła do r. 1895 $22^1/_2$ lat, zaś dla teatrów w Stanach Zjednoczonych północnej Ameryki zaledwie 10. Wedle zestawień Fölscha spaliło się od r. 1569 po koniec rokn 1881 ogółem 629 teatrów, z tych zaś 53 wśród przedstawień lub prób, znaczna część ich na krótko przed lub wkrótce po przedstawieniu. W zestawieniu Fölscha znajdujemy wzmiankę o 10 pożarach teatrów i cyrków na ziemiach, należących niegdyś do państwa polskiego, a to prócz cyrku i teatrów w Kijowie i Gdańsku; o pożarze teatru zamkowego w Żółkwi w r. 1824, sali teatralnej w Przemyślu w r. 1864, toż samo w Kołomyi w r. 1865, w Stanisławowie w r. 1868 przy ogólnym pożarze miasta, w Tarnopolu w r. 1874, wreszcie w Cieszynie w r. 1845 i cyrku Hinnégo w Warszawie w r. 1859. Na szczęście wszystkie te pożary zdarzyły się poza porą przedstawienia i nie pociągnęły straty w ludziach.

Wedle zestawień dra Choqueta spłonęło od r. 1751 aż po koniec roku 1885, zatem w ciągu 135 lat, 730 teatrów, a w pożarach tych utraciło życie ogółem 6,573 osób. W zeszłym roku zaś, t. j. r. 1903, zgorzało teatrów 16, między innymi teatry w Pawii, Genui, Madrycie, Lille, Marsylii, Berlinie, przedewszystkiem zaś teatr Irokezów w Chicago z przeszło półtysięczną liczbą ofiar w ludziach. Największa częstość pożarów teatrów przypada na czas do roku 1890, a przyczyną jej jest znaczny w tym czasokresie wzrost ogólnej liczby teatrów, brak należytych ostrożności w obchodzeniu się ze światłem, przedewszystkiem zaś wadliwa ich pod względem bezpieczeństwa budowa, do której doskonale stosuje się czterowiersz Goethego:

„Jak się teatry u nas buduje?
O tem się nawet nie dowiaduję.
Materyał palny zewsząd się zbiera,
Nie dziw też, że go płomień pożera“.

Statystyka z 5 lat (do r. 1895) wykazała, iż z 63,726 widzów teatralnych jeden na rok traci życie w pożarze teatrów, a choć ta jedna ofiara stanowi nieznaczny tylko odsetek ogólnej śmiertelności, przecież trzeba uwzględnić, że śmierć wśród pożaru jest nadzwyczajną, niekonieczną, od której należyta ostrożność powinna ludzkość uchronić.

Mówiąc o pożarach teatrów, trzeba się zastanowić nad czasem, miejscem i źródłem ich powstania, następnie nad losem ich ofiar.

Pożar może wybuchnąć w teatrze o rozmaitej porze doby; najdonioślejszym w skutkach będzie, gdy wybuchnie w czasie przedstawienia przy pełnej widowni. Pożary teatrów poza chwilą przedstawienia pociągają za sobą wyjątkowo i tylko nieliczne ofiary w ludziach. Pożar może się wszcząć w różnych miejscach budynku teatralnego, aczkolwiek najczęstszem miejscem jego wybuchu bywa scena, którą architekt Zawiejski nader trafnie porównał ze zwykłym piecem. W myśl tego porównania otwór sceny, mieszczący zasłonę, przedstawia drzwi do pieca; urządzenie, podtrzymujące podłogę sceny, — to jego ruszta, podscenie — popielnik, nadscenie — komin, wreszcie dekoracye i inne przybory na scenie — doskonałe paliwo.

Przyczyny pożaru, poczynającego się na scenie, mogą być najrozmaitsze. Najczęstszą jego przyczyną jest nieostrożne obchodzenie się ze źródłami światła, czy to służącego do oświetlenia sceny wogóle, czy też tylko do wywołania chwilowych efektów świetlnych, jak to np. miało mieć miejsce przy ostatnim pożarze w Chicago wskutek zastosowania wielce niebezpiecznego oświetlenia acetylenowego. Przyczynę pożaru może stanowić także nieszczelność rur gazowych, jeżeli zastosują ten sposób oświetlania dla teatrów, uznany wogóle za niebezpieczny i dlatego obecnie już zarzucony; dalej — tak zwane krótkie sprzężenia w przewodach światła elektrycznego, niewłaściwe a przy fantastycznych widowiskach stale stosowane produkcye ogni sztucznych, strzały z broni palnej, wreszcie wadliwości i nieostrożności przy ogrzewaniu budynku. Prócz wymienionych mogą być jeszcze inne przyczyny przypadkowe, wynikające z niedbalstwa personalu teatralnego, których jednak zbadanie, jak wogóle poznanie przyczyn pożaru teatrów, jest bardzo trudne i najczęściej po zupełnem zniszczeniu gmachu nawet wręcz niemożliwe.

Największe niebezpieczeństwo pożaru grozi teatrom ze strony tak zwanego fryzu, czyli nadscenia, mieszczącego zwinięte, a nieraz gęsto obok siebie zawieszone dekoracye, sporządzone zwykle z łatwo palnego materyału t. j. z ram drzewnych, obleczonych płótnem malarskiem. W myśl prawideł fizycznych ciepłota najwyższą jest w nadsceniu, a wedle pomiarów odnośnych dochodzi ona tam w teatrach, oświetlanych gazem, podnoszącym wogóle znacznie ciepłotę środowiska do 70° C.; nic więc dziwnego, że zwłaszcza części drewniane dekoracyi są tak wysuszone i stąd łatwo palne, że gdy iskra niedostrzeżona na nie padnie, poczynają tleć jak próchno lub hubka. I to jest najgroźniejszy zaród pożaru, bo na razie niedostrzegalny. Silny płomień ujawnia się wtedy nagle, gdy choćby lekki tylko przewiew doprowadzi do tlejących dekoracyi w nadsceniu nieco więcej powietrza zasobnego w tlen. Taki zaś przewiew nastąpić musi, o czem każdemu bywalcowi teatralnemu wiadomo, w chwili rozpoczęcia się przedstawienia, gdy się z podniesieniem zasłony łączy widownia ze sceną. Wówczas, jak to miało miejsce przy pożarach: wiedeńskiego Ringteatru, teatrów w Nicei, Exeterze i Opery komicznej w Paryżu, następuje wybuch pożaru, którego zarodu na czas nie dostrzeżono. Francuzi nazywają ten nagły wybuch pożaru o niedostrzeżonym zarodzie „l'explosion muette“.

Oświetlenie elektryczne teatru, jako mało podnoszące ciepłotę wnętrza, a zatem nadscenia, jest, pomijając krótkie sprzężenia kontaktów, o wiele bezpieczniejsze w tym względzie. Usuwanie niepotrzebnych dekoracyi z nadscenia, a co więcej — sporządzenie ich (co jednak musi się łączyć ze zna-

cznym kosztem) z niepalnego lub nader trudno palącego się materyału, zapobiegałoby jeszcze w wyższym stopniu niebezpieczeństwu opisanego wybuchu pożaru. Każdemu wiadomo, że żelazna zasłona istnieje w teatrach dlatego, aby w chwili wybuchu pożaru na scenie módz za jej pomocą oddzielić scenę od widowni i w ten sposób zabezpieczyć widownię t. j. publiczność przed ogniem przynajmniej na czas pewien, który przy licznych wyjściach z gmachu powinien publiczności wystarczyć do spokojnego jego opuszczenia. Zdawałoby się, że spuszczenie żelaznej zasłony powinno stale uchronić widownię od zalewu płomieni, które objęły scenę. Tymczasem zasłona żelazna ma z następującej przyczyny wartość tylko ograniczoną na stosunkowo krótki przeciąg czasu. Przekonano się doświadczalnie, że przy paleniu się dekoracyi każdy kilogram drzewa dekoracyjnego wydziela w krótkim czasie około 2000 litrów gazów, t. j. bezwodnika kwasu węglowego i tlenku węgla, które wedle odnośnych doświadczeń prof. chemii Monniera, łącznie z parą wody, wypuszczonej z hidrantów w celu stłumienia ognia, zyskawszy wskutek wysokiej ciepłoty znaczną prężność i nie mogąc ujść z zamkniętej przestrzeni, jaką stanowi scena, rozsadzają szybko żelazną zasłonę i w ten sposób torują morzu płomieni wolny dostęp do widowni, albo też rozsadzają mury budynku. Aby temu rozsadzeniu zapobiedz, Trélat radził (w ankiecie, złożonej po pożarze Opery komicznej w Paryżu) umieścić nad sceną szereg przewiewników, zawsze otwartych, przez które gazy, powstałe wśród pożaru, mogłyby na zewnątrz swobodnie uchodzić. Temu projektowi Trélata sprzeciwili się artyści, wyrażając uzasadnioną obawę przed silnymi przeciągami na scenie, jakieby musiały wówczas powstać z chwilą podniesienia się zasłony. Wówczas zaprojektował Trélat pokryć przewiewniki muślinem, któryby w zwykłych warunkach chronił przed przeciągiem, a z chwilą wybuchu pożaru łatwo się spalał i tem samem odmykał ujście gazom przez odsłonięte przewiewniki.

Zasłona bezpieczeństwa, sporządzona z blach żelaznych, ma, jak z powyższego widzimy, tylko ograniczoną wartość co do zabezpieczenia widowni przed ogniem, powstałym na scenie; w każdym jednak razie w ten sposób urządzone zasłony odpowiadają jeszcze najlepiej celowi, zwłaszcza, gdy szczelnie odcinają scenę od widowni i gdy się łączą z dobrym przewiewem sceny. Zasłony bezpieczeństwa, sporządzone, jak np. w spalonym teatrze Irokezów w Chicago, z asbestowej tkaniny, nie dają żadnego bezpieczeństwa; raz dlatego, że nie odcinają dość szczelnie sceny od widowni i nie chronią przed przedostaniem się gazów, tworzących się przy pożarze i przechodzących ze sceny do widowni; powtóre dlatego, że sporządzone z nieodpowiedniego materyału, spalają się, jak to miało miejsce w teatrze w Chicago; po trzecie wreszcie, że jako dość wiotkie, mogą wskutek przeciągu lub naporu gazów w krytycznej chwili wcale lub tylko niezupełnie się opuścić, jak to również miało miejsce w Chicago. Zupełnie bezcelowymi okazały się wśród pożarów Opery komicznej w Paryżu zasłony bezpieczeństwa, zrobione na sposób siatek w lampach Davyego z sieci drucianej, albowiem przez nie przedostaje się swobodnie ze sceny płonącej do widowni czad, zawierający trujący tlenek węgla. Najlepsza zasłona bezpieczeństwa, sporządzona z silnych blach żelaznych, odpowie swemu celowi w razie wybuchu pożaru tylko wówczas, jeżeli będzie na czas opuszczoną. Stąd zaś wynikają dwa ważne postulaty: najpierw mechanizm opuszczania takiej zasłony powinien być pewnym, nie powinien o nic nigdzie zawadzać i w tym względzie często powinien być próbowany, wobec czego słusznem jest obecnie zarządzone w teatrze krakowskim, a do niedawna zaniedbywane opuszczanie żelaznej zasłony po każdym akcie. W Ringteatrze np. nie dała się ona spuścić, gdyż przez nieużywanie zepsuł się jej mechanizm; następnie powinna ona być zaraz z chwilą wybuchu pożaru spuszczaną, a rzecz napozór tak prosta przedstawia się wielce niepewną w chwili przestrachu maszynistów, którzy na widok wybuchu pożaru, ratując się ucieczką niemal odruchowo, zaniedbują spełnić swój obowiązek.

By temu zaniedbaniu zapobiedz, podał pewien amerykański technik nader prosty, a wielce pomysłowy i doniosły mechanizm spuszczania i podnoszenia żelaznej zasłony. Wedle jego projektu przeciwwagę zasłony żelaznej stanowi krzesło maszynisty i sam maszynista; gdy zajmie on stanowisko i usiędzie, zasłona się podnosi, przedstawienie się zaczyna; gdy zaś przedstawienie się kończy lub gdy wybuchnie pożar, a przerażony maszynista umknie, zasłona, pozbawiona przeciwwagi, spada.

Wspomniałem poprzednio, że gazy, tworzące się przy pożarze, zyskują znaczną prężność skutkiem wysokiej ciepłoty, panującej w sali teatru w czasie pożaru. Otóż zajmującem byłoby przekonać się bodaj w przybliżeniu, jak wysoką może być ta ciepłota. Brouardel i Hercher stwierdzili na rękach ofiar pożaru Opery komicznej w Paryżu, znalezionych w bufecie, popękane rękawiczki, poczem doświadczalnie przekonali się, że skórka rękawiczek tego samego gatunku pęka pod wpływem ciepłoty 100—200°, wobec tego słusznie stąd wnosili, że zwłoki z popękanemi rękawiczkami spoczywały w ciepłocie, wynoszącej przynajmniej około 120°. W godzinę po wybuchu pożaru w Operze komicznej wszedł do sali bocznem wejściem prefekt policyi Girard i zauważył, że płomienie wzbijały się tylko nieznacznie z powodu niedostatecznej ilości tlenu, a barwa ich była przeważnie błękitną, jaką płonie tlenek węgla, zapalający się dopiero w ciepłocie 750°, skąd wniosek, że ciepłota musiała tam wynosić przynajmniej 750°. Wreszcie znaleziono w gruzach stopione monety srebrne, zupełnie stopione koszulki druciane w magazynie kostyumów teatralnych, które wedle odpowiednich prób topiły się dopiero przy 1250°. Na tej podstawie orzeczono, że ciepłota w sali dochodziła w czasie pożaru do przeszło 1000°.

Zastanówmy się teraz nad losem ofiar i stąd wynikającemi zagadnieniami prawno-lekarskiemi. Zagadnienia te dotyczą przedewszystkiem przyczyny śmierci ofiar, następnie stwierdzenia ich tożsamości, a wreszcie ze względu na niektóre ustawodawstwa cywilne, zwłaszcza zaś ustawodawstwo cywilne francuskie, tak zwanej sprawy przeżycia.

Przyczyny śmierci ofiar pożaru mogą być rozmaite, jak o tem pouczyły dotychczasowe doświadczenia, potwierdzone nowemi z pożaru teatru w Chicago. W pierwszych chwilach po wybuchu pożaru ginie znaczna liczba ludzi wskutek uduszenia w natłoku lub wskutek usiłowań ratunkowych przez rzucanie się z wyższych piąter na parter lub na zewnątrz gmachu, zatem ginie ona z przyczyn mechanicznych. Prawdopodobnie traci życie w pierwszych chwilach pożaru niejedna osoba wskutek wstrząśnienia psychicznego,

t. j. przestrachu, jaki publiczność ogarnia, lecz ten rodzaj śmierci nie daje się sekcyą stwierdzić. Najwięcej osób, które nie zdołały na czas opuścić płonącego gmachu, ulega śmierci wskutek zatrucia tlenkiem węgla czyli wskutek zaczadzenia, zanim je jeszcze dosięgnie płomień, wreszcie najmniej znaczna liczba osób, zwykle z personelu teatralnego, traci życie wskutek oparzenia, zetknąwszy się bezpośrednio z płomieniem. Wszystkie zaś zwłoki ofiar, pozostałe wewnątrz płonącego gmachu, ulegają zwęgleniu, o ile je płomień dosięgnie.

Ten sam paniczny strach, który jednych jak bezduszne zwierzęta nieruchomo niemal przykuwa do miejsca bez względu na grozę położenia, u innych wywiązuje w tak dziki sposób energię i chęć ocalenia siebie przed innymi, że w szale, tłocząc się jedni na drugich, zgniatają słabszych, a po ich ciałach, często jeszcze żywych, śpieszą ku wyjściom i korytarzom.

Grozę położenia potęguje jeszcze nierzadko i ta okoliczność, jak to np. miało miejsce w paryskiej Operze komicznej, że najczęściej gaśnie światło w sali, na schodach i korytarzach, bądź to, jeżeli jest gazowe, z powodu skręcenia go z obawy przed wybuchem, bądź też, jeżeli jest elektryczne, z powodu rychłego przepalenia się przewodów. Dlatego też zaprowadzono obecnie wszędzie w teatrach oświetlenie dodatkowe zapomocą świec.

Śmierć osób słabszych, stłoczonych w tłumie, następuje wskutek uduszenia przez mechaniczne uniemożliwienie poruszania klatką piersiową celem zaczerpnięcia oddechu. Sekcya tych zwłok, stłoczonych na ziemi korytarzy i schodów, wykazuje zwykły obraz uduszenia wraz z różnemi zewnętrznemi i wewnętrznemi obrażeniami, jakie powstają wskutek silnego ucisku i stąpania tłumu po ich ciałach. Wcale charakterystyczne są podbiegnięcia krwawe na wewnętrznej powierzchni ramion, pochodzące od silnego przytłoczenia ich do boków klatki piersiowej. (Dok. nast.).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Wydział gospodarczy X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości wykaz dotychczas zgłoszonych wykładów:

(Ciąg dalszy).

Sekcya medycyny wewnętrznej (XII):

Po porozumieniu się z Krakowem, Poznaniem i Warszawą postanowiono, by jedno posiedzenie sekcyjne odbyć wspólnie z Sekcyą chirurgiczną, a jako temat obrano:

1) Leczenie chirurgiczne zapaleń nerek. Referatu podjęli się koledzy: Dr. Leśniowski (Warszawa), Dr. Pruszyński (Warszawa), Prof. Dr. Rydygier (Lwów). Do dyskusyi zgłosili się Dr. Mieczkowski (Poznań), Dr. Latkowski (Kraków).

Jako temat ogólny dla sekcyi medycyny wewnętrznej obrano:

2) Dusznica bolesna *(angina pectoris)*. Referatu podjęli się koledzy: Dr. Pawiński (Warszawa), Dr. Pruszyński (Warszawa).

Jako wykłady na posiedzenie sekcyi zgłoszono do dnia 1 marca 1904 następujące:

3) Dr. Rzętkowski (Warszawa): O wzrastaniu ilości zachorowań na raka.

4) Dr. Skłodowski (Warszawa): Dyeta w chorobach nerek. Do dyskusyi zgłosił się Doc. Dr. Wiczkowski (Lwów).

5) Dr. Chełmoński (Warszawa): Wartość klimatu równin w leczeniu suchot.

6) Dr. Hewelke (Warszawa): Leczenie tuberkuliną.

7) Drowie Lande i Skórzewski (Warszawa): Zmiany czucia skórnego (t. zw. zony Heada) w chorobach narządów wewnętrznych.

8) Dr. Barszczewski (Warszawa): Człowiek zdrowy i człowiek chory w świetle promieni Röntgena.

9) Dr. Sterling (Łódź): O rokowaniu w gruźlicy płuc.

10) Z oddziału wewnętrznego II. szpitala powszechnego we Lwowie (Prymaryusz Dr. Doc. Wiczkowski).

a) Doc. Dr. J. Wiczkowski: Temat zastrzeżony.

b) Dr. S. Zajączkowski: O wpływie leków na ilość ciałek eozynochłonnych we krwi.

c) Dr. R. Merunowicz: Sprawozdanie o chorych na zapalenie nerek, oddanych do zabiegów operacyjnych. (Obserwacya przed i po operacyi).

d) Tenże: Temat zastrzeżony.

e) Dr. M. Selzer: Wyniki badania metodą inoskopii.

f) Dr. A. Zawadzki: Temat zastrzeżony.

11) Z kliniki chorób wewnętrznych Prof. Dr. Korczyńskiego w Krakowie:

a) Prof. Dr. E. Korczyński: O cytodyagnostyce wysięków opłucnowych i otrzewnowych.

b) Prof. Dr. W. Jaworski: O używaniu wód mineralnych „normalnych“.

c) Tenże: Wpływ bębnicy na czynność serca.

d) Doc. Dr. L. Korczyński: W sprawie zakażenia mieszanego w gruźlicy.

e) Dr. J. Latkowski: O sposobach badania czynności wydzielniczej nerek.

f) Dr. K. Flis: Badania fizyko-chemiczne nad wodami leczniczemi sztucznemi.

g) Dr. E. Migsowicz: O sprawach septycznych z uwzględnieniem etyologii gośćca.

h) Dr. J. Szurek: Pogląd krytyczny na najnowsze leki, stosowane przeciw chorobom wewnętrznym.

12) Z kliniki chorób wewnętrznych Prof. Dr. Glińskiego we Lwowie: Dr. St. Eljasz Radzikowski:

a) Megalo- a normoblasty pod względem klinicznym.

b) O leczeniu tężca. Pogląd krytyczny.

c) Czy ma znaczenie w etyologii chorób wewnętrznych czynnik psychiczny?

d) Klimatoterapia w świetle badań nowszych.

e) O t. zw. „zwyrodnieniu ziarenkowatem“ ciałek czerwonych krwi.

Dr. Marek Reichenstein:

f) O znaczeniu azotu w treści żołądkowej i wartość różniczkowo-dyagnostyczna metody tej we wrzodzie, a w raku żołądka.

g) Cytodyagnostyka przesięków i wysięków.

Dr. M. Wachnianin:

h) Inoskopia Jousseta i jej znaczenie kliniczna.

i) O odczynie gwajakowym ciałek białych.

Dr. J. Grek:

j) O płytkach Bizzozery.

k) Wyrostek robaczkowy ze stanowiska anatomicznego i klinicznego.

Dr. W. Czernecki i Dr. Marek Reichenstein:

l) Zachowanie się moczu ze szczególnem uwzględnieniem amoniaku w autointoksykacyi.

Dr. W. Czernecki:

l) Wartość kliniczna oznaczania wody we krwi.

Dr. T. Praschil i Dr. W. Czernecki:

m) Przemiana materyi przy podawaniu truskawieckiej „Naftusi“.

Dr. M. Franke i Dr. Marek Reichenstein:

n) Zachowanie się parcia krwi w schorzeniach naczyń obwodowych.

Doc. Dr. G. Bikeles i Dr. M. Franke:

o) O lokalizacyi w rdzeniu pacierzowym po przecięciu nerwów kończyn górnych i dolnych u małpy *Cercopithecus sabacus*. w porównaniu z zachowaniem się u psa, kota, królika i świnki morskiej.

Dr. M. Franke:

p) O arytmii i jej znaczeniu klinicznem.

Dr. W. Ziembicki:

r) O „anguillula intestinalis“, znalezionej u nas w stolcach człowieka.

Prof. Dr. A. Gluziński:
s) Myeloma i stosunek jego do białaczki (*leucaemia*).
t) O dotąd nieopisanem schorzeniu układu mięśniowego.

Sekcya pedyatryczna (XIII):

Temat ogólny: Leczenie szkarlatyny surowicą. Prof. Dr. Palmirski (Warszawa). Koref.: Dr. Malinowski (Warszawa).

Wykłady:

1) Dr. Korybut Daszkiewicz (Warszawa): Najnowsze poglądy na sprawę znajdowania się różnych fermentów w mleku kobiecem i zwierząt.

2) Dr. Brudziński (Warszawa): O wrodzonych zboczeniach rozwoju fizycznego u dzieci.

3) Tenże: O stosunku wzajemnym zołzów i gruźlicy.

4) Dr. Kamieński (Warszawa): O żywieniu dzieci starszych: a) w zdrowiu, b) w chorobie.

5) Dr. Roszkowski (Warszawa): O ząbkowaniu.

Sekcya chirurgiczna (XIV):

W sekcyi chirurgicznej zgłoszono wykładów 30, a mianowicie:

Dr. Kijewski (Warszawa): 3; Dr. Oderfeld: 1; Dr. Wrześniowski: 2; Prof. Dr. Schramm (Lwów): 1; Dr. Ruff (Lwów): 1; Dr. Majewski: 1; Prof. Dr. Rydygier: 6; Doc. Dr. Herman (Lwów): 2; Dr. Slęk (Lwów): 4; Dr. Ant. Rydygier (Lwów): 5; Dr. Steier: 1; Dr. Radlmesser: 1; Dr. Blaim: 1; Dr. Szatkowski: 1.

Z tego jest: 7 odczytów z chirurgii ogólnej (leczenie spraw septycznych, roentgenoterapia i t. p.); 5 odczytów z zakresu chirurgii dróg moczowych; 2 odczyty z zakresu chirurgii jelit; 3 odczyty z zakresu chirurgii wątroby, dróg żółciowych i trzustki; 4 odczyty z zakresu chirurgii kończyn; reszta tematy zastrzeżone.

Sekcya oto-ryno-laryngologiczna (XV):

Tematy główne:

A) O rozpoznawaniu i leczeniu chorób zatok nosowych. Ref. Dr. Srebrny (Warszawa) i Dr. Dobkiewicz (Warszawa).

B) O powikłaniach ze strony narządu słuchu w chorobach zakaźnych. Ref. Dr. Guranowski (Warszawa).

C) Wskazania do wycinania krtani. Ref. Prof. Dr. Pieniążek (Kraków).

Wykłady:

1) Dr. Rontaler (Łódź): O nowym sposobie względnej poprawy słuchu przy wielkich defektach błony bębenkowej.

2) Dr. Przedborski (Łódź): O związku pomiędzy niedrożnością górnego odcinka dróg oddechowych, a życiem umysłowem dziecka.

3) Dr. Dobkiewicz (Kijów): Wyniki drobnowidowego badania 200 przypadków wyrośli gruczołowatych (adenoidalnych) (z demonstracyą).

4) Tenże: Demonstracye różnych ciekawych okazów.

5) Dr. Hejman (Warszawa): Wskazania do otwierania wyrostka sutkowego w sprawach zapalnych ostrych ucha środkowego.

6) Dr. Hertz (Warszawa): O związku chorób ucha z nerwicą urazową.

7) Dr. Ołtuszewski (Warszawa): O związku nauki o zboczeniach mowy z otologią i ryno-laryngologią.

8) Dr. Wróblewski (Warszawa): Wartość galwanokaustyki w rynologii.

(C. d. n.).

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 24 marca

* W tych dniach obchodzono we Lwowie 25-tą rocznicę otrzymania dyplomu doktora wszechnauk lekarskich przez Dr. Józefa Szpilmana, rektora lwowskiej Akademii weterynaryi, założyciela we Lwowie »Towarzystwa weterynarzy«, b. długoletniego redaktora »Przeglądu weterynarskiego«, członka założyciela »Towarzystwa higienicznego«, redaktora »Przeglądu higienicznego«, autora licznych i cennych prac naukowych, męża zasłużonego około dobra miasta Lwowa i t. d. Z szczerem sercem łączymy się z tym uroczystym obchodem i życzymy Jubilatowi, by dla dobra nauki i społeczeństwa dożył obchodu drugiego dwudziestopięciolecia wśród poważania i uznania, jakich dziś zasłużenie zażywa w mieście i kraju.

* Wydział lekarski U. J. przez usta dziekana, prof. Browicza, wyraził życzenia Dr. Józefowi Zduniowi z powodu półwiekowej rocznicy otrzymania przez Jubilata stopnia doktora medycyny.

† Dr. Maksymilian Rosner, c. k. starszy lekarz powiatowy, zakończył życie w Kołomyi d. 13 b. m., licząc lat 68. Przyszedł na świat w Tarnowie z ojca lekarza, brat ś. p. profesora Antoniego i żyjącego we Lwowie Dr. Ignacego, stryj prof. Aleksandra, obrał również i dla siebie zawód lekarski. Promowany w r. 1865 w Wszechnicy krakowskiej, osiadł naprzód jako lekarz kolejowy w Kołomyi, następnie, po kilku latach pobytu w Buczaczu na posadzie lekarza powiatowego, w tym samym charakterze został przeniesiony do Kołomyi, gdzie aż do śmierci, przez 21 lat, stale przebywał i ciężko pracował. Czynny od rana do nocy, z młodzieńczą niemal żywością i zapałem spieszył o każdej porze do łoża cierpiących. Uczynność Jego, pochodząca z dobrego serca, znaną jest w najszerszych kołach tutejszej publiczności: to też powszechny żal i tłumny udział ogółu mieszkańców w pogrzebie towarzyszył zwłokom męża, o którym powiedzieć można, że żył tylko dla drugich. Kolega dobry w całem tego słowa znaczeniu zostawia w gronie tutejszych lekarzy głęboki żal po sobie. Zamiast wieńca koledzy w Kołomyi, wraz z Dr. Wernerem ze Sniatyna i Dr. Smorokiem z Gwoździca, złożyli kwotę 112 koron 78 hal. na fundusz wdów i sierot po lekarzach[1]). Reprezentacya tutejszej gminy ofiarowała również na ten cel 50 koron. Pokój Jego popiołom.

Dr. Piaskiewicz.

* Docent dr. Leon Popielski z Moskwy mianowany został profesorem farmakologii w Uniw. lwowskim. Wiadomość tę podają lekarskie czasopisma wiedeńskte.

* Dr. Dzierzgowski mianowany został kierownikiem praktycznego higienicznego oddziału w petersburskim Instytucie medycyny doświadczalnej.

* Z łaskawie przysłanego nam »Sprawozdania miejskiego Biura sanitarnego w Buczaczu za r. 1903« dowiadujemy się, że miasto to ma 11.756 mieszkańców (podług narodowości: Polaków 8.968, Rusinów 2.391, Niemców 397). W r. sprawozdawczym urodziło się dzieci 399, umarło osób 214 (18‰). W tej liczbie zgonów (214) przeszło trzecia część (75) przypada na dzieci w pierwszym roku życia, coby niekorzystnie świadczyło o doskonałości domowego wychowania fizycznego dzieci. Tej liczbie zgonów w 1-ym roku życia odpowiada rubryka śmiertelności z „kataru żołądkowo-jelitowego“ (18) i z „drgawek“ (30). Już to chętnie widzielibyśmy, gdyby rubryka »drgawki« została w następnych sprawozdaniach zmodyfikowaną o tyle, by obejmowała tylko zgony z kurczu krtani (*laryngospasmus*) u dzieci krzywiczych, natomiast wszystkie inne przypadki śmierci z „drgawek“ były wykazane w rubryce chorób głównych, którym drgawki tylko towarzyszą, jak zapalenia mózgu i opon, mocznica, ostre osutki i zapalenia, wszelkiego rodzaju zakażenia, zatrucia i t. d. Choroby zakaźne pochłaniają w Buczaczu bardzo niewiele ofiar: na 11.756 mieszkańców, a w tej liczbie 2.130 uczniów publicznych obojej płci, zmarło z błonicy i dławca osób 3, z płonicy 3, z odry 1, z duru brzusznego 5, z krztuśca 6, z róży 2; nawet gruźlica, tak górująca wysoką liczbą zgonów w statystykach naszych miast, w Buczaczu na 214 wszystkich zmarłych, zabrała ofiar tylko 20. W spisie przyczyn śmierci nie wykazano duru osutkowego i ospy, bo ich nie było w r. 1903. Wogóle w Buczaczu, sądząc z wykazu śmiertelności z chorób zakaźnych, muszą być dobre warunki klimatu i gleby, którym towarzyszy staranna opieka sanitarnego zarządu; a świadectwo, że tak jest, znajdujemy właśnie w »Sprawozdaniu«, z którego wynika, że lekarze miejscy (Radca ces. Dr. Krzyżanowski i Dr. Bienenwald) nie tylko szczepili i rewakcynowali w r. 1903, lecz w charakterze urzędników sanitarnych odwiedzili 295 chorych ubogich w ich domach, udzielili ambulatoryjnie 262 porad lekarskich, wykonali 17 pomniejszych operacyi, byli czynni przy porodach, a oprócz tego rewidowali chajdery, zajazdy, sklepy, jadłodajnie, fabryki, szynki i t. d. i t. d. Wykazy, dotyczące szkół, kwater uczniowskich, domów ubogich, zakładów przemysłowych; dalej: rewizya środków spożywczych, kanalizacya, woda, czyszczenie miasta, prostytucya i t. d. — wszystkich tych nader zajmujących i ważnych szczegółów dla braku miejsca roztrząsać i omówić tu nie możemy;

---

[1]) Kwotę tę Tow. lekarzy galic. otrzymało.

świadczą one o sprężystości zarządu sanitarnego i o rzetelnych usiłowaniach rozwoju bądźcobądź ubogiego miasta.

* W Łodzi powstała lecznica prywatna, wyróżniająca się znakomitem urządzeniem z uwzględnieniem higieny na szeroką skalę. Na czele lecznicy stoją: Dr. Skibiński, Dr. Tochtermann, Dr. Watten i Dr. Zaborowski.

* Międzynarodowy Zjazd fizyologów odbędzie się w Brukseli od 30 sierpnia do 3 września t. r.

* Rząd turecki zaprowadził obowiązkowe szczepienie przeciw ospie.

* Między 1 a 14 marca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bobreckim (1 gm.), bohorodczańskim (1 gm.), brzeżańskim (1 gm.), czortkowskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), jarosławskim (2 gm.), jaworowskim (2 gm.), kamioneckim (2 gm.), lwowskim (1 gm), myślenickim (1 gm.), nadwórniańskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm), skałackim (2 gm.), stryjskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), turczańskim (5 gm.), zaleszczyckim (1 gm.) złoczowskim (1 gm.), żółkiewskim (1 gm.), — i w mieście Lwowie (5 przypadków).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Henneberg mianowany został profesorem anatomii w Giessen. Docenci w Tybindze: Honsell (chirurgia) i Lüthje (dyagnostyka lek.) otrzymali tytuł i stopień profesorów nadzwyczajnych.

Nekrologia. Dr. Jan Radecki, pedyatra i lekarz kolejowy, zmarł w Petersburgu w 67 r. życia. Dr. Thierfelder, były profesor kliniki lekar. w Rostoku, zmarł w 79 r. życia. Dr. Piotrowski lekarz marynarki, zmarł we Francyi.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Z. 5. Niedzielski: Amputacya między łopatkowo-piersiowa (dok.).

— *Medycyna* Nr. 11. Ołtuszewski: Przyczynek do ważności objektywnej metody badania przy dyzartryach kurczowych. Patogeneza i leczenie afonii spastycznej. oraz głosu falsetowego. Karczewski: Przypadek skrętu kątnicy (dok.).

— *Głos lekarzy* Nr. 6: Tajemnica lekarska. — Postulaty lekarzy rządowych. — Zawód lekarski jako przedsięwzięcie finansowe. — Organizacya prasy lekarskiej polskiej. — Opinie Izb lekarskich w sprawie tytułu specyalisty. — Z debat sejmowych w sprawach sanitarnych. — Rozwój Towarz. samopomocy lekarzy. — Śruba podatkowa względem lekarzy. — W sprawie tłumienia epidemii. — Wyzysk Kas chorych. — W sprawie ambulatoryów bezpłatnych. — Fejleton.

— *Gazeta lekarska* Nr. 11. Poczobut: Sprawozdanie o przebiegu płonicy, leczonej surowicą przeciwpłoniczą Dr. Palmirskiego. Kaufman: O niedrożności przewodu płciowego u kobiet (dok.). Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych skóry w *herpes progenitalis* (c. d.).

— *Liečnički Viestnik* Nr. 3. Schwarz: Neuralgia nervi trigemini. Resectio ganglii Gasseri sec. Krause. Gutschy: O suzbijanju typha u Parisu. Mirković: Iz narodne medicinae. „O crnoj bognji".

— *Časopis lékařů českých* Nr. 11. Heveroch: Sachsova familiarni amaurotická idiotie. Jaklin: Zpráva o 48 případech radikální herniotomie v r. 1903. Mrázek: K »nauheimské« therapii chorob srdečních (dok.). Wagner: O zubních páratkách.

— *La Presse médicale* N. 20. Letulle: Umieszczanie w szpitalach i odosobnianie chorych gruźliczych w Paryżu. Landouzy: Z powodu książki p. p. Lancereau i Paulesco p. t. »Traité de médecine«.

— Nr. 21. Brissaud: Nauczanie teoretyczne patologii. Lavarenne: Walka z gruźlicą. Umieszczanie chorych gruźliczych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 11. Orth: O niektórych będących na czasie spornych zagadnieniach z zakresu gruźlicy. Spengler: Uwagi nad teoryą Behringa powstawania suchot płucnych. Lübbert i Prausnitz: Leczenie surowicze gorączki siennej. Ruge: Wiąd, tętniak aorty i kiłak. Engel: Jakie są najniższe życzenia, których wymagać należy od mleka dla osesków. Feilchenfeld: Przyczynek do rozpoznawania i leczenia bezsenności, osobliwie postaci sercowej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 11. Pruszyński: Patogeneza schorzeń przewodów żółciowych i wskazania do chirurgicznego ich leczenia. Müller: Wpływ przemiany materyi na wytwarzanie się niweczników. Lipschütz: Przypadek zadzierzgnięcia jajnika i trąbki. Popescul: Przypadek ponownego cięcia cesarskiego. Piątkowski: Widłak (lycopodium) i prątki gruźlicze w plwocinie.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 11. Neisser i Friedmann: Badanie zjawisk zbijania osadu w kłaczki. Steinberg: Aglutynacya prątków durowych zapomocą surowicy krwi chorych na żółtaczkę. Herbert: Znachodzenie się prątków durowych w kale i moczu ozdrowieńców z duru. Schröder: Znaczenie międzykomórkowego odczynu glikogenowego leukocytów dla nauki o zakażeniu mieszanem w przebiegu przewlekłej gruźlicy płuc. Cornet: O powstawaniu gruźlicy z szczególnem uwzględnieniem teoryi Behringa. Jurevitsch: Zapalenie naczyń chłonnych płuc i jego stosunek do t. zw. otoku piersiowego. Fischer: Prążki rzepkowe po durze. Boseck: Przypadek ostrego gośćca stawowego po urazie. Federschmidt: Przyczynek do kazuistyki ran czaszki. Hirsch: Leczenie rzeżączkowego zakażenia oczów.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 12. Wassermann: Czy istnieje biologiczne postępowanie dla różniczkowania krwi ludzkiej i zwierzęcej zapomocą precypityny? Lewisohn: Powstawanie nowotworów mieszanych. Rosenheim: Rozpoznanie zapomocą obmacywania i endoskopii wysoko usadowionego raka odbytnicy i kiszki esowatej (dok.). Keigi Sawada: Mierzenie parcia krwi w zwapnieniu tętnic. Rehfisch: Arytmia nerwowa i polegająca na schorzeniu serca (dok.).

Redakcya otrzymała. Chmielewski: O leczeniu chorób nerwowych w limanie Kujalnickim. Skalski: Niewyzyskana droga szerzenia zasad higieny wśród ludu.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 11 (od 13/III do 19/III) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 29, dz. 27; nieżywo: chł. 4, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 20, kob. 18; zamiejscowych: męż. 10, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 6, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 7, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej —, ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. 2. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —. ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 6, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 12, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —. ob. —. **Razem** miej. 39. obcych 18.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIII. Kraków 2 Kwietnia 1904. Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O fagocytozie.

Wykład

Prof. Dra Karola Kleckiego

na XIII Zjeździe Chirurgów polskich w Krakowie w dniu 13 lipca 1903 roku.

W naukach biologicznych nieraz się już zdarzało, że różne ważne nawet odkrycia zrazu niemal powszechną niewiarę wzbudzały; bliższe atoli poszukiwania nad nowoodkrytem zjawiskiem, przeprowadzone przez rozmaitych badaczów, zazwyczaj już po upływie niezbyt długiego czasu istotny stan rzeczy, jeśli nie zupełnie. to przynajmniej w znacznej mierze wyświetlały, a przez to obalały apryorystycznie powstałą niewiarę i prowadziły do należytej oceny znaczenia danego odkrycia.

Nauka o fagocytozie inne przechodziła koleje. Zrodzona w pracowni zoologicznej, prawie od samego początku swego istnienia ze sfery stosunków fizyologicznych wkroczyła do dziedziny patologii i przez to poruszyła naukowy świat lekarski, którego przedstawiciele przeważnie wrogie względem niej zajęli stanowisko. Przeciwko nauce o fagocytozie zaczęto podnosić liczne, niekiedy nawet ciężkie, zasadnicze zarzuty, co niektórzy badacze czynią jeszcze do dnia dzisiejszego. Twórca tej nauki, prof. Eljasz Miecznikow, który od lat dwudziestu niemal całą swą działalność naukową sprawie fagocytozy poświęcił, z niebywałym nakładem pracy i niezwykłą wytrwałością zarzut po zarzucie systematycznie odpiera, gromadzi nowe fakty, potwierdzające słuszność jego zapatrywań i wytworzywszy szkołę, która wśród swoich członków liczy dzisiaj już wielu bardzo poważnych uczonych, zdobywa w świecie naukowym niejako krok za krokiem uznanie dla swego odkrycia.

Wprawdzie i dzisiaj są jeszcze nieliczni zresztą badacze, którzy fagocytozie wszelkiego zgoła znaczenia odmawiają, oraz tacy, którzy, uznając doniosłość fagocytozy w różnych sprawach fizyologicznych lub patologicznych, nie na wszystkie twierdzenia Miecznikowa i jego szkoły się zgadzają, a względnie przyjmują je z pewnemi zastrzeżeniami; ale istnienie samego zjawiska fagocytozy, które niedawno jeszcze często kwestyonowano, a niekiedy nawet ośmieszano, obecnie uznają wszyscy, a coraz więcej poważnych badaczów w różnych elementarnych czynnościach ustroju zjawisku temu pewną wagę przypisuje.

Już przed kilkudziesięciu laty stwierdzono, że ciałka białe mogą zawierać drobne cząstki obce, czy to powstałe w sposób naturalny, zwłaszcza przy rozpadzie czerwonych ciałek krwi, czy też wprowadzone sztucznie do ustroju cząstki barwików, pewnych soli metalów ciężkich lub węgla. W r. 1860 Langhans znalazł, że ciałka białe mogą zawierać nawet całe ciałka czerwone, a w roku 1871 poznał Bizzozero ciałka ropne we wnętrzu innych amebowatych komórek. W tym samym mniej więcej czasie Hayem, Birch-Hirschfeld, Klebs, Rindfleisch, v. Recklinghausen i inni patologowie stwierdzili w ciałkach ropnych obecność drobnoustrojów. Wprawdzie już wówczas niektórzy badacze, jak Ziegler i Panum, przypuszczali, że ciałka ropne lub bakterye, spotykane w pierwoszczu innych komórek, są przez te komórki pochłonięte i niszczone, a w r. 1881 Roser przypisywał nawet pochłanianiu i niszczeniu mikrobów przez ciałka białe pewne znaczenie w powstawaniu odporności na sprawy zakaźne, co zresztą w kilka lat później odwołał, to jednak na ogół nie przypisywano wielkiego znaczenia zjawisku, o którem mowa, przeważało bowiem w tych czasach zapatrywanie, wyrażone przez Virchowa, że cząstki obce, spotykane we wnętrzu komórek, są tylko mechanicznie do nich wtłoczone; sądzono powszechnie, że pierwoszcze ciałek białych stanowi dla drobnoustrojów, które do niego się dostały, dobrą pożywkę i uważano obecność mikrobów w komórkach ustroju jedynie za wyraz czy objaw choroby zakaźnej, nie związany ani z jej powstaniem, ani pokonywaniem jej przez zakażony ustrój.

W r. 1883 młody zoolog rosyjski, Miecznikow, ogłosił wyniki swych badań nad listkami zarodkowymi. W czasie tym trawienie wśródkomórkowe w nabłonkach jelitowych różnych niższych zwierząt było już faktem znanym. Z badań swych nad gąbkami wysnuł Miecznikow wniosek, że u zwierząt pierwotnych nietylko tkanki listka wewnętrznego, ale i tkanki listka środkowego musiały mieć niegdyś czynności trawienne i że ciała obce zawarte we wnętrzu amebowatych komórek mezodermy są przez komórki te czynnie pochłonięte, czyli że dostają się one do ich protoplasmy przez pewną czynność fizyologiczną samych komórek. Trawienie wśródkomórkowe, charakterystyczne dla tworów jednokomórkowych i wielu niższych zwierząt bezkręgowych, spotyka się u wyższych zwierząt bezkręgowych rzadziej, niekiedy tylko u ich larw; u ślimaków obok trawienia wśródkomórkowego odbywa się także i trawienie pozakomórkowe. Według Miecznikowa zwierzęta pierwotne przekazały dziedzicznie trawienie wśródkomórkowe zwierzętom wyższym, które zachowały zdolność tę w komórkach pochodzenia mezodermalnego, posiadających własność pochłaniania i niszczenia drobnoustrojów. Gromadzenie się takich komórek wolnych w miejscu uszkodzenia tkanki jest w państwie zwierzęcem zjawiskiem stałem, poczynając od pewnego stopnia rozwoju filogenetycznego; Miecznikow stwierdził leukocytozę miejscową w otoczeniu zadanej rany nawet u takich zwierząt, które układu naczyniowego nie posiadają (Bipinnaria); wyprowadził on stąd wniosek, że

leukocytoza miejscowa jako odczyn zapalny jest w rozwoju czynności zwierzęcych odczynem starszym, niż odczyny nerwowe i naczyniowe.

W r. 1884 wykazał Miecznikow, że w zakażeniu pcheł wodnych (Daphnia) przez zarodniki roślinne, należące do grupy blastomycetów, ustrój zwierzęcia walczy z rośliną za pomocą swych ciałek białych; wkrótce potem znalazł Miecznikow, że taką samą rolę odgrywają ciałka białe zwierząt kręgowych w zakażeniu lasecznikami wąglika. Ciałka te, obdarzone własnością pochłaniania, czy pożerania upostaciowanych cząstek obcych, a względnie drobnoustrojów, nazwał Miecznikow fagocytami, samo zaś zjawisko pożerania otrzymało miano fagocytozy.

Stwierdziwszy doświadczalnie fagocytozę mikrobów w różnych sprawach zakaźnych u rozmaitych zwierząt, Miecznikow wysunął na pierwszy plan doniosłość tego zjawiska w stanach zapalnych, zwłaszcza zaś w zakażeniach. Z biegiem czasu, aż do ostatnich lat, w licznych badaniach własnych, oraz pracach wykonanych pod jego kierunkiem gromadził i przedstawiał Miecznikow długi szereg faktów, świadczących, że powstawanie, przebieg i zejście spraw zakaźnych, oraz odporność na nie w wysokim stopniu zależą od wystąpienia fagocytozy i jej intensywności. Wśród badaczów, którzy po pierwszych, zasadniczych publikacyach Miecznikowa o fagocytozie głoszonej przez niego nauki nie lekceważyli, jednym z pierwszych był uczony tej miary, co Virchow, który już w r. 1885 uznał, że dokładne zbadanie i wyświetlenie sprawy fagocytozy może mieć wielkie dla nauki znaczenie. W kilka lat później Lubarsch na zasadzie własnych, bardzo szczegółowych badań nad zakażeniem wąglikowem, Ribbert, Lister, Roux i niektórzy inni badacze zaczęli liczyć się poważnie ze znaczeniem fagocytozy w sprawach zakaźnych. Większość atoli patologów i bakteryologów, zwłaszcza niemieckich, jakoto Weigert, Baumgarten, Koch, Ziegler i wielu innych, w czasach tych występowało stanowczo przeciwko twierdzeniom Miecznikowa; do tego samego obozu zaciągnęli się wszyscy zwolennicy powstającej podówczas humoralnej teoryi odporności, wysnutej z wyników licznych badań nad własnościami bakteryobójczemi krwi i innych soków ustroju, zapoczątkowanych przez Fodora w r 1886. Zwalczali więc znaczenie fagocytozy w odporności na sprawy zakaźne Flügge i jego uczniowie, v. Behring, Emmerich, Buchner, który w r. 1891 wykazał we krwi obecność istoty bakteryobójczej, t. zw. aleksyny, z patologów francuskich Bouchard, jego uczniowie Charrin i Roger i wielu innych. Gdy jednak całego szeregu faktów z dziedziny odporności, wykazanych głównie przez Miecznikowa i jego uczniów, teorya humoralna nie tłumaczyła, a badania nad fagocytozą w odnośnych sprawach poniekąd je wyświetlały, gdy nadto wykazano, że aleksyny pochodzą z ciałek białych, wielu patologów zaczęło uznawać słuszność różnych twierdzeń Miecznikowa i skłaniać się do przyjęcia głoszonej przez niego komórkowej teoryi odporności.

Gdy w roku 1894 Pfeiffer odkrył zjawisko, znane w nauce o odporności pod jego nazwiskiem, polegające na przemianie na ziarna i niszczeniu pozakomórkowem wibryonów cholerycznych w jamie brzusznej świnki morskiej, na nie uodpornionej, humoralna teorya odporności pozyskała nową, a silną napozór podporę. W pracach, dokonanych w laboratoryum Miecznikowa w Instytucie Pasteura zbadano jednak wszechstronnie zjawisko Pfeiffera i należycie je wyświetlono; określono warunki, w jakich niszczenie drobnoustrojów w organizmie odbywa się we fagocytach i po za nimi, sprowadzono niszczenie pozakomórkowe bakteryi do działania istot, pochodzących z rozpadłych fagocytów, a przez to silniej jeszcze utwierdzono komórkową teoryę odporności.

Wykazanie w surowicach swoistych współistnienia dwu odrębnych istot działających, zwłaszcza zaś zapoczątkowane przez Belfantiego i Carbonego, a głównie przez Bordeta badania nad hemotoksynami i innemi cytotoksynami rzuciły nowe światło na rolę fagocytów w powstawaniu odporności; wielkie znaczenie w tym względzie mają badania porównawcze ucznia Miecznikowa, Gengou, nad działaniem bakteryobójczem, a względnie ciałkobójczem surowicy, oraz cieczy zbliżonej do osocza krwi. To też wielu dawniejszych przeciwników teoryi Miecznikowa zaczęło w ostatnich czasach coraz bardziej uwzględniać fagocytozę, jeżeli nie jako jedyny, to przynajmniej jako jeden z ważnych czynników odporności.

Jakkolwiek Miecznikow, opierając się na coraz większej ilości zbadanych spraw chorobowych, z wzrastającą siłą przekonania dowodzi, że zarówno w odporności wrodzonej, jakoteż i nabytej, jedynem zjawiskiem stale występującem jest fagocytoza, nieliczni badacze do dnia dzisiejszego obstają za czysto humoralną teoryą odporności; na takiem stanowisku stoją Ziegler, Gruber, który istoty bakteryobójcze identyfikuje z aglutyninami i niektórzy inni patologowie. Przed dwoma laty wystąpił przeciwko teoryi Miecznikowa były jego uczeń, Radziewski, który w pracy, wykonanej w laboratoryum Pfeiffera, dowodzi, że fagocytoza w sprawach zakaźnych jest zjawiskiem drugorzędnem, nie mającem żadnego wpływu na przebieg, ani na zejście zakażenia, co zależy jedynie od spraw, toczących się poza komórkami; podobne zdanie wygłasza także i Pawłowski. Przed kilku zaś miesiącami wystąpił Wolff z twierdzeniem, że ani w zakażeniu, ani w odporności fagocyty bezpośredniego znaczenia nie mają i że wynik walki ustroju z obcemi komórkami zależy li tylko od ich niszczenia przez istoty zawarte w cieczach ustroju; zdaniem Wolffa leukocytoza miejscowa po wprowadzeniu do ustroju komórek obcych jest tylko objawem odbywającej się jednocześnie silnej bakteryolizy lub cytolizy; w końcu swej pracy wyraża jednak Wolff przypuszczenie, że, być może, ciałka białe pobudzają narządy do wytwarzania istot sprowadzających uodpornienie i że, być może, w ciałkach białych odbywa się utlenienie, a przez to niszczenie pochłoniętych przez nie jadów bakteryjnych.

Pomimo powyżej przytoczonych sprzeczności w poglądach nauka o fagocytozie coraz bardziej się pogłębia i utrwala w patologii spraw zakaźnych; okoliczność ta skłoniła mię do przedstawienia tej nauki w niniejszym wykładzie.

Zdolność pochłaniania upostaciowanych cząstek obcych ma w ustroju tylko pewna grupa komórek, pochodzących prawie wyłącznie ze środkowego listka zarodkowego; wyjątek pod tym względem stanowią komórki nabłonkowe jelita pewnych robaków, komórki nerwowe, oraz komórki osnowy nerwowej. Komórki, pochłaniające cząstki obce, czyli fagocyty mogą być komórkami wolnemi, jakoto niektóre ro-

dzaje ciałek białych krwi i limfy, lub też komórkami stałemi; fagocytami stałymi są różne, wypuszczające wyrostki komórki tkanki łącznej, komórki śródbłonkowe naczyń, pewne komórki miazgi śledziony, gruczołów limfatycznych i sieci, sarkoplasma mięśni prążkowanych, komórki nerwowe, komórki Kupfferowskie, komórki olbrzymie, nabłonkowate, komórki ziarniny, osteoblasty i sarkoblasty; według Zieglera i nabłonki cewek nerkowych są fagocytami. Fagocyty dzielą się przytem na dwie odrębne grupy. Jedną z nich stanowią t. zw. mikrofagi, czyli fagocyty, pożerające twory małe, jakiemi są w porównaniu z komórką ustroju wyższego bakterye, a rzadko tylko twory większe, np. czerwone ciałka krwi lub plemniki; drugą zaś grupę fagocytów stanowią t. zw. makrofagi, które pochłaniają twory stosunkowo duże, głównie inne komórki zwierzęce i ich szczątki, a niekiedy także i drobnoustroje bakteryjne.

Mikrofagami są komórki wolne, obdarzone ruchami; u niektórych zwierząt bezkręgowych mikrofagami są jednojądrzaste ciałka białe, u wyższych zaś zwierząt kręgowych i u człowieka mikrofagami są wytworzone w szpiku kostnym ciałka białe wielojądrzaste, a względnie posiadające jedno płatowe, wielokształtne jądro, o neutrofilowej lub amfofilowej ziarnistości protoplasmy (fig. 1), oraz ciałka białe eozynofilowe (fig. 2); makrofagami są w części komórki wolne, w części zaś komórki stałe, lub też komórki pierwotnie stałe, w pewnych zaś warunkach uruchomione. Zdaniem Ribberta wszystkie wogóle komórki stałe, które nie spełniają w ustroju czynności swoistych i mogą się uruchomić, mają zdolność pochłaniania cząstek obcych, zwłaszcza gdy przez obrzęk protoplasmy są powiększone, nie mają zaś własności fagocytów tylko komórki o funkcyi specyficznej, jak np. komórki gruczołowe. Makrofagami wolnymi są t. zw. hemomakrofagi i limfomakrofagi, t. j. spotykane w układzie na-



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

czyniowym wielkie ciałka białe o protoplasmie, nie zawierającej ziarnistości o jednem jądrze kulistem lub owalnem czyli t. zw. monukleary Erlicha (fig. 3), oraz niektóre ciałka wędrujące, spotykane wśród tkanek. Makrofagami stałymi są przytoczone powyżej fagocyty stałe. Pochodzenie wielu postaci makrofagów wolnych, będących niegdyś składnikami tkanek stałych, a dopiero wtórnie uruchomionych, wyświetlają poniekąd niedawno ogłoszone badania Dominiciego. Według Dominiciego układ krwionośny nietyle wytwarza makrofagi, co roznosi je po ustroju. Złuszczone, uruchomione komórki śródbłonkowe naczyń, zaniesione do różnych tkanek, zatrzymują się tam i przemieniają na makrofagi, a niekiedy i na stałe komórki tkanki łącznej; takiem jest np. pochodzenie wielu makrofogów, spotykanych w sieci w stanach zapalnych tego narządu. Organem, w którym wytwarzają się rozmaite postacie makrofagów, jest sieć. Makrofagi powstają tu z uruchomionych powierzchownych komórek śródbłonkowych, fibroblastów, śródbłonków naczyń, komórek okołonaczyniowych, z komórek, z których wytwarzają się nowe naczynia, z komórek tłuszczowych, z niezróżnicowanych komórek ruchomych, podobnych do makrofagów krwi, z których wytwarzają się dopiero co przytoczone komórki, składające utkanie sieci, oraz z wykrytych przez Retterera niezróżnicowanych plasmodiów w opisanych przez Ranviera t. zw. plamach mlecznych sieci; plasmodya te, w warunkach prawidłowych niewidoczne, ujawniają się, jak to wynika z badań Grawitza, w stanach zapalnych sieci.

Natura komórek płaskich, wyścielających jamę brzuszną, oraz pokrywających powierzchnię zawartych w niej trzewiów, stała się w ostatnich czasach sporną. Według jednych badaczów, jak np. v. Brunna, który sądzi, że powierzchnia tych komórek u człowieka oraz u niektórych wyższych zwierząt pokryta jest rzęskami, należy je zaliczyć do komórek nabłonkowych; inni zaś badacze, zwłaszcza patologowie, uważają je dotąd za śródbłonki, a więc za komórki, pochodzące ze środkowego listka zarodkowego. Z dawniejszych badań Ranviera wiadomo, że komórki te są połączone ze sobą zapomocą wypustek protoplasmatycznych, występujących jasno zwłaszcza po sprowadzeniu skurczu protoplasmy komórkowej przez jakiś środek drażniący; komórki śródbłonkowe jamy brzusznej stanowią więc niejako jedną wielką kolonię komórkową, czyli plasmodyum. Tak samo dzięki połączeniom protoplasmatycznym stanowią w sieci jedną całość komórkową, czyli plasmodyum, komórki okołonaczyniowe, inne plasmodium stanowią śródbłonki naczyń, jeszcze inne komórki tłuszczowe i plasmodya Retterera. Wszystkie te plasmodya, stanowiące jakby odrębne siatki, połączone są ze sobą zapomocą fibroblastów, tak, że całe utkanie sieci można poniekąd uważać za jedną olbrzymią kolonię komórkową, mającą kształt siatki; otóż w okach tej siatki znajdują się komórki wolne, pochodne komórek powyżej przytoczonych, będące makrofagami.

Makrofagi wytwarzają się także w gruczołach limfatycznych z wolnych komórek jednojądrzastych, czyli limfocytów, z uruchomionych komórek śródbłonkowych i przez zróżnicowanie się mas plasmodyalnych tkanki, stanowiącej podścielisko utkania gruczołu; w podobny sposób powstają makrofagi w śledzionie, a w warunkach patologicznych i w szpiku kostnym. Powstałe we wszystkich tych organach makrofagi są przeto komórkami, należącemi do grupy tkanki łącznej, przeważnie dopiero wtórnie uruchomionemi.

Wielkość makrofagów jest rozmaita; średnica ich wynosi 7—50 μ; olbrzymie makrofagi noszą nazwę gigantofagocytów. Kształt makrofagów jest rozmaity. Protoplasma ich nie zawiera ziarnistości. Protoplasma makrofagów małych i średniej wielkości zawiera w stanie czynnym dosyć dużo

istoty bazofilowej; protoplasma makrofagów wielkich okazuje zazwyczaj wyraźną budowę pęcherzykową (fig. 4), często widoczną nietylko w głównym korpusie komórk, ale i w jej wypustkach. Jądro makrofagów ma kształt kulisty, jajowaty lub wygięty, niekiedy płatowy (fig. 5). W warunkach prawidłowych w makrofagach mniejszych jest ono stosunkowo blade, w większych zaś ciemne, w stanach zaś zapalnych występują często mniejsze makrofagi o ciemnem jądrze i wielkie o jądrze bladem. Mnożenie się makrofagów odbywa się przez podział prosty, oraz przez karyokinezę.

Fig. 4.

Fig. 5.

Jak to już wyżej zauważono, bakterye pochłaniają głównie mikrofagi, niekiedy czynią to jednak i makrofagi; stwierdzono fagocytozę przez makrofagi lasecznika wąglika, paciorkowców ropnych, spiryl Obermeyera, spiryl gęsich, przecinkowca cholery, drobnoustrojów swoistych dżumy, cholery kur, czerwonki świń i niektórych bakteryi jelitowych; makrofagi pochłaniają także prątki gruźlicze, laseczniki trądu, drobnoustroje promienicy. Nadto pochłaniają makrofagi drobne pasorzyty zwierzęce, jakoto pasorzyty zimnicy, gorączki Texas i trypanosomy. Pochłaniają one również substancye ciekłe, jakoto żelazo i arsen w roztczynie.

Jakkolwiek makrofagi nietylko pochłaniają drobnoustroje, ale, podobnie jak mikrofagi, zarazem je zabijają i niszczą, sprawa ta odbywa się w makrofagach wogóle słabiej i wolniej, niż w mikrofagach.

W warunkach prawidłowych fagocytoza przez makrofagi nie odbywa się we krwi, ani w limfie krążącej, a tylko w tkankach, których elementy są w stanie względnego spokoju; w stanach zaś patologicznych makrofagi pochłaniają cząstki obce także i we krwi oraz limfie krążącej.

W walce z drobnoustrojami wysuwają się na plan pierwszy następujące własności fagocytów: ich czułość na pewne wpływy chemiczne, ich zdolność poruszania się, oraz łatwość, z jaką pochłaniają owe wrogie dla ustroju twory, czyli ich żarłoczność. Według Miecznikowa pochłanianie bakteryj przez fagocyty przychodzi do skutku bez uprzedniego przygotowania, czyli osłabienia bakteryj czy to przez antytoksyny, czy też przez jakiekolwiek inne istoty przeciwbakteryjne, w sokach ustroju zawarte; Miecznikow uważa, że unieruchomienie i skupienie bakteryj poruszających się do ich fagocytozy bynajmniej koniecznem nie jest, przyznaje jednak, że działanie aglutynin może w pewnej mierze ułatwić fagocytozę mikrobów. (C. d. n.).

II. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu prof. Dr. L. Rydygiera.

Przyczynek do kazuistyki raków wargi górnej[1]).

Podał

Dr. A. Rydygier (syn).

O ile warga dolna bardzo często bywa dotknięta rakiem, o tyle rak wargi górnej należy do rzadszych przypadków. Dość przytoczyć, że Hueter, który przecież jako asystent Langenbecka ogromnym rozporządzal materyałem, bo około 24.000 przypadków rocznie, ani razu nie widział nabłoniaka wargi górnej. Maiweg z kliniki chirurgicznej w Bonn na 378 przypadków raka wargi dolnej naliczył tylko 22 górnej; Wörner z Tybingi na 289 — 16; Regulski z Dorpatu na 328 — 23; Fricke z Gettyngi na 124 — 13. Jedna rzecz przytem uderza, że podczas gdy rak wargi dolnej w ogromnej większości znachodzono u mężczyzn (około 92%), to tymczasem na raka wargi górnej zapadały w równej nieomal mierze kobiety.

Co się tyczy przypadków naszych, to ani przez lat 16 w Krakowie, ani teraz przez lat 6 w Klinice lwowskiej ani razu nie widzieliśmy raka wargi górnej. Dopiero w ostatnim roku i to w jednym miesiącu operowaliśmy trzy takie przypadki. Wszystkie trzy tyczyły się mężczyzn, jednego w 74, drugiego w 34, a trzeciego w 67 r. życia.

U pierwszego wystąpił po stronie prawej, niedaleko środka wargi górnej pryszczyk, który potem, szybko się powiększając, przemienił się we wrzodzik. W chwili przyjęcia chorego do Kliniki wrzód ten był już wielkości talara, a zajmował tak zewnętrzną, jak i wewnętrzną powierzchnię wargi. Gruczoły nigdzie nie były macalne. Drugi przypadek do pierwszego zupełnie podobny. Chory kilkakrotnie wyciskał tworzący się pryszcz i dopiero, gdy owrzodzenie rozrosło się do rozmiarów centa, zgłosił się do kliniki lwowskiej. Owrzodzenie nie przechodziło na czerwień wargi, a umieszczone było po stronie prawej, tuż koło rowka podnosowego. Po stronie prawej pod gałęzią poziomą żuchwy dawał się wyczuć gruczoł twardy, wielkości fasoli. U trzeciego chorego nabłoniak był wielkości halerza, umiejscowiał się na $^1/_2$ ctm. od lewego kąta wargi. Gruczoły nie były powiększone.

Badanie mikroskopowe, przeprowadzone we wszystkich przypadkach, potwierdziło rozpoznanie kliniczne, wykazując także w wyłuszczonym powiększonym gruczole przerzuty rakowe.

Zajęcie gruczołu w przypadku 2-gim pod żuchwą wskazuje na przebieg naczyń chłonnych wargi górnej i policzka, przechodzących stamtąd pod szczękę, jak to wykazało badanie metodą nastrzykiwań dróg chłonnych, przeprowadzone przez Polya i Nawratila (*Dtsch. Zeitschrift f. Chir. Nr. 66, r. 1902*).

Dlatego w każdym przypadku raka wargi górnej należy postąpić sobie tak, jak to zaleca się przy raku wargi dolnej, to jest usunąć wszystkie gruczoły chłonne, znajdujące się pod żuchwą. Zauważę jeszcze, że ubytek, powstały przez wycięcie czworokątnego płata przez całą grubość wargi, pokryliśmy w drugim i trzecim przypadku sposobem Celsusa, przedłużając górne, t. j. poziome cięcie na prawo

[1]) Według wykładu na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

i lewo, przez które to cięcie uwalniające utworzyły się dwa płaty prostokątne, podszewkowane błoną śluzową, bardzo dobrze dające się dociągnąć i zeszyć. Efekt kosmetyczny był w obu przypadkach wyśmienity.

III. Choroby uszne, a zaburzenia mowy, ich stosunek wzajemny i wpływ na rozwój umysłowy człowieka.

Podał

Dr. R. Spira.

(Ciąg dalszy).

Między powikłaniami śród czaszki, wywołującemi zaburzenia mowy, na pierwszym planie położyć należy głębokie ropnie mózgowe, o ile, jako powstałe w następstwie chorób usznych, znachodzą się przeważnie w płacie skroniowym, albo w móżdżku. Części mózgu, leżące najbliżej kostnej części narządu słuchowego, będą też najczęściej zajęte. Jeżeli uwzględnimy stosunki topograficzne i zważymy, że I-szy zwój skroniowy leży w odległości 3—4 ctm. nad przewodem ucha zewnętrznego i że móżdżek leży tuż za zatoką esowatą w blizkości wyrostka sutkowego, zrozumiemy łatwo, dlaczego ropnie mózgowe, wikłające ropne zapalenie ucha środkowego lub błędnika, mieszczą się przeważnie w I i II zwoju skroniowym, względnie w móżdżku. Z tych stosunków wynika także przyczyna, dlaczego zaburzenia mowy, towarzyszące takim ropniom, umiejscowionym w lewej półkuli, mają przeważnie cechę afazyi czuciowej, podczas gdy afazye ruchowe rzadko tylko i w wyjątkowych warunkach występują w towarzystwie ropni pochodzenia usznego. Według Körnera zaburzenia mowy, wywołane ropniami mózgowemi, a także, choć rzadziej, ropniami poza oponą twardą pochodzenia usznego w lewym dole czaszkowym, przedstawiają w liczbie objawów ogniskowych najczęściej pewne postacie afazyi czuciowej, a mianowicie: 1) afazyę przewodnictwa, parafazyę i paragrafię; 2) afazyę amnestyczną; 3) głuchotę wyrazową w znaczeniu Kussmaula, obok agrafii, aleksyi i anarytmii; 4) afazyę optyczną. Wszystkie te zaburzenia mogą wystąpić u prawaków, jeżeli ropień leży w lewym płacie skroniowym, — u mańkutów, jeżeli w prawym płacie.

Według Oppenheima afazya optyczna jest dość częstym objawem przy ropniu mózgowym pochodzenia usznego.

Urbantschitsch zalicza następujące zaburzenia mowy do objawów ogniskowych w następstwie ropnia mózgu pochodzenia usznego: 1) Afazya amnestyczna czyli sensoryczna. Chory nie znajduje szukanego słowa, ale może powtarzać (odpowiada właściwie afazyi pozakorowej ruchowej Wernickego). Za pomocą wrażeń różnych zmysłów budzi się pamięć dla słowa. Gdzie zaś wrażenia wzrokowe także nie pobudzą pamięci dla słowa, tam istnieje afazya optyczno-amnestyczna. Afazya może być częściowa i parafatyczna. 2) Afazya ruchowa, czyli ataktyczna, gdzie chory nie jest także w stanie powtarzać. Tu należy także ataksya literalna (*literale Ataxie, Silbenstolpern*), w cięższych przypadkach występuje monofazya. 3) Głuchota wyrazowa, czyli duchowa, polega na niemożności zrozumienia mowy. Stosownie do rodzaju afazyi należy odróżnić agrafię amnestyczną i ruchową (ataktyczną), dalej aleksyę, afazyę przewodnictwa i podkorową. Urbantschitsch opisuje obszernie przypadek ropnia pochodzenia usznego w I i II zwoju skroniowym z afazyą czuciową i optyczną, który skończył się pomyślnie po operacyi ropnia.

Schmiegelow zestawił 54 przypadków ropnia mózgowego w lewym zwoju skroniowym, w których 23 razy były zaburzenia mowy. Afazyę optyczną opisują Zaufal i Pick w przypadku takiegoż ropnia w dolnym i tylnym odcinku istoty rdzeniowej lewego płatu skroniowego, a Manasse w przypadku podwójnego ropnia w lewej półkuli z zakończeniem pomyślnem.

Do roku 1899 zestawiono 83 przypadków ropni lewego płatu skroniowego pochodzenia usznego, z których 50 było powikłanych z zaburzeniami mowy. Z tych głuchota wyrazowa była 7 razy, afazya amnestyczna po części z monofazyą, aleksyą i agrafią 22 razy, afazya optyczna 3 razy, afazya ruchowa również tylko 3 razy, parafazya 11 razy. Aby powstała afazya ruchowa ropień musi znachodzić się w przedniej części płatu skroniowego, skąd może przez ucisk uszkodzić korę ruchową mowy, albo przerwać drogi kojarzenia obu ośrodków mowy. Doświadczenie jednak poucza, że ropień pochodzenia usznego w płacie skroniowym usadawia się prawie wyłącznie w tylnej jego części, stąd pochodzi rzadkość tego zaburzenia (Hansberg). Hammerschlag podaje, że między 96 ropniami lewego płatu skroniowego, 53 przebiegało z zaburzeniami afatycznemi.

Zupełnie rozwinięty zbiór objawów afatycznych przy ropniu mózgowym pochodzenia usznego spostrzegał i opisał Schmiegelow w r. 1894. W przeciągu kilku dni rozwinęła się typowa afazya czuciowa. Drugi podobny przypadek opisał Jordan: zrozumienie mowy było upośledzone, w mniejszym stopniu była obniżona zdolność mowy. Afazya ruchowa rozwinęła się powoli w ten sposób, że najpierw znikły z pamięci rzeczowniki, a mianowicie wyrazy dla przedmiotów konkretnych, pospolitych; później dopiero wyrazy dla pojęć oderwanych, dalej czasowniki, przymiotniki i t. d. Kussmaul tłómaczy ten bieg rozwoju afazyi tem, że wyobrażenia, dotyczące osób i rzeczy, luźniej są połączone z nazwami, niż wyobrażenia oderwane o ich stanach i przymiotach. „*Während wir nämlich abstracte Begriffe nur mit Hilfe der Worte gewinnen, die ihnen allein eine feste Gestalt geben, können wir uns Personen und Sachen auch ohne Namen leicht vorstellen. Das Sinnenbild ist hier wesentlicher als das Sinnbild.*" W przypadku ostatnim sprawa toczyła się oczywiście o zniszczenie ośrodka korowego Wernickego gdyż zdolność powtarzania wyrazów, pisania i czytania była zniesioną, obok utrzymania zdolności kopiowania. (Afazya korowa czuciowa Wernickego). Nie jest jednak wykluczonem uszkodzenie także i dróg pozakorowych tego ośrodka. Przynajmniej wielkość i położenie ropnia, znalezionego przy sekcyi, czyniły jedno i drugie możebnem.

Ciekawy przypadek opisuje Preysing: po wypróżnieniu ropnia w płacie skroniowym wystąpiła utrata pamięci dla nazw topograficznych (krajów, miast, ulic). Przez kilka dni istniała także amnezya wyrazowa dla przedmiotów do użytku i raz wystąpiło na 1 dzień zaburzenie parafatyczne. Dopiero po 14 dniach wróciła zdolność wyrażania nazw miejscowych, osłabienie zaś pamięci utrzymywało się jeszcze przez czas dłuższy. Moure podaje przypadek ropnia mó-

zgowego z afazyą amnestyczną i połowiczem widzeniem po stronie prawej.

Nierzadkiemi są także spostrzeżenia, tyczące się ropni rozległych, a nawet zajmujących prawie cały płat skroniowy lewy, które jednak przebiegają bez zaburzeń mowy. Dziwne to zjawisko daje się tłómaczyć różnym sposobem. Jak już wspomnieliśmy, często sąsiednie części, albo symetryczne części drugiej półkuli, mogą zastępczo objąć czynność chorej lub zniszczonej części mózgu, co szczególnie u dzieci w młodym wieku ma miejsce. Być może, że jest to osobliwością indywidualną niektórych osób, że ich tkanka nerwowa szczególniej jest zdolną do objęcia obcej jej czynności i do szybkiego przystosowania się do funkcyi nowej, w razie obezwładnienia ośrodka mózgowego, przeznaczonego w zwykłych warunkach do tej czynności. Że u mańkutów zniszczenie lewostronnej półkuli nie pociąga za sobą zaburzenia mowy, to wynika już z tego, co wyżej o tej sprawie powiedzieliśmy, gdy była mowa o lokalizacyi ośrodków mowy. Nie jest przytem nieprawdopodobnem, że nawet w prawidłowych zresztą warunkach przemieszczenie ośrodków albo raczej ich czynności ma miejsce w analogiczny sposób, jak to widzimy w innych narządach, n. p. przy prawostronnem położeniu serca i t. p. Analogię do tego dopatrujemy także w tem, że znane są przypadki, w których wybroczyny mózgowe wywołały porażenia połowy ciała, odpowiadającej półkuli zajętej. Możliwość takiego zjawiska została wytłómaczoną w jednym przypadku brakiem skrzyżowania piramid. Nie jest zatem absolutnie wykluczona możliwość, że ośrodki i drogi zmysłów słuchu i mowy rozwinęły się raz wyjątkowo u prawaka w półkuli prawej, zamiast w lewej.

Za takiem przypuszczeniem przemawiałyby rzadko spostrzegane przypadki, w których ropnie mózgu prawostronne sprawiały zaburzenia mowy u chorych prawaków. W statystyce, zestawionej przez Hammerschlaga, dwa takie przypadki są zanotowane; do tych przybywa jeszcze jeden podobny przypadek, przytoczony przez Oppenheima. W ostatnich czasach Heine podał na posiedzeniu Towarzystwa otologicznego niemieckiego w r. 1903 przypadek, tyczący się prawaka, u którego w następstwie ropnia prawego płatu skroniowego i potylicznego wystąpiły objawy afazyi amnestycznej i widzenia połowiczego. Jako podobny rzadki wyjątek z reguły zanotować należy przypadek Klęska, tyczący się chorego mańkuta, u którego uszkodzenie lewej półkuli łączyło się z zaburzeniami mowy. Podobne przypadki dałyby się może tłómaczyć także w ten sposób, że ropień w jednej półkuli tak się układa, że wywiera ucisk na ośrodki mowy drugiej półkuli, albo wywołuje w niej różne zaburzenia w krążeniu, jak przesiąkanie surowicze, albo objawy nerwowe, pobudzone drogą naczyń krwionośnych, względnie nerwów łączących, n. p. przez spoidło i t. p.

Nareszcie widzimy często, że ogniska chorobowe w tkance nerwowej, usadowione na tem samem miejscu dają różne objawy w różnych przypadkach. Wogóle ogniska tej samej wielkości i tego samego umiejscowienia nie mają zawsze tego samego znaczenia co do zniszczenia tkanki ustrojowej i zniesienia jej czynności. Zdaje mi się, że ropnie mózgowe należy rozróżniać nie tylko według ich umiejscowienia topograficzno-anatomicznego, lecz także według umiejscowienia — *sit venia verbi* — histologicznego, a zatem objawy ogniskowe będą różne, zależnie od czynnościowego znaczenia przeważnie zniszczonych lub schorzałych pierwiastków nerwowych, a znaczenie to nie w każdym przypadku jest równem. Müller odróżnia ropnie miąższowe, zajmujące właściwą tkankę mózgową, powstałe przez ropny lub zgorzelinowy rozpad istoty nerwowej, więc sprawę niszczącą, — od ropni międzymiąższowych, zajmujących zwykle skąpe, a przez sprawę zapalną wybujałe podścieliska łącznotkankowe międzymiąższowe. W pierwszym przypadku mamy ropień mózgu, powstały przez wniknięcie do mózgu prątków gnilnych lub wytworów drobnoustrojów chorobotwórczych: treść jego stanowi posoka rzadka, ropa zielonawa, cuchnąca zawierająca mało koków, dużo bakteryi gnilnych. Ropień taki nie jest otoczony torebką łącznotkankową, a co najwyżej ścianą naciekłą i wywołuje miejscowe objawy uciskowe i ogniskowe. W drugim przypadku mamy ropień w mózgu, powstały przez wnikanie z ucha do mózgu zarazków ropotwórczych, wywołujących zapalenie tkanki łącznej, bujanie tej ostatniej z wypociną i ciałkami ropnemi. Ropień taki zawiera ropę gęstą, niecuchnącą i wiele drobnoustrojów, jest zwykle otoczony błoną łącznotkankową, powstającą z nowowytworzonej zapalnej tkanki łącznej i wywołuje objawy przeważnie ogólnie uciskowe i gorączkę z powodu sprawy zapalnej. W największej jednak części przypadków istnieją postacie mieszane, gdyż przy dłuższem trwaniu może się przyłączyć do miąższowego ropnia niszczącego sprawa zapalna wytwórcza, wywołująca ropień międzymiąższowy i odwrotnie.

Oczywista rzecz, że ropień miąższowy, wywołujący objawy więcej miejscowe przebiega częściej z zaburzeniami mowy, niż ropień międzymiąższowy, powodujący więcej objawy ogólne i — że w tej okoliczności może leżeć przyczyna braku objawów zboczeń mowy w pewnych przypadkach ropnia mózgowego. Zresztą Preysing krytykuje ten podział Müllera, jako anatomicznie bezpodstawny i nieuzasadniony i rozróżnia tylko ropnie otorbione i nieotorbione, względnie przewlekłe i ostre. Że także zapalenie mózgu może pociągnąć za sobą objawy afatyczne, należałoby już *a priori* przypuścić. Jednakże podobne spostrzeżenia są w piśmiennictwie bardzo rzadkie, co się tłómaczy niewielką liczbą wogóle spostrzeżeń takiego powikłania w przebiegu chorób usznych. Oppenheim opisał przypadki zapalenia mózgu w następstwie chorób usznych, w których wśród ogólnych objawów mózgowych występowała na pierwszy plan afazya ruchowa obok porażenia n. twarzowego i kończyny górnej po stronie prawej. Voss opisuje 3 przypadki zapalenia mózgu w przebiegu ropnego zapalenia ucha środ., z których w 2 była zajęta strona lewa. W jednym z nich była afazya ruchowa, w drugim afazya czuciowa Do tych należy także doliczyć mój przypadek ropnia pozaoponowego z ograniczonem zajęciem kory mózgowej pochodzenia usznego, ogłoszony przezemnie w „Przegl. lek.“ 1903, Nr. 46. W tym przypadku, rozpoznanym przez autora i operowanym przez ś. p. prof. Trzebickyego, częściowa afazya amnestyczna wystąpiła podczas leczenia pooperacyjnego, podczas gdy przez cały czas choroby (2 lata) przed operacyą prócz bolu głowy nie było żadnych objawów mózgowych. (Dok. nast.)

IV. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu prof. Rydygiera we Lwowie.

Śródkrtaniowe wyłuszczenie włókniaka krtani.

Podał
Dr. Teofil Zalewski.

Dnia 20 listopada 1901 zgłosiła się do kliniki chirurgicznej chora, licząca lat 36, z chrypką i ze skargami na utrudnienie w oddychaniu, szczególnie przy forsowniejszem chodzeniu i przy pracy. Przed dwoma laty zauważyła ona chrypkę, która pojawiła się bez żadnej widocznej przyczyny; chrypka początkowo była nieznacznego stopnia, obecnie zaś trudno jest chorej mówić. Duszności ma doświadczać dopiero od kilku miesięcy.

Chora należała zawsze do osób zdrowych; na płuca nigdy nie chorowała. Na dziedziczną skłonność do chorób gardlanych lub płucnych i nowotworów wywiady nie wskazują.

Badanie krtani wziernikiem wykazuje guz rozlany, wypełniający zatokę Morgagniego z lewej strony tak, że zupełnie przykrywa od góry lewe więzadło prawdziwe, tylko przyczep więzadła z przodu i z tyłu jest widoczny. Guz ten znacznie zacieśnia światło krtani. Przy fonacyi więzadło prawdziwe lewe wysuwa się z pod guza. Powierzchnia guza gładka, błona śluzowa nad nim, prócz lekkiego zaczerwienienia, zmian nie okazuje. Badanie zgłębnikiem w znieczuleniu miejscowem wykazuje guz nieporuszalny, o szerokiej podstawie, zbitości twardej.

Gruczoły na szyi niepowiększone; krtań przy badaniu zewnątrz niebolesna. Trudności w połykaniu nie ma.

Rozpoznanie mogło się wahać między nowotworem złośliwym a włókniakiem; obraz laryngoskopowy więcej przemawiał za włókniakiem.

Za pomocą podwójnej skrobaczki (curette) Krausego chciałem, o ile się da, wyciąć guz śródkrtaniowo, a prócz tego kawałki wycięte miały służyć do badania mikroskopowego, aby ostatecznie rozstrzygnąć, z czem mamy do czynienia. Przy pierwszem cięciu można było się przekonać o znacznej zbitości guza; szczypczykiześliznęły się po guzie, przeciąwszy tylko samą błonę śluzową. Cięcie to wypadło mniej więcej na największej wypukłości guza; brzegi rany w błonie śluzowej rozstąpiły się i przez otwór w tej błonie wysunął się guz. Wtedy, zamknąwszy skrobaczkę, odsunąłem za jej pomocą bez wielkich trudności z jednej i drugiej strony błonę śluzową ku podstawie guza i tym sposobem guz prawie w całości odsłoniłem. Tą samą skrobaczką ująłem guz i bez wielkiego wysiłku wyjąłem go. Guz był wielkości małego orzecha włoskiego, zbitości twardej; późniejsze badanie mikroskopowe wykazało włókniaka, zresztą po wyjęciu guza nie było już żadnej wątpliwości co do rozpoznania. Krwotok po operacyi był nieznaczny; błona śluzowa ułożyła się w zatoce Morgagniego trochę pofałdowana; sama zatoka przedstawiała się po stronie operowanej głębszą, niż po stronie przeciwnej. Po tygodniu chora wystąpiła z kliniki zupełnie zdrowa. Chrypka znacznie się zmniejszyła, choć jeszcze zupełnie nie znikła.

W opisanym przypadku włókniak został wyjęty w ten sam sposób, jak to robimy przy włókniakach na innych częściach ciała, n. p. przy usuwaniu włókniaków podskórnych. W dostępnem mi specyalnem piśmiennictwie nie znalazłem podobnego przypadku i w najnowszym obszerniejszym podręczniku Heymanna nie ma wzmianki, by kto w ten sposób operował. W każdym razie przypadek mój, jeżeli nie jest jedynym w swoim rodzaju, to niewątpliwie należy do bardzo rzadkich. Przypadek ten dowodzi, że śródkrtaniowe wyłuszczenie nowotworu z krtani jest możliwe przy odpowiednich warunkach; jednym z głównych warunków jest, by guz nie był zbyt silnie złączony z otoczeniem.

Radcy Dworu Prof. Rydygierowi za odstąpienie mi i pozwolenie ogłoszenia tego przypadku składam serdeczne podziękowanie.

V. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Hugo Magnus: **Der Aberglauben in der Medicin** (5 rycin w tekscie). Wrocław 1903. — J. U. Kern, stron VIII—112.

Już po raz trzeci zajmuje się M. stosunkiem zabobonu do medycyny. Podczas gdy to poprzednio czynił jedynie okolicznościowo, obecnie poświęca tej sprawie całą, stosunkowo dość obszerną pracę. Na usprawiedliwienie zaś swojego postępowania podaje twierdzenie, że obowiązkiem lekarza historyka jest nietylko podawanie nowych faktów na podstawie poszukiwań źródłowych, lecz także ustalenie prawideł, podług których się odbywał rozwój medycyny wlewając w ten sposób, w wiedzę lekarską sporo życia i świeżości. Tej zasadzie Magnusa zawdzięczamy obecną publikacyę, w której się autor starał przedewszystkiem zwrócić naszą uwagę nie na normalny rozwój medycyny, lecz wskazać na bezdroża, po których nasza nauka kroczyła pod wpływem rozmaitych okoliczności.

Określiwszy definicyę zabobonu lekarskiego, daje M. pokrótce obraz tej medycyny, jaka mieści się w najdawniejszych przepisach religijnych, kiedy ona spoczywała prawie wyłącznie w rękach kapłanów, zestawia walkę teistycznych światopoglądów z fizykalno-mechanicznemi pojęciami filozofów greckich, której wynikiem był teleologizm.

Na powstanie zabobonu lekarskiego składają się w najdawniejszych czasach religia, filozofia, później zaś t. zw. nauki przyrodnicze, a pośród nich przedewszystkiem astrologia i... któżby o tem pomyślał? — sama medycyna. Ta ostatnia zaś o tyle, że przedstawiciele jej częstokroć wprost ułatwiali przeszczepianie zabobonnych poglądów na grunt lekarski. Fakt ten można o tyle usprawiedliwić, że medycynie zazwyczaj narzucano te poglądy, które naówczas były wynikiem jedynie stosunków, wśród których powstały. Wszelkie zaś większe przewroty umysłowe mają szczególniejszy dar porywania za sobą, a opozycya światlejszych jednostek przebrzmiewa zazwyczaj bez trwałych następstw. Dla tego głos takich, jak Pico z Mirandoli lub Girolamo Fracastori, którzy przeciw całemu oszustwu astrologicznemu tak dzielnie występowali, musiał zaginąć, gdyż astrologia była prawdziwem dzieckiem czasów, wśród których się rozwinęła.

Ta okoliczność, jakkolwiek niezbyt korzystnie przedstawia się dla nauki, daje nam przecież pewność przyszłości, w której odpowiednio do poziomu i rozwoju umysłowego znikną i te ślady zabobonów lekarskich, które się jeszcze i dziś tak uporczywie utrzymują.

Kilka rycin dobrze wykończonych uprzyjemnia czytanie zresztą bardzo przystępnie i zrozumiale napisanej książki. *Dr. Lachs.*

VI. Wyciągi.

Burak. **Doświadczenia nad wpływem elektryczności na drobnoustroje.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 47—48). Na podstawie badań, wykonanych w charkowskiej pracowni higienicznej, przyszedł autor do przekonania, że elektryczność przedstawia czynnik w wysokim stopniu szkodliwy dla drobnoustrojów. Morfologiczne ich własności nie ulegają, co prawda, zmianom pod wpływem różnych gatunków elektryczności, lecz czynności fizyologiczne zmieniają się w znacznym stopniu: zwłaszcza szybko i łatwo następuje utrata ruchomości; najdłużej i najuporczywiej zachowuje się rozwój drobnoustrojów, jakkolwiek prąd elektryczny nawet słabego napięcia i krótkotrwały działa na nie w sposób tamujący i skracający ich życie. Największą odpornością odznaczają się zarodniki. Siła

działania elektryczności jest w stosunku odwrotnym do ilości pożywki i drobnoustrojów i w prostym do siły prądu, długotrwałości doświadczenia i wieku hodowli. Działanie elektryczności na szereg pokoleń drobnoustrojów sprowadza nadzwyczaj silne zaburzenia ich czynności. Drobnoustroje, poddane działaniu prądu, wytwarzają potomstwo, odznaczające się większą wrażliwością na działanie prądu. Prąd przerywany wywiera wpływ energiczniejszy, niż stały, lecz nie zostawia takich stałych śladów, jak ten ostatni. Najsilniejsze działanie wywierają prądy wielkiej częstości i o wysokiem napięciu. Pole statyczne i elektromagnesowe wywierają stosunkowo słabe działanie. Wpływ prądów d'Arsonvala nie ogranicza się tylko do powierzchni pożywki organicznej, lecz przenika i wgłąb jej. Doświadczenia B. dają wreszcie prawo do przypuszczenia, że prądy d'Arsonvala można będzie zużytkować dla zniszczenia drobnoustrojów w ustroju zwierząt. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Dumstrey. **Przyczynek do poznania własności trujących salipiryny.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1903, Nr. 43). Autor spostrzegał dwa przypadki u dorosłych, w których po zażyciu 1 grm. salipiryny i jeden przypadek u 14-letniej zdrowej dziewczynki, w którym po 0·5 grm. salipiryny wystąpiły zawsze te same objawy ciężkiego zatrucia. Objawy te polegały na silnem rozdrażnieniu nerwowem, zaczerwienieniu twarzy, rozszerzeniu źrenicy, spotęgowanem tętnieniu tętnic, biciu serca, ciężkim i utrudnionym oddechu i występowały w napadach, które niekiedy się powtarzały. D. ostrzega przed większymi dawkami salipiryny, która, jak się pokazuje, nie jest środkiem tak niewinnym, za jaki uchodzi. *Dr. Fels.*

Reuter. **Obłąkanie podczas ciąży.** (*Gyógyaszát*, Nr. 4, 1903). Z powikłań, występujących podczas ciąży, zboczenie umysłowe może wprawić w kłopot lekarza i to tembardziej, że stosunkowo rzadko (w 3% przypadków) się przydarza. Najczęściej występuje przygnębienie na tle zadumy, osłupienie, omamy, a rzadko istotny obłęd. Psychozy, występujące po zmianach w narządach płciowych, zwłaszcza jeśli są pochodzenia histerycznego, przebiegają szybko i łagodnie tak, iż można je leczyć w domu. Z samych objawów jednak niepodobna wnosić o trwaniu choroby. Jeżeli objawy w przeciągu kilku dni ulegają nasileniu, obawiać się należy dłuższego przebiegu, a wtedy odosobnianie chorej najszybciej prowadzi do celu, czemu niestety rodzina często się sprzeciwia. Lekarz powinien jednak zwalczać uprzedzenie, stawiając na pierwszem miejscu dobro chorej. W peszteńskiej klinice psychiatrycznej prof. Moravcsika spostrzegał autor przypadek obłąkania podczas ciąży, którego przebieg był korzystny, choć obłąkanie poprzedziły inne powikłania (*chorea paralytica*). Tak ciąża, jak i pląsawica były tylko przyczynami uspasabiającemi: a w istocie chwiejny układ nerwowy był podstawą obłąkania. Olshausen wspomina, iż po pląsawicy ciężarnych bywa obłąkanie umysłu bardzo częstem. U wspomnianej ciężarnej wystąpiło obłąkanie w pierwszej połowie ciąży, co pozwala dobrze rokować (Kraft-Ebing). Ciężarna przedstawiała obraz typowego halucynatoryjnego pomieszania (amentia), trwającego 3 miesiące. *Baschkopf.*

Frey. **O pojawianiu się cukru w moczu w przebiegu chorób usznych.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Tom 58). F. opisuje przypadek, w którym w przebiegu ropnia móżdżkowego pochodzenia usznego pojawił się cukier w moczu; cukier znikł po wyzdrowieniu chorego. Zastanawiając się nad przyczyną wystąpienia cukru w moczu w przebiegu spraw zapalnych mózgu lub jego opon, przyjmuje F. w swoim przypadku i w wielu innych zadrażnienie czwartej komory. W przypadku tym tem więcej zdaje się być prawdą, że jednocześnie z pojawieniem się cukru w moczu, wystąpiły zaburzenia w oddychaniu i krążeniu. Merckens powiada, że w przypadkach ropienia w samym mózgu lub jego oponach, występuje w częściach sąsiednich zapalenie surowicze, które zwykle szybko przechodzi. F. przyjmuje podobne zjawisko i w swoim przypadku i przypuszcza, że wskutek takiego surowiczego zapalenia została podrażniona czwarta komora, względnie ośrodki nerwu błędnego (zaburzenia w oddychaniu i krążeniu) i ośrodek przemiany materyi. Co do pytania, czy ropienie w samej kości skroniowej nie wywołuje cukromoczu, to pytanie dotąd nie jest rozstrzygnięte. *Dr. Teofil Zalewski.*

Bürkner. **Sprawozdanie z polikliniki chorób usznych i nosowych w Getyndze z 25 lat jej istnienia.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Tom 59). Statystyka obejmuje 30.777 przypadków. Zgodnie z innemi i ta statystyka wykazuje, że stosunek mężczyzn do kobiet, co do częstości chorób usznych wynosi 6:4. W wieku dziecięcym stosunek ten jest cokolwiek inny: mianowicie na niekorzyść kobiet — 5,3:4,7. Co do częstości zachorowywania poszczególnych części narządu słuchu, to statystyka ta wykazuje następujący stosunek między uchem zewnętrznem, środkowem i wewnętrznem: 26,79:68,91·4,3. Różnice w rozmaitych statystykach zachodzą przeważnie co do ucha wewnętrznego. Według dawniejszych obliczeń autora na zasadzie statystyk rozmaitych autorów stosunek przedstawia się tak: 24.44:68,52:7,04. Bezold podaje stosunek: 25,1:661:10,7; Kruschewsky: 25,39:70,66:3,87. Co do częstości zachorowywania jednej i drugiej strony, to różnicy niema. *Dr. Teofil Zalewski.*

Dr. Siegert. I. **Przyczynek do nauki o krzywicy. II. Naturalne odżywienie a krzywica.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 59, 913, Nr. 2). Spostrzeganie kilku tysięcy dzieci w ciągu kilku lat doprowadziły autora do stanowczego twierdzenia, że przy brakującej skłonności dziedzicznej odżywianie dziecka piersią najlepszym jest niejako środkiem zapobiegawczym krzywicy; przy istnieniu skłonności dziedzicznej nie chroni przed krzywicą, lecz przed ciężkiemi zaburzeniami w przewodzie pokarmowym. U dzieci, karmionych piersią, krzywica przebiega łagodniej, choć znane są przypadki nawet bardzo ciężkiej krzywicy u obciążonych dziedzicznie osesków, które były karmione piersią. Zbyt długie karmienie piersią nie usposabia, ani nie wywołuje krzywicy. U dzieci usposobionych do krzywicy, odżywianie piersią jest koniecznym warunkiem utrzymania zdrowia i życia. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Kozlowski. **Materyały kliniczne, dotyczące operacyi przyszywania sieci większej do przedniej ściany brzucha.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 47—48). K. opisuje 2 przypadki zanikowej marskości wątroby, w których w szpitalu Maryjskim (Petersburg) wykonano operacyę Talmy. W pierwszym z tych spostrzeżeń choroba zaznaczyła się puchliną brzuszną, zmniejszeniem rozmiarów wątroby i zwiększeniem śledziony; dobowa ilość moczu wynosiła zwykle 200—450 ctm. sz. Przed operacyą stosowano jodek potasowy, kalomel, diuretynę i inne środki: nakłucie ściany brzusznej stosowano przed i po operacyi. Po operacyi dobowa ilość moczu poczęła się podnosić i doszła nawet do 800 ctm. sz., a na brzuchu rozwinęły się powierzchowne żyły. Niestety na 18 dzień po operacyi chory umarł wskutek śmiertelnego krwotoku, wywołanego pęknięciem jednej z bardzo rozszerzonych żył przełyku, które i przedtem krwawiły od czasu do czasu. W drugim przypadku wątroba była powiększona, śledziona zaś prawidłowa; dobowa ilość moczu wynosiła przed operacyą 1000—1400 ctm. sz. Chory przed i po operacyi zażywał kalomel, gorzykwiat i inne leki. Zaraz po operacyi dobowa ilość moczu spadła znacznie i zaledwie po 2 tygodniach dosięgła do 1000 ctm. sz.; na 4-ty dzień po operacyi wypuszczono z jamy brzusznej przez nakłucie 9,7 litrów płynu. Na 15-ty dzień po operacyi chory wyszedł ze szpitala; dalszy los jego nie jest znany. Następnie z tego szpitala podaje K. opis trzech przypadków, w których za życia rozpoznano zanikową marskość wątroby i wykonano operacyę Talmy. W jednem z tych spostrzeżeń stwierdzono podczas operacyi gruźlicę otrzewnej; chora wyszła wkrótce ze szpitala w dobrym stanie. W dwóch innych przypadkach marskość wątroby była rozpoznaną na podstawie puchliny brzusznej, powiększenia śledziony i powiększenia lub przeciwnie zmniejszenia wątroby. Rozpoznanie nie uległo zmianie i podczas operacyi. W jednym przypadku wykonano po operacyi 10 nakłuć brzucha, w drugim 14. Obydwaj chorzy pomarli w szpitalu. Sekcya wykazała w pierwszym przypadku t. zw. „Glasuhrleber Curschmannia", przewlekłe włókniste zapalenie otrzewnej i gruźlicę obydwóch szczytów płucnych; w drugim przewlekłe włókniste zapalenie otrzewnej, przeważnie w okolicy macicy, wątroby i śledziony, gruźlicę obydwóch szczytów płucnych i śródmiąższowe zapalenie wątroby słabego natężenia. *Witold Orłowski* (Ptbg).

H. Schottmüller. **Przyczynek do etyologii ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 7 i 8). Na podstawie badań bakteryologicznych przypisywano dotychczas głównie prątkowi okrężnicowemu własność wywoływania nieżytu ostrego żołądkowo-jelitowego. Autor przeprowadził ścisłe badania kału, robił doświadczenia na zwierzętach i przyszedł do przekonania, że prątkiem tym nie jest *bact. coli*, lecz *bacillus enteritidis Gärtneri*. Gärtner odkrył ten prątek w kale i mięsie, którem zatrucie nastąpiło. Raz prątek ten wywołuje objawy cholery swojskiej, drugi raz objawy durowe. Autor tłómaczy to w ten sposób, że w pierwszym przypadku ustrój wchłonął znaczną ilość prątków i to bardzo zjadliwych, powodujących zatrucie z objawami cholerycznymi, w drugim zaś dostała się tylko mała ich ilość i dostawszy się przez błonę śluzową jelit do narządu chłonnego, wywołała zakażenie z objawami duru. *J. Opolski.*

M. Saenger. **O dychawicy.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 8). Głębokie wdechy, jakie chorzy wykonywują podczas napadu dychawicy, pogarszają tylko ich cierpienie. Z jednej bowiem strony wskutek ostrego rozdęcia płuc klatka piersiowa traci zdolność rozszerzania się, co wpływa ujemnie na krążenie małe, z dru-

giej zaś strony nadmierna ilość powietrza, nagromadzona w pęcherzykach, odruchowo wywołuje skurcz oskrzelików, a nawet i przepony. Chory zatem podczas napadu nie powinien czynić wdechów głębokich, a starać się wydalić nadmierną ilość powietrza. Autor radzi przez 5—15 minut oddychać krótko, a nie głęboko, a wydechiwać dłużej, lecz niezbyt silnie. Początkowo przychodzi to chorym z trudnością, dlatego autor poleca chorym na dychawicę gimnastykę wydechową, polegającą na tem, że chory wydechując, liczy od 1-go. Chorzy wprawiają się szybko tak, że gdy początkowo podczas jednego wdechu mogli doliczyć do 5, to po 8 dniach liczyli już do 20, a nawet i do 40. Gimnastyka ta nie usuwa oczywiście dychawicy, lecz postępując tak podczas napadu, łagodzą cierpienie znacznie, a na dowód przytacza autor historyą chorób.

J. Opolski.

Nowsze publikacye z dziedziny patologii i terapii chorób żołądkowych (*Wiener med. Presse*, Nr. 1 i 2, 1904). Z pracy tej, przedstawiającej się zresztą jako streszczenie zbiorowe, zasługują następujące rozdziały na szczególniejszą wzmiankę:

Niedomogą odźwiernika nazywa Knapp ten stan, w którym żołądek pozbywa się swej treści jeszcze przed ukończonem trawieniem żołądkowem, — a więc wzmożona czynność ruchowa, łącząca się nierzadko z zmniejszoną kwasotą i achylią. Za przyczynę tego objawu należy przyjąć nieżyt błony śluzowej żołądka na tle wyskoku; w leczeniu odgrywa główną rolę podawanie pankreatyny.

Działaniem morfiny na wydzielanie się soku żołądkowego zajmował się Holsti — i stwierdził, że kwasota treści żołądkowej bywa niższą przy stosowaniu morfiny, a szkodliwy wpływ tej ostatniej jest więcej skierowany na czynność ruchową żołądka, aniżeli na jego chemizm.

W niestrawności na tle nerwowem nie należy zdaniem Mathieua i Rouxa znacznie ograniczać ilość pokarmów; — główną zasadą jest ureguluwanie odżywienia. Jeśli to się przeprowadziło, wówczas poprawiają się zaburzenia żołądkowe, uczucie głodu wraca, stan ogólny i usposobienie chorego się poprawiają, a język się oczyszcza. Przeważna zresztą liczba przypadków niestrawności ma swoją przyczynę, według Coyousa, w nieprawidłowem kiśnieniu, za czem idzie, że należy stosować środki przeciwfermentacyjne.

Einhorn twierdzi, że *achylia gastrica* jest po większej części na tle zaburzeń nerwowych; — za życia chorego trudno powiedzieć, czy braki w wydzielaniu soku są następstwem zaniku błony śluzowej. W rozpoznaniu różniczkowem między *achylia gastrica*, a rakiem, przemawiają za ostatnim: obecność w czczym żołądku resztek pokarmów, drobne krwawienia i ujemny wynik leczenia; obecność kawałeczków błony śluzowej w treści żołądkowej lub w wypłuczynach nie jest znamienną dla achylii. W przypadkach niestrawności z lekką lub ciężką niedomogą żołądka stosuje Hepp wśród jedzenia sok żołądkowy świni w ilości 2 łyżeczek (w piwie). Działanie takiego lekowania jest uśmierzające, nadto przyspieszające czynność trawienia, w następstwie czego znika bezsenność, zaparcie stolca, waga ciała się podnosi, a z tem i widoczna poprawa.

Baccarani i Pless stosowali w 14 przypadkach zwiotczenia żołądka nowy środek, zwany „paraganglin": siła ruchowa żołądka, ilość wydzielonego moczu, mocznika i fosforu widocznie się wzmogły; — są to następstwa, które pozwalają wnosić o istnieniu pewnych postaci niestrawności, spowodowanych przemijającą lub względną niedomogą nadnercza.

Zachowanie się siły wydzielniczej żołądka po usunięciu nerek badali Steyskal i Axisa. Z doświadczeń poczynionych na psach wynika, że po usunięciu jednej nerki zmniejsza się ilość kwasu solnego w pierwszych dwóch dniach po operacyi, dochodząc w 3-cim lub 4-tym dniu do *minimum*, aby po 10 dniach wrócić do stanu prawidłowego.

Zweig i Calvo stwierdzili, że badanie treści żołądkowej metodą Sahliego daje tylko wówczas pewne wyniki, jeśli tłuszcz jest w tej treści jednolicie rozdzielony; w przypadkach przewlekłego nieżytu żołądkowego i ciężkiej niedomogi ruchowej warunek ten nie zachodzi. Także w przypadkach zmniejszonej kwasoty żołądkowej i braku kwasoty jest wspomniana metoda nieodpowiednia, ponieważ zupka mączna, wprowadzona do żołądka, tak mało go drażni, że w niektórych przypadkach kwasu solnego zupełnie stwierdzić nie można, podczas gdy w tych samych przypadkach można wykazać dokładnie wolny kwas solny próbnem śniadaniem Ewald-Boasa. Jedynie dobre wyniki daje metoda Sahliego w nerwowej niestrawności i rozpoznaniu różniczkowem między zwiotczeniem żołądka, a wzmożoną siłą wydzielniczą: — w każdym razie jest ta metoda dla lekarza-praktyka i mozolna i zanadto zawikłana.

Nad patogenezą wrzodu żołądkowego zastanawia się Godart-Danhieux: niewątpliwą jest rzeczą, że w przeważającej liczbie przypadków zachodzi nadmiar kwasoty, a czynnikiem pośrednim są tu zaburzenia zakaźne, nerwowe, naczynio-ruchowe, na tle zatorów, wreszcie działanie samotrawiące; — w każdym razie konieczna jest chorobowa zmiana w błonie śluzowej. Największy kontyngent chorych dostarczają kucharze, którzy mają zwyczaj kosztować wrzące potrawy, skutkiem czego kaleczą nietylko błonę śluzową ust, ale także żołądka.

W jednym przypadku wymiotów krwawych osiągnął Millis dobry wynik przez podanie 25 kropel $1^0/_{00}$ rozczynu adrenaliny: zarówno wymioty, jak i krwawienie ustąpiły.

Wymioty powrotne u dzieci odnosi Edsall do zatrucia kwasami: istotnie udało mu się wykazać w moczu niektórych takich chorych aceton, kwas oksymasłowy i aceto-octowy. Dlatego podawał dwuwęglan sodowy z dobrym skutkiem w wielkich dawkach (1 grm. co 2 godz.) — wymioty ustawały; w jednym przypadku wymioty utrzymywały się dalej; autor więc zmniejszył dawkę o tyle, że mocz jeszcze oddziaływał alkalicznie, a wówczas dopiero nastąpiła poprawa.

Według Variota głównym objawem skurczu odźwiernika u oseskow są uporczywe wymioty w kilka minut po przyjęciu pokarmu bądźto matczynego, bądź z flaszki; — przyczynę tego upatruje autor w składzie mleka matki, za czem przemawia ta okoliczność, że zmiana pokarmu matczynego na mleko mamki usuwa cierpienie.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 4 marca 1904 r.

Przewodniczący: R. Dw. Prof. L. Rydygier. Obecnych: 30.

I. Kol. Dr. St. Czarnik przedstawia dziewczynkę, dotkniętą chorobą Werlhofa. Po skreśleniu stanu obecnego i omówieniu rozpoznania różniczkowego, zastanawia się prelegent dłużej nad etyologią tego cierpienia. Opierając się na własnem doświadczeniu, skłonnym byłby uznać jakiś związek przyczynowy między omawianem cierpieniem, a gruźlicą. U wszystkich bowiem dzieci z plamicą Werlhofa, leczonych w szpitaliku św. Zofii, udawało mu się stwierdzić albo równoczesną gruźlicę płuc, lub też zmiany gruźlicze niedługo potem się pojawiały. W leczeniu znakomitą usługę oddawała prelegentowi żelatyna, wstrzykiwana podskórnie. Środek ten uważa za znakomity przetwór do tamowania krwi, a podając go we wielu bardzo innych przypadkach podskórnie, przez usta i w lewatywach, nigdy stąd złych następstw nie widział, specyalnie zaś nie widział nigdy tężca, jakkolwiek używa żelatyny zwykłej i poleca rozczyn wyjałowić raz w aptece, drugi raz wyjaławia sam, wstawiając flaszkę do garnka z wrzącą wodą na $^1/_2$—1 godz.

Dyskusya: Dr. Fr. Slęk, powołując się na doświadczenie kliniki chirurgicznej, nie może uznać żelatyny za pewny środek, tamujący krwawienie, przynajmniej w jednym przypadku krwawiączki (hemofilii) zawiodła całkowicie. Wobec tedy niepewnego działania należy być podwójnie ostrożnym i używać wyłącznie żelatyny, specyalnie przez Mercka przygotowanej do wstrzykiwań podskórnych.

Prof. Łukasiewicz uważa przypadek, przedstawiony przez prelegenta, za postać wcale łagodną. Z takich przypadków nie mógłby nic wnosić o działaniu żelatyny. W swej praktyce widział wiele ciężkich przypadków choroby Werlhofa, kończących się śmiercią; rzadko jednak nekroskopia wykazywała równoczesne zmiany gruźlicze. Sądzi zatem, że nie ma związku, dopatrywanego przez prelegenta, między temi dwoma cierpieniami i nie widzi powodu, dlaczegoby odstępować należało od dawniejszej teoryi, upatrującej przyczynę choroby w kruchości ścian naczyń.

II. Kol. Dr. Fr. Slęk przedstawia chorego, operowanego w klinice chirurgicznej U. L. z powodu zatrzymania jądra w przewodzie pachwinowym. Użyto metody Katzensteina (t. j. przeciągnięto jądro przez moszna na zewnątrz i przyszyto je do płatka, wypreparowanego z wewnętrznej powierzchni uda). Osiągnięto wynik tylko częściowy, jądro bowiem przed czasem cofnęło się do worka mosznowego.

W dyskusyi przemawiają Dr. T. Stachiewicz i R. Dw. Prof. L. Rydygier.

III. Kol. Doc. Dr. P. Kučera przedstawia preparat anatomiczny z mężczyzny około 40-letniego, zmarłego ostatecznie skutkiem wycieńczenia. Mężczyzna ten cierpiał na wrzód odźwiernika — do dziś

jeszcze nie zabliźniony — i z tej przyczyny wykonano u niego przed 7-miu laty gastroenterostomię. W parę lat po tej pierwszej operacyi wystąpiły wymioty kałowe, a jak sekcya wykazała, pochodziły one stąd, że poprzecznica odpowiedniem miejscem zlepiła się z żołądkiem w miejscu gastroenterostomii i przebiła do żołądka. Z przyczyny wymiotów kałowych chory poddał się przed rokiem po raz wtóry operacyi i wówczas wykonano mu znów gastroenterostomię bliżej dna żołądka, przyczem dodano enteroanastomozę pomiędzy ramieniem doprowadzającem a odprowadzającem. I dziś (w rok po drugiej operacyi) na preparacie anatomicznym, trudnym do rozwikłania, widzi się w miejscu drugiej gastroenterostomii utrzymane jeszcze i mało zmienione szwy jedwabne.

W dyskusyi przemawiają Doc. Dr. Barącz i R Dw. Prof. Rydygier. R. Dw. Prof. R. w przedstawionym preparacie widzi jeden dowód więcej, że jelita i żołądek szyć należy katgutem, nie jedwabiem, jak to już głosi od 20 lat. Następnie, zgodnie z prelegentem, tłómaczy sobie powstanie nieprawidłowej komunikacyi między żołądkiem a poprzecznicą tem, że mimo gastroenterostomii wrzód okrągły szerzył się dalej, zwłaszcza w głąb i zanim przebił ściany żołądka, wywołał poprzednio zlepy z poprzecznicą. A tylko bardzo zmienione stosunki anatomiczne tłómaczą, dlaczego operujący podczas drugiej operacyi nie wykonał tego, co jedynie było wskazanem, t. j. nie oddzielił poprzecznicy od żołądka i nie zaszył obu otworów.

IV. Kol. Dr. W. Nowicki: *Statystyka raków na podstawie protokołów sekcyjnych* (za lata 1896—1903) zakładu anatomiczno-patologicznego U. L. Odczyt w całości będzie ogłoszony drukiem.

Dr. Herman, sekretarz doroczny.

VIII. O pożarach teatrów.

Wedle wykładu na posiedz. Tow. lek. krak. dn. 24 lutego 1904 r.

Przez

Prof. Dra L. Wachholza.

(Dokończenie).

Najznaczniejsza część ofiar pożaru teatrów itp. ginie wskutek zaczadzenia, czyli otrucia tlenkiem węgla, wytwarzającego się wskutek spalania się ciał organicznych zwłaszcza przy niedostatecznej ilości tlenu. Hofmann był pierwszym, który we krwi zwłok ofiar pożaru wiedeńskiej fabryki świec „Apollo“, a potem zwłok ofiar pożaru Ringteatru, wykazał obecność tlenku węgla zapomocą widmowego jej badania, a tem samem stwierdził, że te najliczniejsze ofiary pożarów zmarły wskutek zaczadzenia na pewien czas przed dosięgnięciem ich przez płomień, a zatem i przed zwęgleniem ich ciała.

Odkrycie Hofmanna potwierdzili wkrótce następni badacze. I tak Brouardel stwierdził po pożarze paryskiej Opery komicznej zaczadzenie jako przyczynę śmierci u 27 osób, których zwłoki znaleziono nietknięte przez płomień, leżące niemal jedne na drugich w bufecie, a tak samo i u 7 artystek, których zwłoki mocno zwęglone spoczywały w loży artystów. Dr. Kříž doniósł, że we krwi 319 zwłok górników, którzy zginęli przy pożarze w Přibram w Czechach, stwierdzono obecność tlenku węgla, a więc śmierć wskutek zaczadzenia; zaś Dr. Schlemmer oświadcza, że z pośród licznych ofiar pożaru bazaru, urządzonego w Paryżu na cele dobroczynne w r. 1897, tylko u jednej badano krew w tym kierunku, wobec czego nie wiadomo, ile z nich zginęło z zaczadzenia. We krwi mocno zwęglonych zwłok dwóch rachunkowych podoficerów, ofiar pożaru magazynu wojskowego na Groblach w r. 1898, które władze wojskowe pozwoliły mi zbadać, stwierdziłem tak zapomocą badania widmowego, jak i zapomocą chemicznej próby, wynalezionej przezemnie i Sieradzkiego, obecność tlenku węgla jako przyczynę ich śmierci.

Nie ulega wątpliwości, że śmierć wskutek zaczadzenia jest łagodniejszą o wiele od śmierci w płomieniach, a może wogóle jedną z najłagodniejszych, z powodu czego usiłowano w swoim czasie zastosowywać w Ameryce Północnej zaczadzenie do tracenia skazanych na śmierć przestępców. Jakkolwiek więc odkrycie Hofmanna łagodzi przekonanie nasze o grozie losu ofiar pożarów, mimo to jednak pocieszenie stąd płynące nie zmniejsza doniosłości tych katastrof, skutek bowiem zostaje ten sam, t. j. śmierć wielu osób. Odkrycie Hofmanna, że największa liczba ofiar pożarów ginie wskutek zaczadzenia, tłómaczy nam również wogóle wielką ich liczbę. Badania bowiem nad trującem działaniem tlenku węgla, składnika czadu wykazały, że poraża on we wczesnym okresie mięśnie, wskutek czego powstaje niemożność poruszania się, a tem samem i ratowania się ucieczką. Zatruci, mający jeszcze w tym czasie zachowaną świadomość grożącego im niebezpieczeństwa śmierci, z największym wysiłkiem zbliżają się co najwyżej ku sobie w nadziei, że ci, do których się zbliżają, zdołają ich wyrwać nieuchronnej śmierci, i dlatego znajduje się potem zwłoki gęsto obok siebie poukładane. I oto w krótkim czasie po najgwałtowniejszych wybuchach egoizmu przy ratowaniu się ucieczką, zjawia się u tych, którzy nie zdołali się do wyjść docisnąć, chęć wzajemnego ratowania się lub podzielenia tragicznego losu. Nierzadko, jak to n. p. miało miejsce w czasie pożaru w kopalni w Přibramie, piszą z trudem zaskoczeni przez pożar ostatnie pożegnania dla swych najdroższych, donosząc im, że niemoc nieokreślona, jaka ubezwładniła im członki, nie dozwoliła im ratować się ucieczką. Wkrótce potem tracą przytomność i czucie, aby w tym stanie dokonać niespodzianie życia. Jeżli atoli pomoc na czas jeszcze wkroczy i wydostaną się na świeże powietrze, mogą być ocaleni. I oto u tych ocalonych w stanie nieprzytomnym dostrzega się nowe zjawisko, na które Fallot pierwszy zwrócił uwagę, a które dla nich jest wielce zbawiennem, mianowicie, że po powrocie do przytomności nie mają pamięci całego zajścia z jego nieposiednią grozą, nie wiedzą, że np. byli w teatrze, że groziła im śmierć wskutek pożaru itd. Dobroczynna, wywołana zatruciem zapomocą tlenku węglowego, niepamięć całego wydarzenia chroni ich umysł za powrotem do zdrowia od nieobliczalnego w skutkach wstrząśnienia psychicznego, w innych razach wywołującego tak często choćby tylko nieuleczalne nerwice i obłąkania.

Część ofiar, które się bezpośrednio jeszcze za życia zetknęły z płomieniem, ginie z oparzenia, które dosięga wówczas najwyższych stopni. Ciała ich, podobnie zresztą jak i ciała ofiar, zmarłych z przyczyn poprzednio omówionych, które potem objął płomień i żar, ulegają mniej lub więcej znacznemu zwęgleniu. Podczas gdy zwłoki silnie zwęglone przedstawiają niemal bezkształtne bryły węgla, w których nieraz trudno dopatrzeć się ludzkich szczątków, to zwłoki, przez płomień więcej zaoszczędzone i przez to tylko powierzchownie zwęglone, okazują tak dziwaczne ułożenia rąk i nóg, że te niezwykłe pozycye, zauważane nieraz u luźnie napotkanych zwłok nadwęglonych, budziły podejrzenie wrogiego działania ręki mordercy. Tak n. p. w znalezionych w roku 1895 w pobliżu toru kolejowego w Warszawie zwłokach zwęglonych mężczyzny dopatrywano ęis dlatego ofiary

morderstwa, że spoczywały one na ziemi, dotykając jej kolanami i łokciami w położeniu kolankowo-łokciowem. Opis przypadku tego zawdzięczamy dr Neugebauerowi z Warszawy. Pierwszy Devergie opisał to dziwaczne ułożenie członków w zwłokach nadwęglonych, a dopatrzywszy się w nich trafnie podobieństwa z ułożeniem rąk i nóg u walczących na pięści, nazwał je ułożeniami zapaśniczemi (*attitudes de combat*). Przyczynę tych ustawień członków zbadał doświadczalnie Mayer z Czerniowiec i wykazał, że jest nią pokurczenie się mięśni, tężejących pod wpływem wysokiej ciepłoty.

Zastanówmy się teraz nad widokiem zwłok zwęglonych. I oto przedewszystkiem uderzają niezwykle małe ich rozmiary, zwłaszcza wtedy, gdy części ich kończyn uległy zniszczeniu. Zmniejszenie się rozmiarów zwłok głównie na szerokość, jest następstwem niemal zupełnego wysuszenia części miękkich, a więc powłok skórnych i mięśni, oraz ich skurczenia się. Zeschnięte powłoki skórne dają przy opukiwaniu odgłos, podobny do odgłosu tektury, a przy silniejszem poruszeniu pękają w przegubach stawów tak równo i gładko, że pęknięcia te wyglądają, jak rany cięte. Nadwęglone powłoki skórne są barwy brunatnej, silnie zwęglone czarnej jak węgiel. Z czasem pod wpływem dłuższego działania gorąca i płomieni pękają one same i odsłaniają wtedy w głębi położone mięśnie, żywo czerwono zabarwione, kruche i szerzące kreozotową woń wędliny. Po samoistnem pęknięciu powłok zewnętrznych ciała i przepaleniu się mięśni spalają się wreszcie kości. W ten sposób odsłania się wnętrze jamy klatki piersiowej, jak gdyby sztucznie sekcyą otwartej, oraz wnętrze jamy brzusznej, a odsłonięte przez to narządy tych jam, jak: płuca, serce, trzewa, wątroba, śledziona i nerki ulegają z kolei wyschnięciu, skurczeniu, nadwęgleniu lub zupełnemu zwęgleniu, zależnie od siły i czasu, przez jaki działa na nie płomień. Skurczenie się tych narządów bywa tak znaczne, że umniejszają swe rozmiary w dwójnasób i trójnasób. Płuca wyglądają, jak dwie wyschnięte gąbki, serce małe i sztywne kraje się, jak upieczona porcya mięsa, a zawiera w swem wnętrzu zagęszczoną krew, żywo czerwoną z powodu zawartości tlenku węgla i przegrzania, bardzo podobną do masy czerwonego kitu, który ś. p. prof. Teichmann polecił do nastrzykiwania naczyń krwionośnych zwłok w celu ich badania. Nerki, śledziona i wątroba zmniejszają się tak znacznie, że można łatwo się pomylić, biorąc je za pochodzące ze zwłok dziecka, mimo, iż należały do człowieka dorosłego. Charakterystycznym był obraz nerek i śledziony w badanych przezemnie zwłokach jednego z wspomnianych już podoficerów. Zwłoki te były po stronie lewej silnie zwęglone, po prawej mniej, wskutek czego śledziona i nerka lewa były w dwójnasób zmniejszone w porównaniu z nerką prawą. Części płciowe męskie kurczą się również i to tak znacznie, że należąc do dorosłego mężczyzny, zbliżają się rozmiarami swymi do części płciowych dziecka. W tem zaś zjawisku tkwi nowe źródło pomyłki dla niewprawnego znawcy przy stwierdzaniu tożsamości osoby. Na szczęście zarost włosów na tych częściach zazwyczaj nie niszczeje doszczętnie, jak to mogłem stwierdzić na zwłokach wspomnianych już podoficerów, wskutek czego ich obecność umożliwia uniknięcie pomyłki w rozpoznaniu wieku ze skurczonych i zmniejszonych części płciowych. Od dawna znaną już jest wielka wytrzymałość macicy nieciężarnej tak ze względu na niszczące działanie gnicia, jak i płomienia, a niedawno rzecz tę potwierdził ponownie Reuter, wykazując zarazem, że nawet w zwęglonych zewnętrznie do niepoznania macicy i jądrach męskich można jeszcze zapomocą badania mikroskopowego stwierdzić ich właściwą budowę, t. j. charakterystyczne gruczoły łagiewkowe błony śluzowej macicy, wyścielone nabłonkiem waleczkowym, lub kanaliki kręte jąder z cechującym je nabłonkiem, a więc można jeszcze stwierdzić płeć ich właściciela. Bardzo długo opiera się płomieniowi pęcherz moczowy, a niekiedy także i włosy, które się tylko skręcają, stają się kruche, łamliwe, rudzieją i mają końce kolbowato zgrubiałe. Kończyny, czyli odnóża górne i dolne, a zwłaszcza już pierwsze, bywają zwykle silnie zwęglone, szczególnie u tych ofiar, które zginęły od płomienia, albowiem zaskoczone płomieniem, usiłowały się przed nim rękami zasłonić i ratować. Z czasem przepalają się ramiona w górnej trzeciej części, a uda w dolnej trzeciej części, poczem części te odpadają od reszty ciała.

Głowa zmniejsza zrazu swe rozmiary z powodu skurczenia się jej powłok miękkich. Jak zaś bardzo powłoki głowy mogą się skurczyć wskutek gorąca, uczą skalpy ludzkie, znajdowane w stepach Ameryki, skurczone pod wpływem piasku, rozżarzonego przez promienie słońca. Skalpy takie uważano długo, a mylnie za całe głowy wymarłego szczepu karłów, zwanych Ivarosami. Później zwęglają się powłoki głowy, a nawet i kości czaszki, przyczem, jeżeli zwęglenie dotyczy tylko jednej części głowy, ulega krew i tłuszcz kości czaszki wyparciu do jamy czaszki przez kurczenie się przy zwęglaniu zewnętrznych jej warstw. Jeżeli się zarazem kości czaszki nie rozpadną, gromadzi się wyciśnięta w ten sposób krew na twardej oponie mózgu i tworzy skrzepy, czyli krwiaki, zupełnie podobne do krwiaków, powstających za życia wskutek silnego urazu, zadanego w głowę narzędziem tępem. Zanim Strassmann zwrócił uwagę na ten pośmiertny sposób powstawania krwiaków wewnątrz czaszki w zwłokach zwęglonych, mogło się nieraz zdarzyć, że znawcy sądowi, stwierdziwszy je, oceniali je jako powstałe za życia wskutek urazu i stanowiące przyczynę śmierci, a stąd dalej wnosząc, mogli oceniać mylnie dany przypadek za morderstwo, połączone z wrzuceniem zwłok zabitego przez mordercę do ognia w celu zatarcia śladów zbrodni. Wreszcie spalają się kości czaszki, poczem pękają one wskutek prężności pary, powstałej wewnątrz jej lub wskutek przytłoczenia ich przez usuwające się zgliszcza. Teraz piecze się, zsycha się, a wreszcie zwęgla się mózg, w którego wnętrzu można jednak nieraz stwierdzić jeszcze dobrze zachowane jego części z możliwemi nawet zmianami chorobowemi, np ogniskami udarowemi. Rogówki oczne zsychają się, tracą swą przejrzystość, podobnie jak i soczewki w oku, wskutek czego pierwsze wyglądają jakby dotknięte bielmem, a drugie jakby uległy zaćmie. Kości ciała, a więc i zęby, zrazu zwęglają się i stają się czarne; atoli po dalszem jeszcze działaniu ognia napowrót bieleją, czyli ulegają wyprażeniu (kalcynacyi). Kości bowiem składają się, jak wiadomo, z części organicznych i części mineralnych, t. j. soli wapiennych. Pierwsze spalają się początkowo na węgiel i stąd poczernienie kości, potem spala się także i ten węgiel, a zostaje tylko wapienny szkielet kości, zatem biały, ogniotrwały. Te wapienne rusztowania kości są tak kruche, jako

pozbawione już organicznego spoidła, że z łatwością rozpadają się na proch, zwany popiołem. Tak więc nawet i wtedy, gdy ciała nasze nie w łonie ziemi, lecz w ogniu ulegną zniszczeniu, sprawdzają się w zupełności słowa pisma świętego „z prochu powstałeś i w proch się obrócisz“. Do takiego jednak zupełnego spopielenia ofiar pożaru teatrów itd. nigdy nie dochodzi z powodu niedostatecznego zogniskowania się żaru, działającego na zwłoki. Spopielenie nastąpić może tylko w krematoryach, zbudowanych odrębnie w tym celu.

O ile stwierdzenie przyczyny śmierci w zwłokach ofiar pożarów nie sprawia lekarzowi zbytnich trudności, o tyle rozpoznanie tożsamości osoby w tych do niepoznania zmienionych ciałach stanowi jedno z najtrudniejszych zagadnień sądowo-lekarskich. Po czem tu bowiem można rozpoznać, że ta lub owa zwęglona bryła stanowi resztki ciała tej lub owej osobistości? Nawet w silnie zwęglonych zwłokach daje się bardzo często rozróżnić płeć, lecz to jeszcze nie kończy, ale co najwyżej rozpoczyna zadanie znawcy. Po pożarze bazaru na cele dobroczynne w Paryżu w r. 1897 zrazu nie wiedziano, jak wogóle przystąpić do rozwiązania tego pytania, a chodziło przecież o rozpoznanie ofiar, stanowiących kwiat arystokracyi i inteligencyi Francyi. Wówczas wpadł Haus, konsul Paraguaju, na świetny pomysł zawezwania do pomocy lekarzom sądowym dentystów Paryża. Wszak niema dziś prawie człowieka, mieszkańca miast, któryby w swej jamie ustnej nie nosił choćby najskromniejszych wytworów sztuki dentystycznej, lub któryby nie posiadał jakiejkolwiek odznaczającej go cechy w uzębieniu.

Wezwani przez władze dentyści pospieszyli ze swemi zapiskami przeróżnych zabiegów, jakie wykonali na swych dawnych, a obecnie przy pożarze zaginionych pacyentach. I oto wkrótce posypały się owoce wspólnych usiłowań dentystów i lekarzy sądowych. Dentysta Davenport stwierdził po ustawieniu zębów i po zastosowanych przez siebie plombach tożsamość zwłok księżnej D'Alançon, siostry zmarłej cesarzowej Elżbiety; dentysta Brault — tożsamość hrabiny de Villeneuve po mostku złotym między lewym zębem siecznym, a klem szczęki górnej itd. Tak więc badanie zębów umożliwia rozpoznanie osoby w zwęglonych zwłokach. Badania Zillnera, A. Paltaufa, Brouardela, itd. oraz te, które przed dwoma laty wykonaliśmy wspólnie z Łepkowskim w zakładzie medycyny sądowej, wykazały, że zęby długo się opierają niszczącemu działaniu ognia w ludzkich zwłokach. Osadzające się z początku na nich sadze czernią je tak, że znane z piękności zęby, porównywane za życia trafnie ze sznurem pereł, nabierają wejrzenia zębów spróchniałych lub zaczernionych osadem dymu u palących cygara i tytoń. Później zwęglają się one i przyjmują czarne zabarwienie z antracytowym połyskiem, wreszcie, podobnie jak kości spalają się dalej, pozostawiając białe napowrót, lecz kruche, bo skalcynowane swe szkielety. Zęby zwęglone, zluźnione w swych osadach, wypadają łatwo, a z ich wypadnięciem ginie nadzieja rozpoznania tożsamości osoby. Jeśli zaś nie wypadną, to często odpada sama ich korona jakby naparstek z palca lub okrycie z głowy, a pozostałe korzenie z szyjką zębów czynią wrażenie zębów, zniszczonych próchnicą. Badania nasze, podjęte z Łepkowskim pouczyły, na co nie zwrócono jeszcze dotąd dosyć uwagi, że sztuczne zęby, jako utworzone z ogniotrwałej porcelany, toż samo ogniotrwałe plomby cementowe i kute ze złota nie niszczeją w zwłokach zwęglonych, że natomiast giną bez śladu plomby prowizoryczne kauczukowe (z hilsstoppingu), plomby amalgamowe, a toż samo płyty kauczukowe, na których były osadzone sztuczne zęby. Płyty, mostki i korony złote zachowują się nienaruszone, płyty z aliażu, zwanego nikieliną, przepalają się, czernieją i kruszą.

Jeszcze trudniejszem, a względnie wyjątkowem i to dającem się oprzeć na szczerych domysłach, jest rozstrzygnięcie pytania, które z kilku osób. zmarłych w czasie tej samej katastrofy, zmarły pierwej, a które później. Na szczęście pytanie to, aktualne we Francyi, niema u nas praktycznego znaczenia, albowiem nasze ustawodawstwo, podobnie jak i ustawodawstwa cywilne państw ościennych, orzekają, iż, jeśli się nie da dowodnie wykazać, która z kilku osób zmarła pierwej, wówczas należy przyjąć, że wszystkie one zmarły równocześnie, wobec czego niema mowy o przeniesieniu praw dziedzictwa z jednej osoby na drugą.

Na zakończenie jeszcze słów kilka o stanach chorobowych, jakie zauważono u osób, które z pożaru teatrów uszły z życiem. Otóż u większości ocalonych osób zauważono mniej lub więcej silne objawy zatrucia tlenkiem węgla, często z charakterystyczną a zbawienną na przyszłość niepamięcią zajścia, różne pojawiające się po zatruciu tlenkiem węgla lub wynikające z przerażenia cierpienia nerwowe i umysłowe, wreszcie oparzenia, obrażenia cielesne, powstałe w natłoku, przy skokach z wysokości, wskutek uderzenia, itd. i krwotoki z płuc, nosa, itd., które Brouardel spostrzegał u osób, ocalonych przy pożarze Opery komicznej w Paryżu w 2 lub 3 tygodnie po zajściu, a które uważa za dążność ustroju pozbycia się krwi zmienionej wskutek działania wysokiej ciepłoty. Z szczególniejszych przez swe umiejscowienie oparzeń zauważył Brouardel u dwóch kobiet okrężne oparzenie na rękach w miejscu, na którem mieściły się bransolety. Jednej z nich, t. j. matce, udało się szczęśliwie z mężem wyjść z płonącego teatru wyjściem niedostrzeżonem przez cisnący się tłum. Znalazłszy się na ulicy i ochłonąwszy z pierwszego wrażenia, zauważyli brak córki. Śpieszy tedy bohaterska matka napowrót do gmachu i wraca za chwilę z córką, obie z niewytłómaczonem dla nich okrężnem oparzeniem rąk.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Wydział gospodarczy X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości wykaz dotychczas zgłoszonych wykładów:

(Ciąg dalszy).

Sekcya chorób skórnych i wenerycznych (XVII):

1) Prof. Dr. Łukasiewicz (Lwów): O objawach, występujących na powłokach zewnętrznych w czasie leczenia rtęciowego kiły.

2) Tenże: Folliculitis exulcerans.

3) Tenże: Liszajec pełzający (*impetigo herpetiformis*) z wyleczeniem.

4) Tenże: O leczeniu grzybicy (*mycosis fungoides*).

5) Tenże: Wyniki lecznicze pęcherzycy (*pemphigus*).

6) Tenże: O leczeniu wyprysku z uwzględnieniem nowszych środków.

7) Dr. Leszczyński (Lwów): O działaniu leczniczem promieni Roentgena w rozmaitych dermatozach.

8) Tenże: O leczeniu rzeżączki u mężczyzn środkami wewnętrznymi.

9) Tenże: Do histopatogenezy mięczaka zaraźliwego (*molluscum contagiosum*).

10) Dr. J. Świątkiewicz (Lwów): O rozmaitych rodzajach gruźlicy skórnej ze szczególnem uwzględnieniem wilka (*lupus vulgaris*).

11) Tenże: Porównawcze zestawienie rozmaitych przetworów w leczeniu łuszczycy (*psoriasis vulgaris*).

Sekcya chorób nerwowych i umysłowych (XVIII):

Tematy ogólne: A) Chirurgia chorób nerwowych (z sekcyą chirurgiczną). Ref. Dr. Bornstein, Krelischer, Łapiński, Sawicki, Sterling, Męczkowski i Flatau.

B) Znaczenie psychologii doświadczalnej dla psychiatryi. Ref. Dr. Wizel i Dr. Łapiński.

C) Rola samozatruć w patologii chorób nerwowych. Ref. Dr. Dydyński i Dr. Wisłocki.

Wykłady: 1) Dr. Męczkowski (Warszawa): Mechanoterapia chorób nerwowych.

2) Dr. Bregman (Warszawa): Fototerapia.

3) Dr. Dydyński (Warszawa): Badania graficzne nad mięśniami w stanie zwyrodnienia.

4) Dr. Orłowski (Warszawa): Demonstracya preparatów anatomicznych rdzenia.

5) Dr. Rychliński (Warszawa): Natręctwo myślowe.

6) Dr. Bornstein (Warszawa): Rozpoznanie różniczkowe pierwszego okresu bezwładu postępującego.

7) Dr. Downarowiczówna (Warszawa): Przyczynek do anatomii i fizyologii *hypophyseos cerebri*.

8) Dr. Radziwiłłowicz: Psychopatologia wzruszenia.

Sekcya okulistyczna (XIX):

Tematy obrad: A) Leczenie jaskry: Ref. Doc. Dr. Bednarski (Lwów). Koref. Dr. Kępiński (Warszawa).

B) Wartość wstrzykiwań podspojówkowych i ich teorya: Ref. Dr. Bałłaban (Lwów).

Wykłady: 1) Dr. Rymowicz (Warszawa): Znaczenie bakteryologii dla rozpoznawania i leczenia chorób spojówki (z przedstawieniem preparatów drobnowidowych).

2) Tenże: Temat zastrzeżony.

3) Dr. Kępiński (Warszawa): Temat zastrzeżony.

4) Dr. Koliński (Łódź): Prawidłowość zboczeń załamliwości oka.

5) Dr. Likiernik (Łódź): O mechanicznem leczeniu jaglicy.

6) Dr. Kaczkowski (Warszawa): Temat zastrzeżony.

7) Prof. Dr. Wicherkiewicz (Kraków): Jakie zmiany chorobowe ogólne wpływają na przebieg gojenia się ran po operacyi zaćmy i jak zwalczać takie powikłania?

8) Tenże: Zranienia ócz niedorostków przez przedmioty wybuchowe.

9) Doc. Dr. Majewski (Kraków): O wartości ametropometryi (z demonstracyą przyrządów).

10) Dr. Witaliński (Kraków): Wyniki badań bakteryologicznych w przypadkach wrzodów nieczystych rogówki.

11) Dr. Brenner (Kraków): Stosunek niezborności rogówkowej do *chorioiditis centralis* przy myopii.

12) Dr. Liebermann (Kraków): Czy istnieje akomodacya oczu, pozbawionych soczewki i jak ją wytłómaczyć?

13) Dr. Berezowski (Kraków): Wpływ długiego karmienia na powstawanie zaćm u młodych kobiet.

14) Prof. Dr. Machek (Lwów): O zastosowaniu wstrzykiwań podskórnych mieszanki parafiny i wazeliny w okulistyce.

15) Tenże: Uzasadnienie potrzeby wprowadzenia statystyki chorób i operacyi ocznych, według z góry obmyślanego planu dla zakładów publicznych (klinik, szpitali, lecznic i t. d.).

16) Doc. Dr. Szulisławski (Lwów): Utrata oka w rozumieniu § 156 a) austr. u. k. (na wspólnem pos. z sekcyą medycyny sąd.).

17) Tenże: Przyczynek do leczenia ran rogówkowych.

18) Tenże: Urzędowa statystyka jaglicy w Galicyi.

19) Doc. Dr. Bednarski (Lwów): O patologii więzadła promienistego (*zonula Zinii*) z przedstawieniem preparatów anatomicznych i drobnowidowych.

20) Tenże: Zmiany anatomiczne dna oka w chorobach krwi (z demonstracyą preparatów drobnowidowych).

21) Dr. Bałłaban (Lwów): Przyczynek do patologii rzadkich schorzeń spojówki gałkowej (z przedst. preparatów drobnowidowych).

22) Dr. Jaworski (Lwów): O nieropnych zapaleniach rogówki (z demonstracyami na chorych).

23) Dr. W. Reiss (Lwów): O zapaleniu ropnem tkanki oczodołowej i oftalmii przerzutowej w przebiegu ropnicy (z przedstawieniem preparatów drobnowidowych).

24) Tenże: Demonstracya preparatów makro- i mikroskopowych żył wirowatych (*venae vorticosae*).

25) Dr. Burzyński (Lwów): O keratoplastyce (z demonstracyami na chorych).

26) Tenże: Demonstracya preparatów topograficzno-anatomicznych z dziedziny okulistyki. (C. d. n.).

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 31 marca.

* *Otrzymujemy następujące pisma:*

»Dowiedziawszy się z czasopism, że lekarze polscy w przejeździe na Zjazd w Norymberdze mają zatrzymać się w Pradze, oświadczam za pośrednictwem »Przegl. lekar.«, że jako obeznany z instytucyami lekarskiemi i wszelkiemi osobliwościami miasta, chętnie poświęcę mój czas na ich usługi.«

Przemysław Rudzki (Praha II, Táborská ul., 42 II).

»Od kol. Dr. Służewskiego otrzymałem w dniu dzisiejszym 300 (trzysta) koron, które złożyli obecni na jubileuszu kol. Dr. Zdunia z przeznaczeniem na zawiązanie przy Towarz. samopomocy lekarzy funduszu zapomogowego imienia Dr. Józefa Zdunia.

Kwotę wymienioną przesłałem czekiem pocztowej Kasy oszczędności Nr. 853.810 skarbnikowi Towarzystwa z zastrzeżeniem życzenia, wyrażonego przez ofiarodawców.« *Dr. Langie.*

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniwer. Jagiell. otrzymali: Jan Władysław Brzeski, Mieczysław Jaworowski, Adam Andrzej Maciąg, Bronisław Hackbeil i Stanisław Łapiński.

* Dążenie austryackich Izb lekarskich, ażeby w Kasach chorych wszelkiego rodzaju zaprowadzony został wolny wybór lekarzy, natrafia na systematyczny opór rządu: na enuncyacyę tego rodzaju Izby lekarskiej wiedeńskiej odpowiedziało ministerstwo odmownie, zaznaczając jednocześnie, »że instytucyi społeczno-humanitarnych nie należy psuć nowemi próbami.« Organizacyę Kas chorych robotników zaliczamy do najwspanialszych instytucyi samopomocy społecznej, której ochrona i rozwój powinny leżeć na sumieniu rządu i narodu, więc nie o »psucie« jej idzie Izbom, lecz o naprawę jednostronnego planu i przywrócenie równowagi. Statut Kas chorych został ułożony bez udziału lekarzy, więc może dlatego nie wzięto na wzgląd, że organizacya Kas podkopie byt stanu lekarskiego i że w miejsce proletaryatu robotniczego powstanie stokroć biedniejszy i niebezpieczniejszy proletaryat inteligencyi, mianowicie proletaryat lekarzy, którzy przecież mają również prawo do opieki społeczeństwa i rządu. Wolny wybór lekarzy, o który upominają się Izby lekarskie, zapobiega zubożeniu stanu lekarskiego, a w wysokim stopniu dogadza robotnikom i wychodzi na ich pożytek, co zostało stwierdzone w tych niemieckich Kasach chorych robotników, gdzie powiodło się lekarzom przekonać władzę i zarząd Kas, że tu nie idzie o »psucie« lecz o naprawę i obopólny pożytek.

* »Medycyna« w Nr. 12 zamieszcza kilka nader zajmujących szczegółów, zaczerpniętych z poważnych źródeł, a dotyczących wojny i działania jej niszczących czynników na walczące szeregi. Wyjmujemy kilka liczb, które *mutatis mutandis* rzucają światło na przypuszczalny obrachunek strat w ludziach w obecnie toczącej się wojnie na dalekim Wschodzie. Właściwej analogii między obecną wojną w Mandżuryi a temi, które ją poprzedziły, niema: możeby najbliższą jej była ostatnia wojna rosyjsko turecka, oczywiście z uwzględnieniem różnicy klimatu, gęstości zaludnienia, obfitości stad owiec i bydła rogatego w Bułgaryi, a wreszcie większej łatwości zdobycia dachu, wozu i t. d.

W wojnie rosyjsko-tureckiej na obu polach walki liczba zachorowań przedstawia się według statystyki przytoczonej w »Medycynie« jak następuje:

	Armia Dunajska: na 592,085 żołnierzy było zachorowań 929,958, mianowicie:			Armia Kaukazka: na 246.456 żołnierzy było zachorowań 1,198,023, mianowicie		
na zakażenie zimnicze .	320,062	zmarło:	1,782	610.591	zmarło:	1,292
dur (wszelkich rodzajów)	135,239	„	23,752	64,298	„	20,233
ostre choroby przewodu pokarmowego . . .	60,125	„	2,316	109,984	„	2,688
ostre choroby narządu oddechowego	47.287	„	2,359	56,787	„	2,630
dyzenterya	34.198	„	9.543	22.984	„	3,552
przeziębienia (?) . . .	31,803	„	131	47,032	„	133
choroby weneryczne . .	32.624	„	23	16,080	„	30
wycieńczenie	26,255	„	174	—	„	—
odmrożenia	13,638	„	1,336	2,181	„	338
uszkodzenia przypadkowe	8.294	„	191	9,965	„	106
rannych było wogóle .	43,386	„	4,955	13,266	„	1.869

Lekarzy zmarło w armii Dunajskiej 109, a w czasie całej wojny na obu polach walki rosyjsko-tureckiej miało ich umrzeć 531.

W armii francuskiej jeden lekarz przypadał na 490 szeregowców, w niemieckiej na 207 szeregowców; w armii Dunajskiej (592,085) było lekarzy 789, w kaukazkiej (246,456) — 361.

Gdybyśmy przypuścili w wojnie obecnej te same stosunki liczbowe, jakie miały miejsce w wojnie turecko-rosyjskiej, to uwzględniając warunki odmiennego a srogiego klimatu, braku dróg po bezgranicznych przestrzeniach, trudności przewozowych, braku odpowiednich budowli, niemożebności przeprowadzenia systemu ewakuacyjnego we właściwem oddaleniu od pola walki i t. d., wyznać musimy, że dzieje nie zapisały drugiej takiej, jak obecna, wojny, połączonej z tylu trudnościami dla należytego zaopatrzenia rannych i chorych. Wobec *vis major* najlepsza organizacya sanitarna okaże się bezsilną.

* Profesor kliniki terapeutycznej w wojskowo-lekarskiej Akademii petersburskiej, Dr. Botkin, mianowany został kierownikiem pomocy lekarskiej w armii usuryjskiej.

Mianowania i odznaczenia. Dr. P. Reclus mianowany został prof. chirurgii w Paryżu. Dr. Schwalbe, docent anatomii patolog. w Heidelbergu, mianowany został prof. nadzwyczajnym. Prof. nadzw. dermatologii w Wiedniu, Dr. Mraček, mianowany prof. zwyczajnym. Dr. E. Finger mianowany w miejsce prof. Neumana kierownikiem kliniki chorób skórnych i wenerycznych w Wiedniu.

Nekrologia. Dr. Antoni Misiewicz, l. 65, zmarł w Petersburgu. Dr. Seeley prof. histologii zmarł w Brooklynie.

Bibliografia:

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 3. Idzikowski: O rozszerzaniu szyi macicy zapomocą narzędzi tępych. Fidler: O zaraźliwości trzeciorzędnych objawów przymiotu i o jego dziedziczeniu. Troczewski: Przyczynek do działania surowicy przeciwpaciorkowcowej (Marmorka).

— *Medycyna* Nr. 12. Bregman: O widzeniu barwy zielonej i fioletowej w wiądzie rdzenia. Ołtuszewski: Przyczynek do ważności objektywnej metody badania przy dyzartryach kurczowych. Patogeneza i leczenie afonii spastycznej, oraz głosu falsetowego (dok.).

— *Odczyty kliniczne* N. 180. Brieger: Cierpienia opon mózgowych pochodzenia usznego (przełożył z niemieckiego Dr. Lewenstern).

— *Kronika lekarska* Z. 6. Jaworski: Przenoszenie składowych części kosmówki do krwiobiegu matki, oraz znaczenie tej sprawy. Miklaszewski: O wpływie fizyologicznym zabiegów gorących na ustrój.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 12. Heveroch: Sachsova familiarni amaurotica idiotie (c. d.). Mrázek: K »nauheimské« therapii chorob srdečních (dok.). Vitek: Odchylná forma Jacksonowy epilepsie u chronického hydrocefalu.

— *La Presse médicale* N. 22. Promienie N. Poszukiwanie ich w niektórych chorobach układu nerwowego. Letulle: Walka z gruźlicą. Jak odosobniać chorych na gruźlicę w szpitalach?

— Nr. 23. Rosenthal: Niewydolność oddechowa. Leczenie gimnastyczne i ponowna edukacya oddechowa. Fuster: Związek dla higieny społecznej w Nantes.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 12. Liebreich: O maści »Fetron«. Sigel: Rozpoznawanie raka żołądka. Orth: O niektórych będących na czasie spornych zagadnieniach z zakresu gruźlicy (c. d.). Lübbert i Prausnitz: Leczenie surowicze gorączki siennej (dok.). Freund: Moje doświadczenia jako znawcy w sprawach karnych i na niem uzasadnione wnioski, zmierzające do zmiany obowiązującej do tej pory ustawy procesu karnego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 12. Gärtner: O tonometrze. Starck: Śródpiersiowe obustronne przecięcie nerwów błędnych. Rullmann: Obumieranie prątków gruźliczych w ogrzanem mleku. Riebold: O szczególnem bredzeniu suchotników. Bittorf: Przyczynek do nauki o trwałym sokotoku żołądka. Lesser: Przyczynek do etiologii włóknistego zapalenia jądra. Geissler: Przyczynek do nauki o nerwicy wydzielniczej kiszek. Schinzinger: Uraz? Hildebrandt: Nowe ulepszenie słuchawki. Schiele: Odciągnięcie prądu elektrycznego z powierzchni rury Röntgena. Pirquet: Przyrząd do jałowych wstrzykiwań większych ilości płynu. Schlagintweit: Śpiąca tanecznica Pani M. G. w lekarskiem Towarzystwie monachijskiem.

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 12. Wagner: Przeszczepienie raka na mózg zwierząt, użytych do doświadczeń. Politzer: Śróduszne przeszczepienie kawałka skóry metodą Thierscha po operacyjnem otwarciu ścian ucha środkowego. Pick: Szczególnie złośliwa postać stanu padaczkowego, wyróżniająca się brakiem kurczów. Freund: Pozostające zmiany w skórze po zadziałaniu promieni Röntgena. Neudörfer: Przyczynek do kazuistyki odmian krezek.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 13. Baehlmann: Ultramikroskopowe badania przyczyny spółczulnego zapalenia oczów. Greeff: Promienie radu i ich działanie na oko zdrowe i ślepe. Apolant: Wpływ promieni radu na raka myszy. Weber: Nasza dzisiejsza wiedza o promieniotwórczości. Grunmach: Czynny udział X-promieni w oznaczaniu położenia i granic serca. Mertens: Pomyślny wpływ X-promieni na mięsaka wrzecionowato-komórkowego. Lengeman: Leczenie kurczów tiosynaminą. Lewisohn: Powstawanie nowotworów mieszanych (c. d.).

Redakcya otrzymała Krokiewicz: Dwa przypadki choroby Hodgkina *(pseudoleucaemia)*. Senator: Konstitutions (Stoffwechsel-) Krankheiten und Ehe.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 12 (od 20/III do 26/III) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 24, dz. 40; nieżywo: chł. 4, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 20, kob. 20; zamiejscowych: męż. 17, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 16, ob. 9. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 2. 8) odra: miej. 1, ob. 2. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. 1. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 9, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 40, obcych 26.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIII. Kraków 9 Kwietnia 1904. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Prof. Dr. Gluzińskiego.

O tak zwanem „typhus diagnosticum“.

Podał

Dr. Stanisław Eliasz Radzikowski

Asystent kliniki.

(Podług wykładu na posiedzeniu naukowem Towarzystwa lekarskiego lwowskiego dnia 11 lutego 1904 r.)

Wykonywanie próby Widala w praktyce połączone jest z pewnemi trudnościami. Trzeba bowiem rozporządzać świeżą hodowlą prątków durowych, o co poza miastami z zakładami naukowemi nie tak łatwo. Uproszczenie tej próby takie, aby mogła być wykonaną z obejściem potrzeby hodowli durowych, dałoby w ręce każdego lekarza zastosowanie owego ważnego środka rozpoznawczego.

Z końcem roku ubiegłego ogłosił docent M. Ficker wyniki prac swoich w tym właśnie kierunku uproszczenia próby Widala, do których doszedł w zakładzie higienicznym Uniwersytetu berlińskiego prof. Rubnera[1]).

Zachęcony przez prof. Gluzińskiego, przerobiłem w klinice lekarskiej uproszczoną próbę Widala i spostrzeżeniami dzielę się z Szanownymi kolegami.

Myślą przewodnią Fickera było przedewszystkiem obejść się zupełnie bez żywej hodowli prątków durowych, ponieważ lekarze w przeważnej części nie posiadają pracowni bakteryologicznej. Zamiast tego trzeba było złożyć przetwór, którymby był pozbawiony żywych prątków durowych, a mimo to zawierał istoty zdolne do swoistej aglutynacyi. Przetwór ten powinien być trwały, winien następnie nie wyjaśniać się sam przez czas wykonywania próby. Odczyn powinien być widoczny dla oka (próba makroskopowa) i zupełnie pewny tak, aby nie dawał powodu do chwiejnego tłómaczenia sobie próby. Dalsze wymagania są, aby próba nie pochłaniała dużo czasu, aby nie potrzeba było do jej przeprowadzenia termostatu, w końcu aby można było stopniować próbę tak, jak się robi dotychczas z pierwowzorową próbą Widala. Jednem słowem postanowił Ficker dać surogat czyli zastępnik hodowli bulionowej świeżych żywotnych prątków durowych.

Po licznych doświadczeniach udało mu się w końcu surogat taki wytworzyć, który nazwał „*typhus-diagnosticum*“. Najwięcej trudności nastręczało zniszczenie żywotności prątków z równoczesnem utrwaleniem istot, zdolnych do swoistej aglutynacyi, w taki sposób, aby istoty te nie strąciły się szybko, a przetwór nie przestał być wrażliwy na zawarte w surowicy aglutyniny.

[1]) Berl. klin. Wochenschrift, 1903, Nr. 45 z d. 9/XI.

Sposobu przyrządzania „*typhus-diagnosticum*“ dotychczas Ficker nie ogłosił; powierzył go tylko jednej pracowni Mercka w Darmstadzie, gdzie mają przestrzegać, aby przetwór był zawsze jednaki i odpowiadał wszelkim wymaganym warunkom.

„*Typhus-diagnosticum*“ jest to płyn jałowy, lekko mętnawy, podobny do wody z kilkoma kroplami mleka. Przechowywać go należy w naczyniu ciemnem i w chłodzie, a w takim razie można go było utrzymać bez zmiany, jak dotąd wiadomo, przez przeszło dziewięć miesięcy. Przed użyciem należy płyn dobrze zakłócić. Kroplę płynu badałem drobnowidowo. Widać w niej było ułamki prątków durowych, rozrzucone w środowisku płynnem, zupełnie jednorodnem.

Do wykonywania próby dostarcza firma Mercka całego urządzenia, które się składa z następujących przyborów: Słoiczek z ciemnego szkła, zatkany korkiem gumowym, pojemności 25 ctm^3. z „*typhus-diagnosticum.*“ Podobny słoiczek drugi z jasnego szkła z rozczynem jałowym 0·7% chlorku sodowego. Bańka z korkiem gumowym, jak zwyczajne bańki suche do stawiania na ciele, zeszlifowana na szczycie, aby się dała postawić. Pipetka szklana z podziałką, zawierająca 1 ctm^3. z gruszką gumową. Malutka podstawka metalowa niklowana z sześcioma rurkami, zakończonemi stożkowato, z koreczkami, każda może pomieścić 1 ctm^3.

Próbę wykonywa się w ten sposób: Surowicę, przeznaczoną do badania, uzyskać można z krwi wyssanej za pomocą bańki ciętej, np. na plecach. Bańkę i korek gumowy trzeba przed użyciem wyjałowić przez zagotowanie, skórę oczyścić, jak zwyczajnie mydłem i eterem, nożyk do nacięcia skóry dokładnie odkazić. Podobnie muszą być oczyszczone rurki, koreczki i pipetka przez wygotowanie, a ta ostatnia jeszcze przepłókana wyskokiem i eterem. Bańkę z krwią zatyka się korkiem gumowym i obkłada lodem, aby się oddzieliła surowica. Następnie nabiera się pipetką surowicy czystej 0·1 ctm^3., wlewa do jednej rurki i dolewa 0·9 ctm^3. rozczynu chlorku sodowego. Zatkawszy koreczkiem rurkę, trzeba zawartość dobrze skłócić.

Z tego rozczynu daje się do następnej rurki 0·1, a do dalszej 0·2 ctm^3., przeczyszcza pipetkę i dolewa „*typhus-diagnosticum*“ 0·9 do pierwszej, a 0·8 ctm^3. do drugiej rurki, to jest uzupełnia się do 1 ctm^3., zatyka się rurki koreczkami i dobrze skłóca.

Mamy więc dwa rozcieńczenia: pierwsze 1:100, drugie 1:50 surowicy z „*typhus-diagnosticum*“. Dla porównania do następnej rurki daje się czystego „*typhus-diagnosticum*“, dobrze skłóconego w ilości 1 ctm^3.

W ten sposób próba jest rozpoczęta. Podstawkę z rurkami stawia się w ciepłocie pokojowej w miejsce ciemne,

więc do pudełka lub jakiej szafki. Po upływie 10 do 12 godzin próba jest skończona. Wtedy należy uważnie porównać przeźroczystość płynów w rurkach, najlepiej na tle czarnem pod światło. *„Typhus-diagnosticum“* czysty będzie miał zmętnienie jednostajne, lekko opalizujące; pomieszany z surowicą, jeżeli odczyn Widala jest dodatni, wyjaśni się wyraźnie w rozcieńczeniu 1:100 i 1:50. Dłużej nad 20 godzin nie powinno się czekać z próbą, ponieważ w tym czasie może się już samo przez się wyjaśnić owo *„typhus-diagnosticum“*.

Przy starannem oglądaniu, gdy próba jest dodatnia, można widzieć w końcach rurek, zawierających surowicę zmięszaną z *„typhus-diagnosticum“*, lekki strąt, złożony z opadłych na dno kłaczków białawych.

Sposób sam przy zachowaniu przepisów powyższych jest wcale łatwy i da się dosyć szybko i dokładnie wykonać.

Do otrzymywania *„typhus-diagnosticum“* używa pracownia Mercka jednego i tego samego rodu prątków durowych, a przez to odczyn uzyskany z surowicą badaną jest jednaki i nadaje się do porównania z odczynem przy próbie z inną surowicą. Wiadomo, że rody prątków durowych, używane w poszczególnych pracowniach bakteryologicznych, są rozmaite; dlatego też przy wykonywaniu odczynu Widala otrzymuje się niejednakie wyniki tak przy próbie makroskopowej, jak i mikroskopowej. Użycie *„typhus-diagnosticum“* usuwa te różnice i dlatego nadawać się może również w pracowniach klinicznych do szybkiego wyznania się w razie wątpliwości.

Doświadczenia, które przeprowadziłem z *„typhus-diagnosticum“*, pokazały, że jest to próba zupełnie pewna i w każdym przypadku zgodna z równocześnie założoną pierwowzorową próbą Widala [2]). Surowica, która daje odczyn z hodowlą żywą prątków durowyah, — zachowywa się tak samo z *„typhus-diagnosticum“* i odwrotnie surowica z odczynem ujemnym da równe wyniki z hodowlą żywą i z *„typhus-diagnosticum“*.

Już po upływie dwu godzin widzieć można w górnej części rurki, w razie jeżeli odczyn ma być dodatni, wyraźne wyjaśnienie płynu, a po 6—11 godzinach, podług naszych doświadczeń, zupełne wyjaśnienie. Wykonywałem równocześnie zawsze cztery próby: mikroskopową zwyczajną w kropli wiszącej w rozcieńczeniu 1:50, makroskopową z bulionem w rozcieńczeniu 1:50, oraz podwójną próbę z *„typhus-diagnosticum“* w rozcieńczeniach 1:50 i 1:100.

Wyniki w każdem doświadczeniu były zgodne. Dla przekonania się, czy surowica niedurowych chorych nie daje podobnego odczynu z *„typhus-diagnosticum“*, użyłem surowicy dwojga chorych na inne choroby, oraz dwu zdrowych osobników. Przytem próbowałem także użycia surowicy, umyślnie zmieszanej z ciałkami czerwonemi krwi, aby zobaczyć, czy ciałka, opadając, nie pociągną za sobą wyjaśnienia *„typhus-diagnosticum“*. Wynik był zawsze ten sam, to jest surowica niedurowa, ani też zmieszana z ciałkami czerwonemi krwi, nie wyjaśniała *„typhus-diagnosticum“*.

[2]) Doświadczenia były robione z *„typhus-diagnosticum“*, które przysłała nam do wypróbowania wartości przetworu firma Mercka w Darmstadzie.

W durze brzusznym próbowałem odczynu z *„typhus-diagnosticum“* w rozmaitych okresach choroby, w II i III tygodniu, w zdrowieniu i w nawrotach.

Zestawienie spostrzeżeń podaję na końcu razem. Odczyn dodatni następował po upływie godzin najwcześniej 6, a najpóźniej 11. Samo *„typhus-diagnosticum“*, zostawione w rurce, wyjaśniło się wskutek opadania cząsteczek, zawieszonych w płynie na dno, dopiero po upływie półtorej doby i w razie użycia ponownego trzeba je było dobrze skłócić.

Ponieważ, jak wiadomo, do zwyczajnej próby Widala można się także posługiwać krwią zasuszoną, jeżeli się ją zwilży kilkoma kropami wody jałowej, próbowałem, czy nie można tak samo wykonać odczynu także z *„typhus-diagnosticum“*. Krew można zebrać na szkiełko podstawkowe wydrążone, jak radzi E. Pfuhl, lub nawet na papier gruby podług F. Picka i pozwolić, aby dobrze wyschła; następnie dodać wody jałowej lub roczczynu fizyologicznego NaCl i wymieszać oczkiem platynowem. Próby wypadły zupełnie podobnie, jak z samą surowicą, raz po upływie 8, a raz 9 godzin. Można więc i tego sposobu używać w tym przypadku, jeżeli się niema pod ręką odpowiedniej rurki dla ujęcia krwi, albo też gdy krew przypadkowo zupełnie zaschnie. Dostać krwi można albo w sposób wspomniany z pomocą bańki, albo też jak zwyczajnie przez ukłucie palca, płatka usznego, lub też strzykawką wyjałowioną wprost z żyły w przegubie łokciowym. Domieszka ciałek czerwonych wprawdzie nie przeszkadza w niczem, aby się próba miała nie powieść, ani też nie powoduje strącenia zawiesiny drobnych cząsteczek w *„typhus-diagnosticum“*, ale może cokolwiek zaciemnić płyn i przez to dla mniej wprawnego sprowadzić wątpliwość, ażali odczyn nie jest przypadkiem ujemny. Najlepiej naczyńko z krwią obłożyć lodem i zaczekać, aż się surowica wydzieli. W braku lodu można naczyńko obłożyć watą i skrapiać eterem. Przyspieszyć też można wydzielenie się surowicy, jeżeli się drucikiem wyłowi skrzep, a pozostałość zcentryfuguje.

Po każdorazowem użyciu należy rurki, koreczki, pipetę i inne użyte przybory dokładnie wygotować, a końce stożkowate rurek wyczyścić przytem wałeczkami z waty wyjałowionej. Słoiczek z *„typhus-diagnosticum“* i z roczczynem chlorku sodowego należy starannie zatykać po każdem użyciu.

Spostrzeżenia 1), 2), 3), 4), 5) odnoszą się do przypadku duru brzusznego, którego rozpoznanie nie przedstawiało i bez próby Widala żadnych trudności. Próba Widala była bardzo wyraźna, a każda równoczesna próba z *„typhus-diagnosticum“* dała również wynik dodatni po upływie 8—11 godzin.

Spostrzeżenia 6) 7) 8) 9), uzyskane z przypadku tak samo zupełnie pewnego duru brzusznego. Próba z *„typhus-diagnosticum“* w tym przypadku nastąpiła raz już po siedmiu godzinach. Równoczesna próba Widala była bardzo wybitna.

Spostrzeżenie 10) odnosi się do przypadku duru z przebiegiem który również pozwalał na pewne rozpoznanie choroby.

Natomiast *spostrzeżenie 11)* zrobiono w przypadku niejasnym (z praktyki prywatnej). Osoba młoda, chora od dwu tygodni, nie kładła się do łóżka, miewała gorączkę, język obłożony, stolec zaparty, bóle głowy, przytem brzuch niewzdęty, śledziona macalna; w trzecim tygodniu od początku choroby przy ciepłocie ciała 38·1 zrobiłem próbę z *„typhus-diagnosticum«*, która po 6 godzinach dała wynik dodatni. Równocześnie założona próba Widala w zakładzie anatomii patologicznej prof. Obrzuta przez doc. Dr. Kučerę wykazała bardzo wyraźny objaw aglutynacyi.

Zestawienie spostrzeżeń.

Liczba				Próba Widala mikroskopowa	Próba Widala makroskopowa	Próba z »typhus diagnosticum«	Po upływie godzin	Uwaga
1	Józefa O, lat 19 L. dz. 137. L. ł. 11.	Dur brzuszny	15/XII 1903 w III tygodniu duru	b. wyraźna	b. wyraźna	dodatnia	8	
2	„ „		24/XII 1903 w okresie zdrowienia	wyraźna	wyraźna	dodatnia	10	
3	„ „		10/I 1904 w nawrocie duru	b. wyraźna	wyraźna	dodatnia	9	z krwi zasuszonej
4	„ „		11/I 1904 w nawrocie duru	wyraźna	wyraźna	dodatnia	10	
5	„ „		30/I 1904 w okresie zdrowienia	b. wyraźna	b. wyraźna	dodatnia	11	
6	Sara A., lat 50 L. dz. 167. L. ł. 11	Dur brzuszny	7/I 1904 w II połowie II tygodnia	b. wyraźna	b. wyraźna	dodatnia	7	
7	„ „		12/I 1904 w połowie III tygodnia	b. wyraźna	b. wyraźna	dodatnia	8	z krwi zasuszonej
8	„ „		14/I 1904 w końcu III tygodnia	b. wyraźna	b. wyraźna	dodatnia	9	
9	„ „		11/II 1904 w okresie zdrowienia	b. wyraźna	b. wyraźna	dodatnia	10	
10	Barbara Sz., lat 35 L. dz. 170. L. ł. 20	Dur brzuszny	7/I 1904 w II tygodniu duru	b. wyraźna	b. wyraźna	dodatnia	10	
11	Jadwiga Cz., lat 20	Dur brzuszny	13/I 1904 w III tygodniu duru	b. wyraźna	b. wyraźna	dodatnia	6	
12	Eugenia D., lat L. dz. 89. L. ł. 10	Ograniczone zapalenie otrzewnej	30/XII 1903	ujemna	ujemna	ujemna	—	
13	Michał P., lat 56 L. dz. 163. L. ł. 16	Wypocinowe zapalenie opłucnej	3/I 1904	ujemna	ujemna	ujemna	—	
14	Posługaczka kliniczna	zdrowa	20/I 1904	ujemna	ujemna	ujemna	—	
15	Dr. St. ER.	zdrów	26/I 1904	ujemna	ujemna	ujemna	—	
16	„	„	10/II 1904	ujemna	ujemna	ujemna	—	surowica razem z ciałkami czerwonemi

Następne spostrzeżenia odnoszą się już do prób z surowicą niedurową. Wypadły wszystkie ujemnie i to tak u chorych na inne choroby, zapalenie otrzewnej, opłucnej. jak i u zdrowych.

W *spostrzeżeniu 16)* użyłem surowicy razem z ciałkami krwi, co jednak nie miało wpływu na przejrzystość *„typhus-diagnosticum“*.

Zestawiając wyniki spostrzeżeń naszych nad wartością *„typhus-diagnosticum“*, możemy powiedzieć, że przetwór ten zastępuje istotnie żywą hodowlę prątków durowych, że próba z *„typhus-diagnosticum“* równa się zupełnie pierwowzorowej próbie Widala, że jest znacznie prostsza, wymaga mniej czasu i daje zawsze jednakie w tych samych warunkach wyniki.

Próba z *„typhus-diagnosticum“* wzbogaca istotnie nasze środki dyagnostyczne, dając się wykonać przez każdego lekarza, bez pracowni bakteryologicznej, a może być użytą również jako metoda badania klinicznego, ponieważ stałe jej wyniki nadają się do porównywania wzajemnego lepiej, aniżeli przy próbie Widala z żywotnymi prątkami durowymi.

Wypadałoby jeszcze postarać się, abyśmy mogli używać *„typhus-diagnosticum“*, wytworzonego w naszym zakładzie bakteryologicznym, co wobec częstości duru u nas, a także dla potrzeb urzędowo-sanitarnych, jest nadzwyczaj pożądane.

II. O fagocytozie.

Wykład

Prof. Dra Karola Kleckiego

na XIII Zjeździe Chirurgów polskich w Krakowie w dniu 13 lipca 1903 roku.

(Ciąg dalszy).

Pierwszym warunkiem, koniecznym do tego, by fagocytoza nastąpić mogła, jest zbliżenie się fagocyta do tworu, który ma być pochłonięty, aż do zupełnego zetknięcia się

z nim. Przy fagocytozie przez mikrofagi, wrażliwe na bodźce chemiczne, zbliżenie to następuje wskutek działania przyciągającego, jakie pewne związki chemiczne na fagocyty wywierają. Zjawisko przyciągania chemicznego tworów komórkowych nosi miano chemotaxis positiva, w odróżnieniu od chemotaxis negativa, zjawiska, polegającego na odpychaniu przez siły chemiczne wrażliwych na nie komórek.

Chemotaxis jest jednem z wielu bardzo rozpowszechnionych w przyrodzie zjawisk, polegających na przyciąganiu, a względnie odpychaniu tworów komórkowych stałych lub wolnych przez siły różnego rzędu, które przez to warunkują kierunek wzrostu i rozwoju, oraz położenie tworów stałych, a ruchy tworów wolnych; siły te zwracają korzeń rośliny do ziemi, a jej łodygę do światła, plemnika do jajka, wpływają na układ dzielących się komórek i na wiele innych spraw elementarnych. W zjawiskach tych działanie przyciągające określa się jako dodatnie, odpychające zaś jako ujemne; w ich nazwach złożonych, według terminologii, wprowadzonej przez Rosenthala, końcówka „tropizm“ oznacza działanie danego czynnika na twory stałe, umiejscowione, np. rośliny osiadłe na miejscu lub ich części, końcówka zaś „taxis“ oznacza działanie przyciągające lub odpychające na twory wolne. Znane są zjawiska dodatniego i ujemnego barotropizmu i barotaxis, czyli geotropizmu, a względnie geotaxis, heliotropizmu, phototaxis, termotropizmu i thermotaxis, galwanotropizmu i galvanotaxis; reotropizmu i rheotaxis, czyli zjawiska, polegającego na wzroście pewnych roślin przeciwko prądowi wody (Schleicher, Stahl) lub kierowaniu się plemników przeciwko prądowi wydzielin żeńskich dróg rodnych (Roth, Winterstein); stereotropizmu i stereotaxis, czyli thigmotaxis, gdy zetknięcie z jakąś powierzchnią stałą działa przyciągająco lub odpychająco na twory komórkowe, np. na plemniki pewnych zwierząt, które, zetknąwszy się z powierzchnią jajka, w ciągu dłuższego czasu po niej się przesuwają, nie mogąc się od niej oderwać, lub na ciałka białe krwi, które po najlżejszem zetknięciu się z przedmiotem stałym, chemicznie obojętnym, starają się od niego oddalić; cytotropizmu, polegającego na wzajemnem oddziaływaniu na siebie tworów komórkowych (Roux, Rhumbler), oraz chemotropizmu i chemotaxis; ostatnie zjawisko, zależnie od istot chemicznie działających, określa się jako aerotropizm i aerotaxis, hydrotropizm i hydrotaxis, trophotaxis, gdy pewne twory są przyciągane przez substancye, służące do ich odżywienia i t. d.

Zjawisko chemotaxis odkrył Engelmann; z jego badań okazało się, że wrażliwość pewnych gatunków bakteryi na przyciągające je działanie tlenu jest tak wielką, iż można wykrywać najmniejsze jego ilości przez obserwacyę ruchów bakteryj, do źródła tlenu zwróconych. Znakomite badania botaniczne Pfeffera naukę o chemotaxis znacznie rozszerzyły i pogłębiły. Pfeffer wykazał, że kwas jabłkowy, a względnie jego sole, silnie przyciągają plemniki paproci i pewnych mchów. W badaniach tych używał Pfeffer sposobu, który w późniejszych doświadczeniach nad chemotaxis powszechnie stosowano. Wprowadzał on do środowiska, zawierającego poruszające się twory, istotę chemotaktycznie działającą w rurce włosowatej; w razie dodatniego jej działania chemotaktycznego dane twory podążały do wnętrza rurki i do niej wchodziły. Działanie przyciągające obojętnych soli kwasu jabłkowego na owe plemniki było tak silne, że działały one jeszcze w rozczynie 0.001%, gdy rurka włoscwata zawierała istoty działającej zaledwie $\frac{1}{35000000}$ mg. Okazało się przytem, że przyciąganie komórek wolnych przez substancyę chemiczną odbywa się według prawa psychofizycznego Webera-Fechnera: przy wzrastaniu bodźca w stosunku geometrycznym, odczyn wzrasta w stosunku arytmetycznym, innemi słowy, odczyn jest tu w stosunku stałym do logarytmu bodźca. Zjawiska chemotaktyczne u plasmodyów śluzowców, stanowiących okres amebowaty tych tworów, oraz u wymoczków badał później Stahl, zaś Leber, Massart i K. Bordet, Gabryczewski, Buchner, Miecznikow i inni zbadali zachowanie się pod tym względem wolnych komórek ustroju zwierząt wyższych, mianowicie ich ciałek białych. Jako bodźców chemotaktycznych używali badacze ci całego szeregu rozmaitych substancyj, uwzględniając szczególnie wytwory bakteryj oraz ciała, powstałe przy ich rozpadzie. Okazało się, że działanie chematoktyczne dodatnie wywierają na ciałka białe glutenkazeina, glikokol, leucyna, żelatyna, klej kostny, wyciągi z nerek, wątroby, płuc, mięśni, wyciąg z grochu, sok wyciśnięty z ziemniaków, ichtyokol, nalewka gorzka, nalewka chinowa, terpentyna i wiele innych olejków eterycznych, antypiryna, antyfebryna, tlen, różne antyseptyki, różne sole żelaza, arsenu, jodu, rtęci, cynku, chlorek sodu i potasu, różne nukleoproteiny i nukleoalbuminy, proteiny bakteryjne, hodowle różnych bakteryj i wyciągi z nich, toksyny bakteryj ropnych, durowych, pneumokoka, lasecznika Friedlaendera i in., niektóre fermenty, pepton i t. d. Chemotaktycznie ujemnie działają kwas mlekowy i wszelkie wogóle kwasy w silnych rozczynach, sole alkaliczne, maślan, waleryanian amonowy, amoniak, mocznik, skatol, tyrozyna, trymetylamina, opium, paraldehyd, chloroform, sublimat stężony, krochmal, gliceryna, żółć, florydzyna, jekwiryt, alkohol we wszelkich stężeniach, kofeina, chinina w rozczynie 0,5%, atropina, ferment podpuszczkowy, ferment inwertujący cukier, emulsyna, silne jady bakteryjne i t. d. Nie wszystkie jednak ciała o działaniu chemotaktycznem działają stale w jednakowy sposób; kierunek ich działania zależy bowiem często od stopnia stężenia danego ciała w środowisku, w którem ciałka białe się znajdują. Jest to okoliczność ważna ze względu na działanie chemotaktyczne bakteryj, polegające na przyciąganiu, a względnie odpychaniu ciałek białych przez wytwory życiowe, a względnie produkty rozpadu mikrobów, lub też przez produkty, powstałe przy rozpadzie komórek ustroju, na które bakterye szkodliwie zadziałały. Wogóle można powiedzieć, że wiele bakteryi chorobotwórczych oraz ich toksyn, gdy jadowitość bakteryi nie jest zbyt wielką, jak to np. bywa u bakteryi chorobotwórczych, hodowanych w ciągu dłuższego czasu poza ustrojem na sztucznych podłożach, okazuje działanie chemotaktyczne dodatnie; te same zaś drobnoustroje po spotęgowaniu się ich jadowitości w ustroju wyższego zwierzęcia, okazują działanie chemotaktyczne ujemne. W ustroju, odpornym na działanie chorobotwórcze pewnych bakteryi ich działanie chemotaktyczne, pierwotnie ujemne, przemienia się na działanie dodatnie; tak samo po przyzwyczajeniu pewnych pierwotniaków do arsenu, jad ten, który początkowo twory te odpychał, zaczyna je przyciągać. Według Bordeta otoczka, jaką w pewnych warunkach wytwarzają w ustroju paciorkowce, zawiera istotę, działającą chemotaktycznie ujemnie. Współżycie pewnych bakteryi z innemi

może zmienić kierunek działania chemotaktycznego ich toksyn; Trambusti znalazł, że toksyna lasecznika tyfusowego, przyciągająca ciałka białe, odpycha je, gdy lasecznik rozwijał się w symbiozie z pewnymi gatunkami bakteryj wodnych. Ciepłota otoczenia wywiera również pewien wpływ na działanie chemotaktyczne bakteryj; hodowle niektórych bakteryi, przyciągające ciałka białe, po ogrzaniu odpychają je. Nadto wrażliwość ciałek białych na działanie chemotaktyczne wytworów bakteryjnych zależy w pewnej mierze od stanu ogólnego organizmu; ztąd różnice w odczynach chemotaktycznych w stanach zakaźnych, głodzeniu, inanicyi, wodnicy, po zadziałaniu środków nasennych, wycięciu śledziony, w zatruciu składnikami moczu i żółci, przy poważnych zmianach patologicznych w wątrobie, układzie nerwowym, naczyniowym i t. d.

W ostatnich czasach wystąpił Weryho z twierdzeniem, że u zwierząt wyższych chemotaxis występuje jedynie jako chemotaxis dodatnia, odpychanie zaś fagocytów nigdy nie zachodzi. Zdaniem tego badacza działanie chemotaktyczne dodatnie polega na zwiększeniu normalnej wrażliwości fagocytów na dane bodźce chemiczne; w przypadkach zaś uważanych za chemotaxis ujemną, zachodzi tylko osłabienie normalnej wrażliwości fagocytów; przy pewnym stopniu tego osłabienia pojedyncze bakterye o działaniu chematotaktycznem dodatniem nie mogą przyciągać fagocytów, ale czynią to jeszcze wówczas, gdy w jednem miejscu w większej ilości się nagromadzą. Brak fagocytozy w pewnych stanach zakaźnych tłumaczy Weryho nadmierną jadowitością bakteryi i odpornością ich na działanie bakteryobójcze soków ustroju,. które zdaniem tego badacza dla wystąpienia fagocytozy wielkie ma znaczenie, lub też zbyt słabą toksycznością bakteryi, nie wystarczającą do pobudzenia fagocytów; Weryho przypuszcza także, że niekiedy pod wpływem jadów bakteryjnych mogą w komórkach ustroju powstawać istoty, które przyciągają ciałka białe silniej, niż mikroby i przez to ich fagocytozę uniemożliwiają. Twierdzenia Weryhy nie mogą jednak obalić faktu, że pewne substancye chemiczne, jakoto kwasy w silnem stężeniu, niektóre narkotyki, silne toksyny bakteryjne i in. w samej rzeczy ciałka białe odpychają; co się zaś tyczy bakteryi żywych, to doświadczenia Bordeta, oraz Silberberga i Zielonego, którzy badali zachowanie się w ustroju żywym fagocytów jednocześnie względem różnych gatunków drobnoustrojów, jasno wskazują, że i w warunkach naturalnych zachodzi nietylko chemotaxis dodatnia, ale i ujemna.

Dla każdej istoty działającej chemotaktycznie istnieje pewne optimum działania, zależne głównie od jej stężenia; przytem, jak to wykazał Massart, to optimum działania na rozmaite twory jest różne, zależy ono bowiem od różnej ich wrażliwości na działanie danej istoty chemotaktycznej.

Wiele zjawisk z dziedziny cytotropizmu polega na chemotropizmie; komórki tkanek stałych przyciągają się bowiem lub odpychają niekiedy przez własne wytwory życiowe lub też produkty, powstałe przy ich rozpadzie. Zbliżanie się wzajemne sztucznie oddzielonych od siebie komórek zarodkowych żaby (Roux), wydłużanie się powstających wypustek komórek nerwowych, zbliżanie się aż do zupełnego zetknięcia się komórek, składających ścianę wytwarzającej się gałązki naczyniowej, kierunek takiej gałązki (Maximow), zależą poniekąd od działania chemotaktycznego powstałych wytworów komórkowych. Przy metamorfozie różnych zwierząt w narządach zanikających powstają związki, przyciągające fagocyty. Zdaniem Ribberta powstawanie komórek olbrzymich w otoczeniu ciał obcych jest również związane z chemotaxis; ciało obce przyciąga fagocyty, których protoplasma zlewa się w jedną całość i wskutek doznanego uszkodzenia przez ciało obce już potem się nie dzieli.

Ażeby pod wpływem substancyi działającej chemotaktycznie nastąpiło przyciągnięcie, a względnie oddalenie danej komórki, koniecznym jest warunkiem, by bodziec chemotaktyczny działał nie jednostajnie na całą powierzchnię komórki, a tylko z jednej strony, lub też by działał na pewną część powierzchni komórki silniej, jak na pozostałe jej części. W zjawiskach cytotropizmu wytwory komórkowe, działające jako bodźce chemotaktyczne, gromadząc się na pewnej części powierzchni komórki, zmieniają tu kohezyę i atrakcyę drobinową, a przez to miejscowe napięcie na powierzchni komórki zwiększa się lub zmniejsza. Z badań zaś Roux i Rhumblera wynika, że zmiana napięcia na powierzchni komórek sprowadza ich wzajemne zbliżenie się lub oddalenie. Gdy miejscowe napięcie na przeciwległych powierzchniach komórek się zmniejszy, to pod wpływem ciśnienia pozostałych części powierzchni tych komórek zbliżają się one do siebie aż do zupełnego zetknięcia się, gdy zaś napięcie na powierzchni przeciwległych części komórek się zwiększy, komórki oddalają się od siebie. Że zmniejszenie napięcia na powierzchni przeciwległych części dwu ciał prowadzi do wzajemnego ich zbliżenia się, przekonać się można z doświadczeń Quinckego, Rhumblera i Roux: jeżeli pomiędzy dwie krople oliwy, wpuszczone do alkoholu, zawartego między dwiema płytkami szklanemi, dać nieco olejku gwoździkowego, który, rozpuszczając oliwę, zmniejsza napięcie na jej powierzchni, krople oliwy zlewają się ze sobą; tak samo zlewają się dwie krople mieszaniny olejku migdałowego i chloroformu, zawieszone we wodzie, gdy pomiędzy obie krople wpuścić nieco roztworu sody; łączenie się kropli chloroformu na odstałym wodnym roztworze kwasu karbolowego polega również na zmniejszeniu się napięcia na powierzchni przeciwległych ich części.

Tak samo, jak zmniejszenie się napięcia na powierzchni przeciwległych części dwu ciał prowadzi do wzajemnego ich zbliżenia się, jednostronne zmniejszenie się napięcia na powierzchni jakiegoś ciała wolnego po stronie bodźca chemicznego sprowadza zbliżenie się danego ciała do jednostronnie działającego nań czynnika. Pęcherzyk powietrza, zawarty we wodzie pomiędzy dwiema płytkami szklanemi, dąży w kierunku alkoholu, wpuszczonego między płytki, napięcie na jego powierzchni po stronie alkoholu zmniejsza się bowiem w stosunku do tego, jakie panuje po stronie przeciwnej, gdzie pęcherzyk powietrza tylko z wodą się styka (Quincke).

W doświadczeniach, jakie przeprowadził Rhumbler nad różnemi cieczami, posługując się przytem sposobem Pfeffera, przez jednostronne zmniejszenie napięcia na powierzchni cząstek tych cieczy występowały tak wybitne ich ruchy, że Rhumbler nie waha się przyrównać ich do ruchów tworów żywych. Do zawiesiny oleju rycinowego z domieszką sadzy w alkoholu 80%, zabarwionym karminem, wprowadzał Rhumbler włoskowate rurki szklane, zawierające ług potasowy 5%, olejek gwoździkowy, zabarwiony indygiem, lub chloroform; w alkoholu powstawały wyraźne

prądy cząstek oleju, które dążyły do światła rurki i do niej wchodziły tak, że zawartość rurki, przez olej wypierana, wylewała się z niej; ruchy cieczy w tych warunkach przedstawia Rhumbler jako walkę oleju z cieczami, zawartemi w rurkach, zakończoną zwycięztwem oleju.

Jakkolwiek przy przyciąganiu tworów żywych przez substancye, działające chemotaktycznie dodatnio, mogą wchodzić w grę różne bliżej nam nieznane czynniki biologiczne, nie ulega wątpliwości, że poznane w doświadczeniach nad ciałami martwemi czynniki fizykalne i tutaj w całej pełni działać muszą. Na zasadzie badań dotychczasowych odczyn chemotaktyczny fagocytów można tłumaczyć jedynie przez jednostronną zmianę napięcia na ich powierzchni, sprowadzoną przez dane ciało chemiczne, które może działać nawet na pewną odległość, gdy przechodząc do środowiska, dochodzi w pewnem rozcieńczeniu do powierzchni fagocyta i zmienia tu stosunki molekularne. Zdaniem Rhumblera odczyn ten u tworów żywych występuje stosunkowo łatwo, znacznie łatwiej, niż u ciał martwych, używanych w odpowiednich doświadczeniach, a to dlatego, że substancye, z których powierzchnia tworów żywych się składa, stanowią związki złożone, bardzo niestałe, a więc łatwo ulegające zmianom chemicznym, którym towarzyszą zmiany kohezyi drobin, a przeto i napięcia na danej powierzchni.

Fagocyty wolne, przyciągane przez działanie chemotaktyczne dodatnie w kierunku ciała, które mają pochłonąć, zbliżają się do niego, wykonywując ruchy amebowate, jakimi obdarzone są w przyrodzie bardzo liczne twory, głównie pierwotniaki, należące do rzędu korzenionóżek (Rhizopoda), a także komórki jajkowe, jelitowe i barwikowe różnych niższych zwierząt, różne komórki roślinne, a w ustroju wyższym różne typy ciałek białych. Ruchy te polegają na wypuszczaniu wyrostków protoplasmatycznych po jednej stronie fagocyta i odpowiedniem zmniejszaniu się jego masy po stronie przeciwnej. Dzięki zasadniczej własności żywej materyi, jaką stanowi jej kurczliwość, może następować skucz i rozkurcz jej cząstek, co przy pewnej kolejności tych stanów w określonych warunkach ruch postępowy komórki sprowadzić może; koniecznym do tego warunkiem jest stan ciekły, a względnie nawpół ciekły protoplasmy, ujawniający się w prądach, jakie w różnych poruszających się komórkach występują.

Mechanizm ruchu amebowatego starano się poznać w szeregu badań nad tworami, u których ruchy te występują najwybitniej, t. j. nad rozmaitemi odmianami pełzaków.

Badania te doprowadziły różnych autorów do rozmaitych poglądów w tej sprawie.

Engelmann w roku 1869 sprowadzał ruch pełzaków do zmian fizykalnych protoplasmy, występujących kolejno wskutek jej nasiąkania wodą czyli pęcznienia, przez co wydłużone części protoplasmy, dążąc do przyjęcia kształtu kulistego, skracają się, oraz oddawania wody do otoczenia, przez co protoplasma się wydłuża.

Quincke i Bütschli przyrównywują ruchy ameb do ruchów kropelek oliwy w roztworze sody lub ługu potasowego; ruchy te polegają na wypuszczaniu wyrostków, które powstają na powierzchni kropelek wskutek jej zmydlenia i rozpuszczania się wytworzonego mydła w otaczającem je środowisku. Według Quinckego i Bütschliego na powierzchni poruszającej się komórki rozpościera się cienka warstwa tłuszczowa, która od zewnątrz miejscowo zmydla się, a w miejscu dyfuzyi powstałego mydła do otoczenia występuje wypustka protoplasmatyczna.

Według tłumaczenia Verworna w ruchu amebowatym skurcz i rozkurcz protoplasmy polega na tem, że pewne jej cząstki wskutek powinowactwa do tlenu dążą ze środka komórki ku jej powierzchni, poczem, nasyciwszy się tlenem, ulegają rozpadowi i powracają do wnętrza komórki, gdzie następuje ich regeneracya. Powrót utlenionych cząstek protoplasmy tłumaczył Verworn dawniej przez działanie przyciągające, jakie jądro komórkowe na nie wywiera, później zaś jako skutek zwiększenia się napięcia na powierzchni komórki, jakie sprowadza tu miejscowy rozpad cząstek protoplasmy. Przeciwko takiemu tłumaczeniu ruchu amebowatego podnosi Schenk, że taki ruch cząstek protoplasmy, jaki według Verworna w komórce zachodzi, żadną miarą ruchu postępowego sprowadziłby nie mógł.

Zdaniem Biegańskiego ruch pierwotniaków sprowadzają pierwiastki kurczliwe, rozrzucone po całem ich ciele. Klemensiewicz zaś na podstawie badań nad amebami oraz ciałkami białemi płazów dochodzi do wniosku, że twory te posiadają narząd ruchu, wyodrębniony w pewnych włóknach, oraz istocie kurczliwej komórki.

W tłumaczeniu mechanizmu ruchu amebowatego, jakie podają Quincke i Bütschli, Verworn, a także i inni autorzy, jak Berthold, Gad, Lehmann i Rhumbler główny akt ruchu, to jest wypuszczanie wyrostków protoplasmatycznych sprowadza się do jednej wspólnej przyczyny, mianowicie do miejscowego zmniejszenia napięcia na powierzchni komórki, które zależy zarówno od spraw wewnętrznych, toczących się w komórce, jakoteż i od zmian chemicznych w jej otoczeniu. Rhumbler przedstawia powstawanie wypustek protoplasmatycznych u pełzaków w sposób następujący. Ektoplasma ameb, jak to wiadomo z badań licznych autorów, nie okazuje odrębnej budowy stałej, a jest wytworem zróżnicowania protoplasmy pod wpływem środowiska zewnętrznego. Prądy protoplasmy w ciele ameby przenoszą cząstki z jej wnętrza ku jej powierzchni, tutaj zaś cząstki te ulegają zagęszczeniu, a wskutek tego zagęszczenia cząstki ektoplasmy zostają znów wtłoczone do wnętrza komórki; w ten sposób endoplasma, dochodząc do powierzchni komórki, przekształca się ustawicznie na ektoplasmę, przyczem stopień jej zagęszczenia, najsilniejszy na samej powierzchni, zmniejsza się w miarę zbliżania się do środka komórki, zaś ektoplasma, wtłaczana do wnętrza komórki zamienia się na endoplasmę, płynniejszą od ektoplasmy i zawierającą ziarna, jakich w zagęszczonej ektoplasmie nie widać. Jeżeli na powierzchni pełzaka, czy to wskutek zachodzących w jego plasmie zmian wewnętrznych, czy też wskutek zmian w środowisku, w jednem miejscu lub też naraz w kilku miejscach napięcie się zmniejszy, to pod wpływem ciśnienia, jakie wywierają pozostałe części ektoplasmy na wewnętrzne części komórki, w miejscu zmniejszenia się napięcia na powierzchni ameby występują wyrostki protoplasmatyczne, po przeciwległej zaś stronie masa komórki się zmniejsza, warstwa ektoplasmy grubieje i częściowo zamienia się na endoplasmę. Przytem wskutek zmian, powstających w powierzchownych częściach protoplasmy, wytwarza się na powierzchni komórki masa lepka, zwiększająca tarcie ciała ameby o powierzchnię, na której zwierzę się posuwa; masa ta jest niezmiernie niestałą i bardzo łatwo rozpada się,

tak że wówczas, gdy świeżo wypuszczony wyrostek trzyma się jeszcze na danej powierzchni, po stronie przeciwnej masa lepka już się rozkłada i przez to protoplasma od powierzchni się odlepia. Ruchy amebowate fagocytów wolnych ustrojów wyższych odbywają się prawdopodobnie podług powyższego mechanizmu.

Nie wszystkie atoli odmiany pełzaków poruszają się w ten sposób. Amoeba verrucosa wypuszcza wyrostki nie stykające się z powierzchnią, na której zwierzę się posuwa, a wolno nad nią sterczące; protoplasma, przelewając się do tych wyrostków, przeważa amebę naprzód, a to przesuwanie się punktu ciężkości sprowadza toczenie się zwierzęcia w danym kierunku. Wypuszczanie wyrostków przez pełzaki i ich ruchy zależą przytem od rozmaitych czynników, jako to od ucisku, wywartego na zwierzę, od ciepłoty otoczenia, oraz od działających na nie bodźców chemicznych; amoeba limax, która w warunkach zwykłych wysuwa szerokie płaskie wypustki, po zadziałaniu na nią ługu potasowego wypuszcza wyrostki wązkie i śpiczaste i przybiera postać amoeba radiosa (Verworn).

Fagocyty wolne, pobudzone przez bodziec chemotaktyczny dodatni, zbliżają się do niego i gromadzą się w jego pobliżu w większej ilości, innemi słowy w warunkach tych powstaje leukocytoza miejscowa. Co do pochodzenia tych fagocytów zachodzi jeszcze w poglądach autorów następująca sprzeczność. Niektórzy badacze sądzą, że są to jedynie leukocyty wśródtkankowe, uważają oni bowiem za rzecz niemożliwą, by substancye chemotaktyczne działały poprzez ścianę naczyniową. Natomiast większość badaczów dowodzi, że w leukocytozie miejscowej zbiegają się do danego ogniska nietylko leukocyty tkankowe, ale i ciałka białe z naczyń i że te właśnie ciałka nawet liczebnie przeważają. Miecznikow uważa przytem płatowość jądra neutrofilów, a względnie amfofilów, które stanowią w ustroju wyższym najważniejszy typ fagocytów wolnych, za wyraz przystosowania się tych komórek do przechodzenia przez ścianę naczyniową.

(C. d. n.).

III. Choroby uszne, a zaburzenia mowy, ich stosunek wzajemny i wpływ na rozwój umysłowy człowieka.

Podał

Dr. R. Spira.

(Dokończenie.)

Niektóre, chociaż rzadkie spostrzeżenia dowodzą, że także ropnie pozaoponowe pochodzenia usznego, szczególnie w średnim dole czaszkowym, mogą przez ucisk na ośrodki mowy spowodować zaburzenia mowy. Hansberg w „Encyklopaedie f. Ohrenh." przytacza 3 takie przypadki, a mianowicie Salzera (afazya amnestyczna), Pritcharda (głuchota wyrazowa) i Macewena (głuchota wyrazowa i ślepota duchowa). Prócz tego znalazłem w piśmiennictwie 2 przypadki Urbantschitscha. W jednym, spostrzeganym w roku 1900, stwierdzono afazyę i czasowe drgawki kończyn prawych, a przy oględzinach pośmiertnych znaleziono ropień za oponą twardą, ugniatający lewy płat skroniowy; w innym przypadku wielkiego ropnia za oponą twardą w tylnym dole czaszkowym wystąpiły przemijające objawy afatyczne.

Znacznie rzadziej napotyka się podobne objawy w ropniu wewnątrz — i międzyoponowym (*sub et intraduralis*). Może to pochodzi z rzadkości tych spostrzeżeń wogóle, albowiem *a priori* należałoby oczekiwać częściej zaburzeń mowy w tem powikłaniu, niż w poprzedniem, lub też co najmniej nie rzadziej. W piśmiennictwie znalazłem 2 takie przypadki: w jednym Urbantschitscha ropnia podoponowego w tylnym dole czaszkowym wystąpiły raz trwające kilka godzin objawy afatyczne; Milburg także podaje przypadek ropnia międzyoponowego z afazyą amnestyczną.

Nareszcie zauważano zaburzenia mowy także w zapaleniu opon wewnętrznych pochodzenia usznego. Przyczyna tego objawu w tem powikłaniu leży w tem, że w zapaleniu opon wewnętrznych nieraz kora mózgowa także bywa co najmniej czynnościowo zajęta, a czasem ulega nawet powierzchownym zmianom anatomicznym; tkanka korowa jest mniej lub więcej zapalnie zmieniona, surowiczo nasiąknięta, czasem rozmiękczona albo pokryta wynaczynionkami. Wypocina, na jednem miejscu nagromadzona w większej ilości, może przez ucisk na korę wywołać objawy wyżej wymienione, wypocina w lewej bróździe Sylviusza może wywołać niemotę ruchową. Przytem zauważyć należy, że ropień, względnie wypocina, tem prędzej spowoduje objawy uciskowe, im szybciej się tworzy i nagromadza tak, że n. p. szybko rozwijający się ropień pozaoponowy, albo gromadząca się wypocina zapalna, może sprowadzić wyraźniejsze objawy mózgowe uciskowe, niż nowotwór mózgu tej samej rozległości, lecz rozwijający się powoli.

Ze spostrzeżeń Urbantschitscha wynika, że w zapaleniu opon mózgowych może wystąpić afazya z porażeniem kończyn i mięśni ocznych po stronie prawej skutkiem częściowego obrzęku mózgu. W jednym takim przypadku widział Urbantschitsch mimo braku zajęcia płatu skroniowego zupełną afazyę z pojedynczemi monofazyami. Hansberg zestawia 4 przypadki zaburzeń mowy w zapaleniu opon pochodzenia usznego: Joela (afazya), Grunerta, Kuhna (oba razy afazya amnestyczna) i Jansena (afazya optyczna). W przypadku Kuhna zapalenie ropne opon umiejscowiło się przeważnie na przedniej części płatu skroniowego, w płacie zaś tym znaleziono rozmiękczenie i nacieki krwawe bez ropy. Zmiane te, spowodowane przez zapalenie opon, były przyczyną afazyi, spostrzeganej za życia. W przypadku Grunerta był wprawdzie równocześnie ropień w płacie skroniowym, lecz w miejscu zbyt oddalonem od ośrodka mowy; z tego powodu G. odnosi spostrzegane przy tem zaburzenia mowy (afazyę amnestyczną i agrafię) do towarzyszącego ropnego zapalenia opon. Do tych przypadków możemy jeszcze dodać przypadki Schulzego, który spostrzegał 7 razy utrudnienia mowy z powodu porażenia mięśni języka i gardła i raz wyraźną i zupełną afazyę przy zapaleniu opon pochodzenia usznego i jeden przypadek Vossa porażenia mowy przy tej samej chorobie.

Najrzadziej, zdaje się, uważano przypadki zaburzeń mowy skutkiem ropnia móżdżku. Zaburzenia takie mogą być przyrody anartrycznej, spowodowane przez ucisk ropnia móżdżkowego na leżący pod nim rdzeń pacierzowy. Zaburzenia zaś afatyczne w takim ropniu mogą być wywołane przez ucisk jego na płat skroniowy. Preysing opisuje przypadek ropienia usznego z objawami afazyi amnestycznej, rozpoznany jako ropień w prawym płacie skroniowym. Przy

operacyi ropnia nie znaleziono, a sekcya wykazała ropień móżdżku obok ropnia poza oponą twardą w prawej połowie czaszki. O ile z niedokładnego opisu zaburzeń mowy w tym przypadku sądzić można, mniemałbym, że były one raczej przyrody dysartrycznej i pochodziły po części z ucisku rdzenia pacierzowego, a po części z zajęcia ogólnej przytomności i świadomości chorego.

Ze względu na znaczne postępy w chirurgicznem leczeniu powikłań mózgowych pochodzenia usznego i na wysokie znaczenie rozpoznawcze dokładnie spostrzeganych i ściśle rozważonych objąwów zaburzeń mowy dla oznaczenia umiejscowienia takiego powikłania w mózgu, poznanie różnych postaci tych zaburzeń, ich odmian i znaczenia rozpoznawczego staje się dla otyatrów rzeczą niepośledniej wagi. W rzeczy samej oddawna już przypisywano objawom afatycznym wielkie znaczenie rozpoznawcze, które mało tylko mogło zmniejszyć doświadczenie, że w rzadkich przypadkach także ropień zaoponowy i zapalenie opon mózgowych mogą być powodem tych objawów. W niejednym też przypadku objawy afatyczne rozstrzygały rozpoznanie, do tego czasu wątpliwe, na rzecz ropnia mózgowego. Należy wszakże przytem mieć na uwadze, że różne stany chorobowe, jak zakażenie posocznicze, nieraz wikłające choroby uszne, mogą objawy te pokrywać; inne, jak zamroczenie przytomności, głęboka senność, mogą upozorować zaburzenie słuchu i mowy tam, gdzie tego niema; innym znowu razem różne zaburzenia mowy mogą występować przepuszczająco, przemijająco, jako objawy pośrednio ogniskowe, jak to pouczają różne spostrzeżenia (Picka i in.) Nadto Pick zwraca uwagę na tę okoliczność, że w przejściu ze stanu śpiączki popadaczkowej w stan prawidłowej świadomości może wystąpić przemijająca głuchota wyrazowa, przyjmująca na przemian objawy najpierw afazyi korowej, później pozakorowej czuciowej. Przy rozpoznawaniu na podstawie zaburzeń mowy umiejscowienia ogniska ropnego w mózgu wymagana jest wielka ostrożność głównie z tego względu, że, jak już wyżej wykazaliśmy, zaburzenia te pojawiają się także, aczkolwiek znacznie rzadziej, przy ropniach śródczaszkowych pozamózgowych i w ropnem zapaleniu opon. O tem trzeba zawsze pamiętać i przy postępowaniu leczniczem uwzględnić te stosunki. Zapoznawanie ich było już często powodem mylnego rozpoznania i, jak poucza kazuistyka, błędnego postępowania przy operacyi, — świadczą o tem między innymi wyżej przytoczone przypadki Preysinga (ropień pozaoponowy i móżdżkowy) i Kuhna (ropne zapalenie opon), operowane na podstawie mylnie tłómaczonych objawów zaburzeń mowy, które powstały wskutek ucisku wypociny na ośrodek Wernickego i pozorowały ropień płatu skroniowego. Merkens czyni uwagę, że zaburzenia mowy przy ropniu płatu skroniowego pochodzenia usznego okazują z bardzo nieznacznemi odmianami tę samą cechę i ten sam przebieg (głuchota wyrazowa i afazya wyrazowa); afazyi zaś ruchowej nie zauważono z całą pewnością jeszcze nigdy. Zaburzeń zaś mowy, występujących obok innych objawów mózgowych w następstwie ropienia usznego, a nie odpowiadających temu typowi, nie należy wyzyskiwać w celu rozpoznania ropnia płatu skroniowego.

Zazwyczaj zaburzenia mowy po opróżnieniu ropnia mózgowego, względnie po ustąpieniu zmian oponowych, prędko mijają, czasem jednak trwają dłużej i mogą nawet o całe tygodnie i miesiące przetrwać chorobę, która je wywołała (Schede, Rose i in.). W niektórych przypadkach objawy afatyczne wystąpiły dopiero po operacyi, co da się wytłómaczyć przekrwieniem, zaburzeniem odżywienia albo obrzękiem w sąsiedztwie przedtem uciskanem. W przypadku Manassego (podwójny ropień, w płacie skroniowym i potylicznym) parafazya i afazya optyczna wystąpiły dopiero podczas zdrowienia. W przytoczonym wyżej przypadku Preysinga z ropniem w płacie skroniowym afazya amnestyczna wystąpiła nagle po operacyjnem opróżnieniu ropnia. W innych przypadkach zaburzenia mowy, które ustąpiły zaraz po opróżnieniu ropnia, wracały znowu czasowo w ciągu leczenia. W takich razach przyczyna leży po największej części w zatrzymaniu zbierającej się nanowo ropy, bądźto wskutek zatkania drenu wynaczynioną krwią w jamce ropnia, bądź też przez zwężenie ujścia ropnia w następstwie zapadania i zbliżenia się jego ścian i t. p. Przyczynek do tej sprawy stanowi nasz wyżej wspomniany przypadek ropnia pozaoponowego, w którym zaburzenia mowy wystąpiły również dopiero po operacyi w czasie zdrowienia. Analogię do wystąpienia zboczeń mowy po wypróżnieniu ropnia możemy upatrywać w wystąpieniu drżenia ócz i porażeń mm. ocznych, spostrzeganych nieraz również dopiero po wypróżnieniu ropnia mózgowego lub pozaoponowego.

Piśmiennictwo: Kussmaul: Die Störungen der Sprache, 1877. — Steinthal: Abriss der Sprachwissenschaften, 1871. — Arnaud: Archiv de neurologie, 1887. — Wernicke: Der aphasische Symptomencomplex, 1874. Die neueren Arbeiten über Aphasie (Fortschritte der Medizin, 1886) Grundriss der Psychiatrie, 1836—1901). — Lichtheim: Ueber Aphasie (Arch. f. klin. Medizin, XXXVI), 1885. — Malachowski: Versuch einer Darstellung unserer heutigen Kenntnisse in der Lehre von der Aphasie. Klinische Vortrage. Volkmana Nr. 324. — Ołtuszewski: Medycyna, 1893—1899 Przegl. lek., 1901. Gaz. lek., 1901. Medycyna, 1902. — Grashey: Über Aphasie u. ihre Beziehungen zur Wahrnehmung. Arch. f. Psychiatrie XVI. — Stricker: Studium über die Sprachvorstellungen, 1880. — Naunyn: Ueber die Localisation der Aphasie. Verhandlungen des Congresses für innere Medizin in Wiesbaden, 1887. — Broca: Sur le siége de la faculté du langage articule avec deux observations d'aphemie (Bulletin de la soc. anat., 1861 i Remarques sur le siége, le diagnostic et la nature de l'aphémie. Bull. de la soc. anat., 1863. — Bertin: Schmidt Jahrbücher, t. 147. — Vorganth: Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk., T. XII. — Bernheim: Congres français de méd. Lyon., 1894. — Freud: 1) Zur Auffassung der Aphasie. 2) Labyrinthtaubheit u. Sprachtaubheit, 1895 i Ueber optische Aphasie u. Seelenblindeit. Archiv f. Psych. XX. — Byrom: Bramwell. On aphasia. Lancet, 1897. — Ballet: Semaine medicale, 1896. — Flechsig: Localisation der geistigen Vorgänge, 1896. — Oppenheim: Lehrbuch f. Nervenkrankheiten i Verhalten der musikalischen Ausdrucksbewegungen u. des musikalischen Verständnisses bei Aphasischen. Charité Annalen, 1888. — Sachs: Lehrb. f. Nervenkrankheiten im Kindesalter i Vorträge über Bau u. Tätigkeit des Grosshirnes und die Lehre über die Aphasie und Seelenblindheit, Wrocław, 1893. — Bastian: Med. chirurg. Transactions, 1837 i On different kinds of aphasie. Brit. med. Journal, 1887. — Déjerine: Compt. rend. de la Société de biolog, 1881 i Revue de med., 1885 i Société de Biologie, 1892. — Heller: Naturforscherversamml. Wien, 1894. — Alt: Monatschrift f. Ohrenkr. 1899, Wien. klin. Rundschau, 1901. — Pitres: Revue de med., 1895. — Körner: Die otit. Erkrankungen des Hirns etc., 1898. — Pick: Beiträge zur Pathologie und pathol. Anat. des Centralnervensystems, 1898. — Ziehl: Deuts. Ztschr. f. Nervenheilk. 8. — Urbantschitsch: Lehrbuch Ohrenheilk., 1901. — Schwartze: Handbuch Ohrenheilkund. — Hansberg: Encyklopaedie d. Ohrenheilk. — Goldscheider: Ueber centrale Sprach- Schreib u. Lesestörungen. Berl. kl. Woch. 4—8, 1892. — Vidal: Münch. med. Woch. 32, 1901. — Bischof: Ueber die pathologisch anatomische Grundlage des sensorischen Aphasie. Wien. klin. Rundschau, 1901, 42. — Brauckmann: Die psychische Entwickelung u. paedagogische Behandlung schwerhöriger Kinder. Berlin, 1301. — Gutzmann: Ueber die Sprache der Schwerhörigen u. Ertaubten. Deut. med. Woch., 18, 1902. — Knoblauch: Ueber Störungen der musikalischen Leistungsfähigkeit. Lipsk, 1888. — Hammerschlag: Zur Kenntniss der otitischen Hirnabcesse. Monatsschrift. f. Ohrenheilk., 1901. — Ziehen: Realencyclopaedie. — Charcot: Des differentes formes de l'aphémie, 1883. — G. Dax: Observations tendant a prouver la coincidence constante des derangements de la parole avec une lesion de l'hemisphère gauche de cerveau. Bull. de l'academie de med., 1864—1865. — Exner: Untersuchungen über die Localisation in der

Grosshirnrinde des Menschen. Wien, 1881. —Highlings Jackson: On affections of speech fromm deseasses of the brain. Brain I i II. — Kahler i Pick: Prager Vierteljahrsschrift, 1879 i Zeitschrift f. Heilkunde, 1880. — Kahler: Casuistische Beiträge zur Lehre von der Aphasie. Prager med. Wochenschrift, 1885. — Mierzejewski· Einfall von Wortblindheit. Petersburskie Towarz. psychiatryczne, 1890. — Nothnagel: Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten. Berlin, 1879. — Spamer: Ueber Aphasie u. Asymbolie. Arch. f. Psychologie VI. – Westphal: Ueber einen Fall von Zerstörung des Schläfelappens durch Geschwulstbildung ohne aphasische Störungen Linkshändigkeit. Berliner. klin. Wochenschrift, 1884. — Strohmayer: Anatomische Untersuchungen der Hörsphäre beim Menschen. Monatschrift f. Psychiatrie u. Neuralgie, 1901. — Voss: Zeitschrift f Ohrenkrankh. T. 41, 1902. — Müller: Zur Lehre vom otit. Gehirnabscess. Archiv f. Ohr. T. 50. — Preysing: Neun Gehirnabscesse im Gefolge von Ohr u. Nasenerkrankungen. Archiv. f. Ohrenkr. T. 51. Z 4. — ordan: Casuistische Beiträge zur Lehre von den intracraniellen Complicationen der Otitis. Archiv. f. Ohr. T. 44. — Schmiegelow: Zeischrift f. Ohrenkr. T. 26. — Moure: Zjazd międzynarodowy w Londynie. Arch. f. Ohr. T. 51. — Kubn: Casuistische Mitteilungen. Zeitschr. f. Ohrenkrank. T. 29. — Grunert: Jahresbericht etc. Archiv. f Ohrenkr. T. 43. str. 16. — Schulze: Beitrag zur Lehre von der otogenen Meningitis auf Grund von Beobachtungen an der Universitätsohr·nklinik zu Halle. Arch. f. Ohrenkr. T. 57 i 58. — Voss: Bericht über die Ohrenklinik. Charité Annal. T. 27. — Merkens: Ueber intracranielle Complicationen der Mittelohreiterung. Deutsche Zeitsch. für Chirurgie. T. 59. — Manasse: Ueber einen geheilten Fall von doppelten Hirnabscess mit Vertrikelfistel. Zeitschrift f Ohr. T. 31. — Spira. Przypadek ropnia pozaoponowego. Przegl. lek., 1903, 46 i 47. — Urbantschitsch: Wykład na posiedzeniu Austryackiego Towarzystwa otologicznego dnia 15 maja 1903 r. Monatsschrift f. Ohrenkr., 1903

IV. Wyciągi.

Grunert. **Granice możliwości operowania zakrzepu zatok pochodzenia usznego.** (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Tom 59). Prócz zatoki poprzecznej dostępną jest do operacyi jeszcze zatoka skalista górna. G. podaje dwa przypadki zakrzepu zatoki poprzecznej prawej pochodzenia usznego, z których w jednym zakrzep sięgał ku dołowi aż do ujścia żyły szyjnej wewnętrznej, w drugim zakrzep dochodził do tłoczni Herophila i przechodził na drugą stronę do lewej zatoki poprzecznej. Oba przypadki skończyły się szczęśliwie. W pierwszym otwarto zatokę poprzeczną i żyłę szyjną wewnętrzną po poprzedniem podwiązaniu jej tuż ponad połączeniem jej z żyłą podobojczykową; w drugim odsłonięto i otwarto zatokę poprzeczną aż do tłoczni Herophila i za pomocą łyżeczki wygarnięto skrzepy z lewej zatoki poprzecznej; podczas zmian opatrunku często wypływała ropa z lewej zatoki poprzecznej przez tłocznię Herophila. Przypadki te są pierwsze w piśmiennictwie, wyleczone przez tak rozległą operacyę. *Dr. Teofil Zalewski.*

Grunert i Schultze. **Sprawozdanie z kliniki usznej w Hali za rok 1902—03** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Tom 59). W sprawozdaniu podany jest między innymi przypadek, w którym na sekcyi stwierdzone gruźlicę opon mózgowych i gdzie prócz tego znaleziono zmiany gruźlicze w uchu środkowem. Za życia dziecko cierpiało na przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego. W przypadku tym punktem wyjścia zakażenia gruźliczego byłoby ucho.
Dr. Teofil Zalewski.

Braunstein. **Wpływ telefonowania na narząd słuchu.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Tom 59). Blake, Lannois, Gellé, Kahn twierdzą, że zawodowe telefonowanie nie wywiera ujemnego wpływu na zdrowy narząd; natomiast na chory wpływa ujemnie. Politzer, Treitel, Urbantschitsch utrzymują, że telefonowanie, szczególnie w tych przypadkach, gdzie to stanowi zawód, wpływa zawsze ujemnie na słuch. Większość tych spostrzeżeń odnosi się do czasów, kiedy w użyciu były przyrządy starego systemu. Braunstein, chcąc przekonać się, czy telefonowanie wpływa ujemnie na narząd słuchu, zbadał za pozwoleniem władzy 160 osobników, zajętych w stacyi centralnej telefonów w Monachium. Nadmienić wypada, że Monachium ma przyrządy najnowszych systemów. Dokładne badanie, które B. przeprowadził za pomocą strojników, mowy cichej i zegarka, nie wykazało, by telefonowanie wpływało ujemnie na słuch: przeciwnie, badanie wykazało, że u osobników, którzy z przyzwyczajenia używali przy telefonowaniu zawsze jednego i tego samego ucha, ucho to po największej części było lepsze; tutaj nastąpił więc jakby instyktowy wybór ucha lepszego do pracy, wymagającej bądź co bądź naprężenia uwagi. Za pomocą wziernika nie znalazł też żadnych zmian, które możnaby uważać za zmiany, powstałe wskutek zawodu. Tak samo badania te nie wykazały, by telefonowanie miało ujemnie wpływać na słuch w tych przypadkach, gdzie stwierdzono dawne zmiany chorobowe. Nie zauważył też B. jakiegoś specyalnego rozdrażnienia nerwowego, o jakiem wspominają dawni autorowie. Jedynie niebezpieczeństwo dla narządu słuchu jest możliwość obrażenia jego przez iskrę elektryczną w czasie niepogody przy telefonach z górnymi przewodami. Przypadki takie były spostrzegane w Monachium tylko w zewnętrznym urzędzie telefonicznym; wewnątrz miasta przewodniki są podziemne. Przy obrażeniu takiem chorzy skarżą się na mniejsze lub większe upośledzenie słuchu i szum; za pomocą wziernika można prócz tego często stwierdzić zaczerwienienie bębenka. Zwykle zaburzenia te znikają w stosunkowo krótkim czasie bez śladu. *Dr. Teofil Zalewski.*

Schultze. **Przyczynek do nauki o zapaleniu opon mózgowych pochodzenia usznego.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Tom 57 i 58). Na zasadzie przypadków, spostrzeganych w klinice usznej w Hali, stara się autor wynaleźć objawy, które przynajmniej do pewnego stopnia pozwoliłyby w odpowiednich przypadkach zrobić rozpoznanie. Na podstawie tych spostrzeżeń przychodzi S. do wniosku, że żaden objaw, spotykany w zapaleniu opon mózgowych, nie jest dostatecznie cechującym dla tej choroby, że jedynie na podstawie grupy objawów można z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem rozpoznać zapalenie opon mózgowych. Do ważnych objawów przy rozpoznawaniu zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego, zalicza S. zaburzenia świadomości, kurcze lub porażenia kończyn. Ważnym objawem jest także stan źrenic i bole głowy, które są nieraz bardzo silne zależnie od stopnia zapalenia. Co do źrenic, to często spotyka się nierówność ich i słabe oddziaływanie na światło. Stan dna oka nie ma znaczenia rozpoznawczego dla zapalenia opon mózgowych; spotyka się bowiem równie często i przy innych sprawach zapalnych wewnątrz czaszki. S. zwraca uwagę na jeden przypadek, w którym na parę dni przed śmiercią wystąpił cukier, a bezpośrednio przed śmiercią białko w moczu; sekcya wykazała zajęcie komory czwartej. Badanie systematyczne słuchu może przyczynić się w wielu przypadkach do łatwiejszego zoryentowania się, może bowiem nieraz wykazać drogę, jaką zapalenie z ucha środkowego przeszło do czaszki. Co do nakłucia lędźwiowego, to klinika w Hali stoi obecnie na tem stanowisku, że zmętnienie płynu mózgowo-rdzeniowego każe się domyślać sprawy zapalnej w czaszcze; poważniejszą staje się sprawa, jeżeli liczba białych ciałek krwi jest zwiększona, lecz dopiero wykazanie obecności bakteryi robi niewątpliwem rozpoznanie ropnego zapalenia opon. Co do zawartości bakteryi w płynie mózgowo-rdzeniowym w przypadkach zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego, to wykazanie ich jest dlatego trudne, że bakterye, zawarte w płynie mózgowo-rdzeniowym posiadają niewiedzieć dlaczego małą zdolność barwienia się. S., chcąc wykazać bakterye w płynie mózgowo-rdzeniowym, barwił preparaty 30 do 40 minut. Co do częstości znachodzenia bakteryi w płynie mózgowo-rdzeniowym w przypadkach zapalenia opon mózgowych, to Braunstein na 25 przypadków tylko w 4 nie znalazł bakteryi. — Co do leczenia, to nie kwestyonując możliwości wyleczenia nawet ropnego zapalenia opon, czy samoistnego, czy drogą operacyjną, S. na zasadzie swoich przypadków uważa wogóle zabieg operacyjny w przypadkach rozwiniętego ropnego zapalenia opon za nieodpowiedni, gdyż w żadnym przypadku niewątpliwie ropnego zapalenia opon nie udało się w klinice w Hali chorego uratować przez operacyę. *Dr. Teofil Zalewski.*

Heichelheim i Kramer. **Wpływ wlewań, zawierających kwas solny, na zawartość pepsyny w treści żołądkowej przy nieżycie zanikowym żołądka** *(achylia)* **i kilka uwag o ilościowem oznaczaniu pepsyny.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 8). Autor spostrzegał klinicznie 60 przypadków z rozpoznaniem „achylia gastrica.“ Tylko $^1/_3$ była na tle raka żołądka. Jeden przypadek pozostaje w obserwacyi przez lat 11 i mimo zupełnego braku kwasu solnego chory w ciągu tylu lat czuje się względnie dobrze. Autorowie w doświadczeniach swoich wlewali od 200—500 sz. ctm. $^1/_{10}$ normal. kwasu solnego do żołądka, wydostawali go potem po $^1/_2$—$^3/_4$ godz., podawali śniadanie próbne i w $^3/_4$—1 godz. znowu wydobywali treść. W części przypadków wlewano kwas solny dopiero po śniadaniu próbnem i wydobywano go po $^3/_4$—1 godz. Do oznaczenia pepsyny uważają za najlepszą metodę Metta. Wyniki otrzymali następujące: 1) Wyraźnej różnicy co do ilości pepsyny w różnego rodzaju „achylii“ — nie zauważono. 2) We wszystkich prawie przypadkach ilość fermentu znacznie zmniejszona, czasami zupełnie brak. 3) Ilość pepsyny pod wpływem wlewań kwasu solnego zwiększa się przeważnie przy rakach, co by mogło przyczyniać się do rozpoznania. 4) Obecność krwi po wlaniu kwasu solnego przemawia za rakiem. *J. Opolski.*

Prof. Hauser. **O kilku doświadczeniach przy stosowaniu sposobu surowiczo-rozpoznawczego dla sądowego ba-**

dania krwi. (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 7). Pierwszy Bordet wykazał, że ze zwierzęcia, któremu wstrzyknięto surowicę krwi z innego gatunku zwierząt, można otrzymać surowicę, wywołującą strąt w surowicy tego drugiego gatunku. Zatem surowica krwi królika, któremu wstrzyknięto surowicę krwi ludzkiej, musi tworzyć strąt z surowicą krwi człowieka. Mając plamy krwi nawet stare, możemy po wytrawieniu ich solą kuchenną orzec, czy to była krew człowieka. W celu otrzymania surowicy doświadczalnej wstrzykuje autor królikom 2 razy w tygodniu przez przeciąg trzech tygodni surowicę ludzką w ilości początkowo 15, potem 20 sz. ctm. Wstrzykiwania robią się albo podskórnie, albo do jamy otrzewnowej. Surowicę krwi ludzkiej otrzymuje się ze zwłok. Stosunek surowicy badanej do doświadczalnej jest 1:30. Jeżeli wynik ma być dodatni, to w ½ godziny najpóźniej przy ciepłocie zalążkowej powinien wystąpić w surowicy osad kłaczkowy, jeżeli jest ze krwi człowieka; podczas gdy dla próby poddana badaniu krew z innych zwierząt pozostanie bez strątu, nawet po 6—8 godzinach, chociaż surowica doświadczalna została dodaną. Do doświadczeń używa się rurek Ziemka. *J. Opolski.*

H. Marx i E. Ehrnroth. **Prosty sposób odróżnienia krwi ludzkiej od zwierzęcej.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 7). Zasuszoną krew rozrabia się z roztworem soli kuchennej 0·6% na szkiełku podstawowem; dodaje się kropelkę krwi własnej i przykrywa się szkiełkiem nakrywkowem. Po 15 minutach, badając pod mikroskopem, zauważymy, że jeżeli badana krew jest zwierzęca, to ciałka czerwone krwi własnej będą pospłaszczane i zbite w kępki; — jeżeli zaś krew była ludzką, to ciałka czerwone ułożą się regularnie. *J. Opolski.*

Prof. Krawkow. **O uśpieniu hedonalo-chloroformowem.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 48). Doświadczenia Łampsakowa, dokonane w farmakologicznej pracowni prof. Krawkowa, wykazały, że hedonal jest skutecznym i nieszkodliwym lekiem nasennym, który przechodzi w ustroju ostatecznie w wodę, mocznik i kwas węglowy. Dzięki zawartości grupy amidowej, hedonal prawie nie wpływa na ciśnienie krwi i czynność oddechową; ośrodek naczynioruchowy ulega wprawdzie porażeniu od dużych dawek hedonalu, lecz czynność serca pozostaje na tyle silną, że ciśnienie krwi pomimo znacznego rozszerzenia naczyń pozostaje bez zmiany. Wymiana gazów pod wpływem hedonalu ulega, jak wykazał w tejże pracowni Głagolew, znacznie mniejszemu zaburzeniu, niż po innych lekach nasennych, zwłaszcza zawierających grupę chlorku, np. wodnik chloralowy. Od czasu tych badań Krawkow przy wiwisekcyach zastąpił hedonalem inne środki usypiające. Przekonawszy się o dodatnich stronach działania hedonalu, Kr. powziął myśl zastosowania go u ludzi. Ponieważ jednak uśpienie ludzi wymagałoby dużych dawek leku, postanowił K. stosować uśpienie mięszane, mianowicie połączenie hedonalu z chloroformem. Hedonal, porażając ośrodkowy układ nerwowy, miał ułatwiać działanie chloroformu. Można było przypuszczać, że uśpienie nastąpi w tych warunkach szybciej, bez okresu podniecenia i od mniejszych ilości chloroformu i że porażający wpływ chloroformu na ośrodki oddechowy i naczynioruchowy oraz na sploty ruchowe serca będzie znacznie słabszy. Gdy doświadczenia na psach stwierdziły te nadzieje, przedstawił Krawkow te wyniki prof. Fedorowowi, który zaczął stosować uśpienie hedonal-chloroformowe w swej klinice. Na godzinę przed operacyą podaje się choremu, leżącemu w pokoju sąsiednim z salą operacyjną, 1,0—3,0 hedonalu. Wskutek słabej rozpuszczalności tego przetworu należy go popijać gorącą wodą lub herbatą. Po upływie godziny chorego chloroformuje się. Uśpienie następuje tem prędzej, im silniej zadziałał hedonal; nieraz już po 2—3', czasami zaś już po pierwszych wdechach chloroformu chory zapada w stan zupełnego uśpienia, w przeważnej liczbie przypadków bez okresu podniecenia; nawet u alkoholików stan podniecenia jest bardzo nieznaczny, a czasami podniecenia nie było wcale. Uśpienie przebiega równomiernie, tętno przedstawia się pełnem, miarowem, nawet podczas operacyi długotrwałej (2—2½ godziny) i u chorych wyniszczonych, niedokrwewnych i cierpiących na zapalenie śródsierdzia U niektórych operowanych tętno podczas operacyi i w dniach następnych było pełniejsze i równiejsze, niż przed operacyą. Ilość zużywanego chloroformu podczas uśpienia metodą Krawkowa jest o wiele mniejszą, niż w razie uśpienia wyłącznie chloroformowego: w niektórych przypadkach na 1 godzinę uśpienia zużywano u osoby dorosłej mniej, niż 10,0—15,0 chloroformu. Chorzy budzą się ze snu czasem stosunkowo szybko, czasem zaś po kilku godzinach; przez cały ten czas czynność serca przedstawia się bardzo dobrze. Sen jest wzmacniający. Żadnych ubocznych objawów lub powikłań następowych (wymioty, żółtaczka i t. d.) nie spostrzegano. Na podstawie tych spostrzeżeń klinicznych K. poleca gorąco stosowanie mięszanego uśpienia hedonal-chloroformowego podczas operacyi u ludzi. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Prof. Razumowski. **W sprawie leczenia chirurgicznego zwężeń jelita cienkiego.** (*Russkij Chirurgiczeskij Arch.*, 1903, z. 1). Prof. Razumowski (Kazań) opisuje 2 przypadki zwężenia jelita cienkiego (w jednym przypadku pochodzenia gruźliczego, w drugim kiłowego), w których wykonał enteroanastomozę. Zdaniem jego przewaga resekcyi, polegająca na doszczętnem usunięciu przyczyny zwężenia, jest czysto złudną, ponieważ cel ten trudno osiągnąć, zwłaszcza, gdy zważymy, że oprócz ściany jelita mogą być zajęte i gruczoły krezkowe. Zresztą prof. R. mniema, że usunięcie z ustroju całego ogniska gruźliczego nie jest niezbędnem, ponieważ gruźlica odznacza się skłonnością do rozwoju wstecznego. Enteroastomoza zaś wytwarza warunki, sprzyjające dla podobnego rozwoju, ułatwia bowiem i podnosi odżywienie chorego i jednocześnie znosi podrażnienia mechaniczne i chemiczne, którym ulega zajęta sprawą gruźliczą część jelita. Wobec tych rozumowań uważa autor enteroanastomozę jako operacyę nie tylko „paliatywną“ w zwężeniach gruźliczych jelita cienkiego, lecz i jako doszczętną, przynajmniej dla wielu przypadków. (Jakkolwiek w piśmiennictwie są spostrzeżenia, np. 2 przypadki Hahna, ogłoszone przez Sörensena, wykazujące wsteczny rozwój sprawy gruźliczej w jelitach cienkich po enteroanastomozie, pomimo to jednak trudno się zgodzić z zapatrywaniem prof. Razumowskiego: resekcyę należy przekładać zawsze, jako operacyę doszczętną. I tylko w tych razach, gdzie chirurg spotyka niepokonalne trudności w jej wykonaniu, lub tego wymaga ogólny stan chorego, lub wreszcie zwężenia są liczne i rozsiane na ogromnej przestrzeni jelit cienkich, pozostaje ograniczyć się, zgodnie z Mikuliczem, do enteroanastomozy, — operacyi właściwie łagodzącej, a nie doszczętnej. *Przypisek sprawozdawcy*). *Witold Orłowski* (Ptbg).

Exner. **Leczenie raka przełyku promieniami radu.** (*Wien. klin. Wochenschrift*, 1904, Nr. 4). Leczenie raka przełyku jest obecnie li tylko łagodzące: robi się przetokę żołądkową lub zgłębnikuje się w celu rozszerzenia światła przełyku. Próby robione w ostatnich czasach z promieniami radu wykazały, że pod wpływem tych promieni niszczeje tkanka rakowa. Tę właściwość promieni radu zastosował autor w przypadkach raka przełyku, gdzie należało leczyć tylko zgłębnikowaniem, mianowicie przymocowywał do końca zgłębnika kapslę z twardej gumy, zawierającą małą ilość radu. Średnica tej kapsli odpowiadała zgłębnikowi Nr. 16. W sześciu przypadkach zgłębnikował autor narzędziem, zaopatrzonem w kapslę z radem i w każdym zauważył rozszerzenie miejsca zwężonego, które to rozszerzenie utrzymywało się, mimo że kilka dni z rzędu nie zgłębnikowano, podczas gdy przy zwyczajnem zgłębnikowaniu już bardzo krótka przerwa daje opór przy przechodzeniu zgłębnika, którym ostatni raz zgłębnikowaliśmy. Jest tu i pewne niebezpieczeństwo, mianowicie przy zastosowaniu za wielkiej dawki radu można sprowadzić lub przyspieszyć przedziurawienie przełyku. Zaletą zaś jest to, że chory choć na pewien czas jest wolny od zgłębnikowania. *B. Żmigród.*

Müller. **Przypadek torbiela ropnego na tle pneumokokowem.** (*Münch. medic. Wochenschrift*, 1904, 7). U chłopczyka 4-letniego zauważono w okolicy pachwinowej prawej na górnym końcu sznurka nasiennego pod skórą miękki guzek, wielkości orzecha laskowego; guzek ten dawał się odprowadzać, przy parciu jednak znów się zjawiał. W przeciągu dwóch miesięcy urósł tak dalece, że zajmował zupełnie prawą stronę worka mosznowego; jak powiedzieliśmy, dawał się odprowadzać, lecz pod paskiem przepuklinowym nie można go było utrzymać. W jakiś czas potem nastąpiło zaostrzenie sprawy nerkowej, na którą chory cierpiał (po płonicy), z gorączką, nadto wystąpiły objawy ze strony płuc, które wzięto za obrzęk płuc. Strona prawa worka mosznowego stawała się coraz większa, bardziej napięta, skóra nad nią była sino-czerwona, treść guza nie dawała się już odprowadzić, a ponieważ chory wymiotował, przypuszczano, że nastąpiło uwięźnięcie przepukliny. Badanie w klinice, w której autor pracuje, wykazało wodniaka i zapalenie jądra; przy nacięciu zaś guza wydobyła się początkowo ciecz jasna, później gęsta, białawo-żółta ropa. Badanie bakteryologiczne tej ropy tak drobnowidowe, jak i w hodowli wykazało czystego pneumokoka Fränkla. Autor przypuszcza, że w przypadku tym chory na torbiel przebył zapalenie płuc, które wzięto za obrzęk płuc i które spowodowało zaostrzenie sprawy nerkowej, a treść torbiela została zakażoną pneumokokiem. Należy to do wielkich rzadkości, nawet tam, gdzie stan taki najczęściej spotykać się powinno, jako dalszy ciąg zapalenia otrzewnej na tle pneumokokowem przy otwartej osłonie pochwowej i takiego przypadku autor nie znalazł ani jednego w piśmiennictwie. Natomiast podobnych do opisanego naliczono trzy przypadki, jako powikłanie zapalenia płuc. *B. Żmigród.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dormiol. (*Deutsche Praxis*, Nr 21, 1903). Dr. W. Wild podaje wyniki, jakie osiągnięto u 60-ciu chorych zapomocą dormiolu. Podawano kapsułki po 0·5, a następnie 5% rozczyn wodny, przyrządzony ze znajdującego się w handlu 50% rozczynu; podawano łyżkami w 1/2 szklanki wody bez poprawy smaku. Skuteczność oceniano według trwania snu w ten sposób, iż sen 5-godzinny przyjmowano jako wynik dodatni. Działanie uboczne dormiolu występowało przeważnie jako zaburzenia w układzie nerwowym (bóle głowy, zawroty, szum w uszach, niepokojące sny); spostrzegano również chorobowe objawy żołądkowo-jelitowe (wymioty, nudności, bole brzucha, biegunka). Na podstawie tych doświadczeń uważa Wild dormiol za dobrze działający lek nasenny, bez szczególnie przykrych objawów ubocznych i następowych, skutkiem czego zasługuje na polecenie w rozlicznych przypadkach bezsenności, nawet wysokiego stopnia. Dodać należy, iż nawet po dłuższem stosowaniu nie można było stwierdzić szkodliwego wpływu, ani przyzwyczajenia się i że u kilku chorych, u których dormiol pozostał bez skutku, nie pomagał także trional. *Baschkopf.*

Urstein. **Doświadczenia kliniczne z isopralem, nowym środkiem nasennym.** (*Die Therapie der Gegenwart*, 1904, zeszyt II). Isopral (*trichlorisopropylalkohol*) jest to przetwór spokrewniony z wodnikiem chloralu, o woni kamforowej i aromatycznym, a nieco ostrym smaku, rozpuszczalny w wodzie, w wyskoku i eterze. W doświadczeniach na psach okazał się lekko wessalnym i przy znacznie mniejszych własnościach trujących, szczególnie dla serca, przynajmniej dwa razy jest skuteczniejszy, niż wodnik chloralu. Isopral podaje się w proszkach po 0·5—0·75, rzadko 1·0, a wyjątkowo 2·0 bez skutków szkodliwych. O wiele wygodniejsze są kołaczyki po 0·25 i 0·5. Już po upływie 10—30 minut chorzy zapadają w głęboki, przyjemny i spokojny sen, trwający 6—10 godzin. W bardzo ciężkich przypadkach bezsenności, w których isopral pozostał bezskuteczny, trional i weronal w dawkach dwugramowych również zostały bez skutku i pokazało się wogóle, że isopral przewyższa trional i działa na równi z weronalem. Działania zbiorowego isopral, zdaje się, nie posiada; przyzwyczajenia do środka tego również nie zauważono, przeciwnie, nieraz można było nawet zmniejszyć powoli dawki do 0·25 z dobrym skutkiem. Isopral jest przeciwwskazany w chorobach serca i naczyń. Szkodliwych wpływów ubocznych nigdy nie zauważono i tylko wyjątkowo chorzy się skarżyli na osłabienie, ból głowy lub ospałość. Isopral jest zatem nieszkodliwym środkiem nasennym, który wprawdzie w bardzo ciężkich przypadkach bezsenności i rozdrażnienia nieraz nie dopisuje, jednak w lżejszych i średnich przypadkach oddaje świetne usługi. *Dr. Fels.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 9 marca 1904 r.

Przewodniczy kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 30.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Wybrano delegatami na międzynarodowy Zjazd higieny szkolnej w Norymberdze kolegów: Biera, prof. Bujwida, prof. Jordana i Jana Landaua.

III. Kol. prof. Bujwid wygłosił zapowiedziany odczyt: „O doświadczeniach nad gruźlicą ludzką u bydła“. (Rzecz przeznaczona do druku). Na wstępie zaznacza prelegent, że wobec teoryi, wypowiedzianych przez Kocha i Behringa, upadłyby wszystkie dotychczasowe wyniki badań naszych nad gruźlicą, gdyby jedna teorya nie przeczyła drugiej i gdyby się w ten sposób wzajemnie nie zwalczały. Koch twierdzi, że gruźlica bydlęca nie przenosi się na człowieka, a więc, że niebezpieczeństwo z użycia mleka krów gruźliczych nie istnieje. Behring całe niebezpieczeństwo upatruje właśnie i jedynie w zakażonem mleku.

Doświadczenia, wykonane przez prelegenta na 6 jałówkach (z tego 3 zostały użyte do kontroli), stwierdzają, że gruźlica ludzka przy karmieniu plwociną zakaża przewód pokarmowy i pojawia się w gruczołach krezkowych. Zwierzęta oddziaływują na tuberkulinę. Później gruźlica ma skłonność do samoistnego wyleczenia, może po części skutkiem wpływu tuberkuliny. Stopień jednak zakażenia bywa różny. U innych badaczy, jak to widać z danych, przytoczonych na Zjeździe w Brukseli i z piśmiennictwa ostatnich czasów, coraz więcej jest doświadczeń, które wskazują na przeszczepialność gruźlicy ludzkiej na zwierzęta (krowy); często następuje uogólnienie gruźlicy z wyniszczeniem śmiertelnem. Podobnie mnożą się spostrzeżenia nad zakaźnością mleka gruźliczych krów, które wytwarza pierwotną gruźlicę kiszek i gruczołów krezkowych. Taka gruźlica najłatwiej daje się przeszczepić na cielęta, co jest więc jeszcze jednym dowodem obopólnego przenoszenia się gruźlicy bydlęcej na człowieka i odwrotnie. Wszyscy badacze zgadzają się, że gruźlica bydlęca (perlica) jest silniejszą od ludzkiej i wywołuje u bydląt zakażenie stałe. Co do teoryi Behringa, to rozstrzygnięcie jej zależeć będzie od dalszych spostrzegań klinicznych. Dotychczasowe badania nie stwierdzają jej prawdziwości.

W dyskusyi kol. Droba zwraca przedewszystkiem uwagę na doświadczenia Karlińskiego, ogłoszone w »Przeglądzie weterynarskim« w r. 1901. Wspomniany autor szczepił gruźlicę ludzką różnego pochodzenia i w rozmaity sposób: podskórnie, śródotrzewnowo, do płuc, do tchawicy, do worka opłucnowego, do wymion, do jąder; używał do szczepienia hodowli, próbowanych poprzednio w razie potrzeby na świnkach lub też tkanek gruźliczo zmienionych. Do doświadczeń użył 25 cieląt, uznanych zapomocą poprzedniego szczepienia tuberkuliną za wolne od zmian gruźliczych. U 10-ciu z nich stwierdził autor zmiany gruźlicze, umiejscowione bądźto tylko około miejsca szczepienia, bądź też zajmujące bliższe lub i dalsze gruczoły chłonne. Zmiany gruźlicze występowały najwyraźniej po wstrzykiwaniach śródotrzewnowych i śródopłucnowych. Przy ocenianiu zmian nie poprzestawał na badaniu makroskopowem, lecz badał mikroskopowo, bakteryologicznie i doświadczalnie, szczepiąc zmienione tkanki świnkom morskim. Autor dochodzi do przekonania, że bydło jest odporne na gruźlicę ludzką, lecz że ta staje się jadowitszą przez przeprowadzenie przez krowy. I tak jedna z hodowli przeprowadzona przez jedną krowę, wywołała u drugiej znacznie wcześniej zakażenie. Z innych badań podnieść należy doświadczenia Ravenela, który celem rozstrzygnięcia, czy gruźlica bydlęca przenosi się na człowieka i czy stanowi rzeczywiście poważne źródło zakażenia dla ludzi, przedsięwziął szereg doświadczeń, w których drogą porównania jadowitości gruźlicy ludzkiej i bydlęcej względem rozmaitych zwierząt usiłował znaleźć odpowiedź na postawione pytania. Doświadczenia te rozpadają się na dwie grupy: jedna grupa zwierząt, szczepionych równolegle hodowlami gruźlicy ludzkiej i hodowlami gruźlicy bydlęcej; drugą grupę zwierząt szczepiono równolegle wytworami gruźliczymi pochodzenia ludzkiego i zwierzęcego, starając się w obu grupach o to, by szczepienie gruźlicy ludzkiej odbywało się w możliwie tych samych warunkach, co i szczepienie gruźlicy bydlęcej, a więc obok równego dawkowania, wybierania jednego i tego samego miejsca szczepienia, starano się, by zwierzęta, używane do równoległych szczepień, pochodziły możliwie z jednego pomiotu, były równej wielkości, wagi i t. d. Używano do tych doświadczeń świnek morskich, królików, psów, koni i świń. Z 18 zwierząt, szczepionych hodowlami gruźlicy bydlęcej, padło 15, a 3 dobito; z 18 zwierząt, szczepionych hodowlami gruźlicy ludzkiej padło 7, a 11 dobito. Z 12 zwierząt, szczepionych wytworami gruźliczymi bydlęcego pochodzenia, padło 10, z 14 zwierząt, szczepionych wytworami gruźliczymi ludzkiego pochodzenia, padło 8, a 6 dobito. Wogóle zwierzęta szczepione gruźlicą bydlęcą, padały wcześniej, niż zwierzęta szczepione gruźlicą ludzką, z wyjątkiem świń, zachowujących się jednakowo tak względem gruźlicy ludzkiej, jak i bydlęcej i wogóle wrażliwych na obie odmiany i z wyjątkiem psów, które okazały się więcej wrażliwymi na gruźlicę ludzką, niż na bydlęcą. Obok tego podnosi autor szczegół ciekawy, mianowicie, że jedna z hodowli gruźlicy ludzkiej, wcale nie jadowita dla królika, a mniej jadowita dla świnek morskich od gruźlicy bydlęcej, po przeprowadzeniu przez świnię okazała się więcej jadowitą dla świnki i królika, niż gruźlica bydlęca.

Wyniki komisyi, wydelegowanej pod przewodnictwem Kossela do powtórzenia doświadczeń Kocha i Schütza, przedstawiają się w następujący sposób: autorowie używali jedynie hodowli w ilości 0·05 grm., które wstrzykiwali pod skórę bydłu rogatemu. Z siedmiu hodowli gruźlicy bydlęcej, z których 4 wyhodowano z bydła rogatego, 3 zaś ze świń, dwie wywołały gruźlicę ostrą, 4 zaś gruźlicę przewlekłą, jedna nie dała gruźlicy. Z 39 hodowli gruźlicy ludzkiej, otrzymanych z gruźliczych ognisk różnych narządów u dzieci i dorosłych,

cztery wywołały u bydła gruźlicę ogólną, identyczną do zmian, wywołanych przez gruźlicę bydlęcą 7 gruźlicę miejscową z zajęciem gruczołów chłonnych, reszta dała tylko zmiany miejscowe, mniej lub więcej rozwinięte, bez zajęcia sąsiednich gruczołów chłonnych Komisya mimo to dochodzi do wniosku, że aczkolwiek gruźlica ludzka może być jadowitą dla bydła, to jednak jest różną od gruźlicy bydlęcej.

Same doświadczenia Kocha i Schütza, na podstawie których Koch na Zjeździe w Londynie ogłosił swe wnioski ogólnie znane, kryją w sobie, jak to podnoszą bardzo poważni badacze, niedokładności: nierówne warunki, wśród których szczepiono zwierzętom gruźlicę ludzką i bydlęcą, wcale nie dowodzą, by gruźlica ludzka nie dała się przeszczepić na bydło. Wogóle wszystkie przytoczone doświadczenia i szereg innych dowodzą jednego, mianowicie, że gruźlica bydlęca jest jadowitszą dla bydła i zwierząt trawożernych, niż gruźlica ludzka, gdyż n. p. o świniach i psach, które są wszystkożernymi, tego powiedzieć nie można (Ravenel), i dalej, że gruźlica bydlęca u tych zwierząt rozwija się znacznie prędzej, niż gruźlica ludzka. Mimo to jednak gruźlica ludzka w pewnych warunkach zdolną jest wywołać u bydła rogatego gruźlicę ogólną (Kossel), zupełnie analogiczną do gruźlicy bydlęcej. Ale i gruźlica bydlęca nie we wszystkich przypadkach zdolną jest wywołać zmiany u bydła rogatego, co da się wytłómaczyć indywidualną odpornością, która podobnie u bydła jak i u ludzi, odgrywać musi ważną rolę. Jeżeli do szczegółów podniesionych powyżej doda się szereg szczegółów, znanych już dawniej, mianowicie, że gruźlica bydlęca, hodowana dłuższy czas w ustroju ptaków, traci jadowitość dla świnek morskich i królików, że gruźlica ptasia, bardzo mało jadowita dla królików, nabywa dużej jadowitości względem nich, gdy się ją przeprowadzi przez szereg królików; jeżeli się dołączy doświadczenia Nocarda, który gruźlicę ludzką przez hodowanie jej w woreczkach kolodionowych przez 4 miesiące w jamie otrzewnej koguta zmienił tak, że ta i morfologicznie i cechami hodowlanemi nie różniła się od gruźlicy ptasiej, a nadto stała się jadowitą dla ptaków (gruźlica ludzka nie jest wcale lub bardzo mało jadowitą dla ptaków, wyjątek stanowią papugi, które są bardzo wrażliwe na gruźlicę ludzką) i jeżeli się uwzględni, że gruźlica ptasia po przeprowadzeniu przez szereg świnek morskich nabiera własności gruźlicy ludzkiej, dalej — że z ognisk gruźliczych u ssaków udawało się wyosobnić gruźlicę o charakterze gruźlicy ptasiej, słowem: jeżeli się to wszystko uwzględni, musi zwyciężyć przypuszczenie, że nie tylko gruźlica ludzka i bydlęca morfologicznie i cechami hodowli zupełnie są do siebie podobne, ale i gruźlica ptasia, której cechy hodowlane różnią się dość wybitnie od pierwszych, stanowią jeden gatunek i że różnice, występujące w hodowlach i w stopniu jadowitości względem różnych zwierząt, są cechami przypadkowemi, będącemi wynikiem mniejszego lub większego przystosowania się do mniej lub więcej różnych ustrojów zwierzęcych takich, jak trawożerne, mięsożerne, wszystkożerne. Dalej, należy uwzględnić, że gruźlica, jak to z coraz liczniejszych doniesień wynika i jak to zresztą musi spostrzedz każdy, kto dłużej się zajmował gruźlicą, działa odmiennie na ustrój zwierzęcy, niż właściwe *bacteriaceae*, że przeciwnie sposób działania jest zupełnie analogiczny do działania promienicy, co do której dziś niema wątpliwości, że należy do »mucedineae«, a nie do »bacteriaceae«. Jeżeli zatem gruźlica stoi wyżej w układzie i ma tem samem wyższą organizacyę, niż najprostsze formy »bacteriaceae«, musi i przyzwyczajanie się jej do różnych warunków bytu być trudniejszem i występować powolniej, niż u »bacteriaceae«. Przypuszczenie to potwierdzają wymienione wyżej fakta, a najwyraźniej przemawia za tem doświadczenie Nocarda z gruźlicą ludzką, hodowaną w woreczku kolodionowym w otrzewnej koguta. Tak też dalsze doświadczenia, wykonane w celu ostatecznego rozstrzygnięcia tożsamości gruźlicy ludzkiej i bydlęcej, mogą znaleźć środek pomocniczy w doświadczeniu Nocarda z jednej strony, a z drugiej w wyborze zwierząt, przy którym powinno się zwracać uwagę na bliższe i dalsze pokrewieństwo gatunkowe, a także na cechy tego rodzaju, jak wszystkożerne, mięsożerne.

Kol. Gertler podnosi, że przytoczone przez kol. prof. Bujwida doświadczenia, wykonane były przeważnie materyałem, pochodzącym z gruźlicy przewodu pokarmowego dzieci. U szczepionych zwierząt powstawała gruźlica, kończąca się częstokroć zejściem śmiertelnem. Możnaby przyjąć, że prątki gruźlicze bydła zostały wzmocnione przez pobyt w ustroju ludzkim. Ciekawe byłyby doświadczenia, przeprowadzone materyałem, pochodzącym nie z przewodu pokarmowego, lecz z gruczołów szyjnych dzieci, w których bardzo często powstają zmiany wskutek dostania się prątków gruźliczych przez jamę ustną lub migdałki w ten sposób, że dzieci bawiące się w otoczeniu chorego na gruźlicę rękami zanieczyszczonemi wprowadzają do ustroju ludzkie prątki gruźlicze.

Zdaniem kol. Eisenberga należy w sprawie pytań, podniesionych przez Kocha, rozróżnić dwa odrębne zagadnienia: jedno teoretyczne co do tożsamości gruźlicy ludzkiej i bydlęcej, drugie praktyczne co do środków zapobiegawczych wobec mleka krów gruźliczych, dwa pytania, które oddzielnie muszą być roztrząsane. Pierwsze pytanie przy obecnym stanie nauki wogóle może rozstrzygnąć się nie da, gdyż pojęcie gatunku, z trudem zdobyte przez bakteryologię przed laty 30 w walce o sprawę samorództwa, nie da się utrzymać wobec obecnych wiadomości naszych mikrobiologicznych o zmienności i niezwykłej zdolności przystosowawczej bakteryi. Czy gruźlica ludzka, bydlęca, ptasia i t. d. przedstawiają tyleż odmian biologicznego przystosowania jednego gatunku do różnych ustrojów, czy też może gruźlica ludzka jako mniej jadowita z trudnością daje się zaszczepić bydłu (co nie wykluczałoby przeszczepialności z bydła na człowieka), oto pytania, które na razie można tylko postawić; odpowiedź na nie po części musi zależeć od określenia, jakie się uznaje dla gatunku czy odmiany. Co do drugiego pytania, to przedewszystkiem wbrew Kochowi należy podnieść, że trudna przeszczepialność gruźlicy ludzkiej na bydło bynajmniej nie daje pewności, że gruźlica bydła jest dla człowieka nieszkodliwą. Przeciwnie, stwierdzona w ostatnich czasach względna częstość gruźlicy pierwotnej w zakresie przewodu pokarmowego u ludzi (około 6%), a zwłaszcza u dzieci (około 25% wszystkich przypadków gruźlicy, według Hellera i Wagenera, oraz Fibigera i Jensena) wprost zdaje się przeczyć twierdzeniu Kocha. Zastrzedz się jednak należy, że przeszczepialność gruźlicy, pochodzącej z pierwotnych zmian w przewodzie pokarmowym, a nawet znaczna jej jadowitość dla cielął, nie może służyć za dowód przeszczepialności gruźlicy ludzkiej na bydło, gdyż mogłaby to być poprostu gruźlica bydlęca, która się przyjęła u człowieka i którą napowrót szczepimy bydlęciu. W takim jednak razie upadłoby twierdzenie Kocha co do nieszkodliwości gruźlicy bydlęcej dla człowieka i, bądź co bądź, aż do zasadniczego rozstrzygnięcia tych pytań przestrzeganie dotąd ogólnie uznanych środków ostrożności wobec mleka będzie dla higieny najodpowiedniejszem stanowiskiem.

Prof. W. Kleck i omawia sprawę częstości zmian gruźliczych wymion.

Kol. prof. Nowak, powracając do prac Karlińskiego podnosi, że badania tego autora, a szczególniej podane w pracy drugiej, ogłoszonej w zeszłym roku, a wykonane na 14 sztukach bydła rogatego, dużo rzucają światła na stosunek laseczników gruźlicy ludzkiej do bydła rogatego. Wykazał on w nich mianowicie, że gruźlica ludzka daje się przenosić na bydło rogate, przyczem zakażenie dotyczy głównie gruczołów chłonnych, jeżeli zaś powiększyć jadowitość zarazka gruźlicy ludzkiej, przeprowadzając go n. p. przez świnki morskie lub bydło rogate, to można nim wywołać u bydła rogatego gruźlicę ogólną. Na małej wrażliwości bydła rogatego wobec osłabionego dłuższą hodowlą zarazka gruźlicy ludzkiej, oparł Behring swój pomysł uodporniania bydła przeciw gruźlicy. Doświadczenia własne — szczepił dotychczas metodą Behringa 86 cieląt — przekonały mowcę, że cielęta znoszą bardzo dobrze pewne ilości gruźlicy ludzkiej niewzmocnionej, wprowadzone do krwiobiegu. Dalsze doświadczenia pouczą o wartości uodporniania metodą Behringa. Co do gruźlicy wymion, to zauważyć należy, że jest ona u nas dosyć rzadką. Szczepiąc tuberkuliną, miał mowca sposobność zbadania w tym kierunku około 2000 krów, a nie napotkał ani razu gruźlicy wymion. W przypadkach podejrzanych badał mleko zapomocą doświadczenia na zwierzętach w kierunku obecności prątków gruźliczych, zawsze z wynikiem ujemnym.

Czy zapomocą formaliny, według metody podanej przez Behringa, można skutecznie zabijać prątki gruźlicze w mleku, wydaje się być rzeczą wątpliwą. Mowca rozpoczął nad tą sprawą badania ścisłe i po ukończeniu zda z nich sprawę, gdyż rzecz jest ważną.

Kol. prof. Bujwid zaznacza wreszcie, że widział u Nocarda przypadek gruźlicy ptasiej, przeniesionej na człowieka przez zakażenie przypadkowe. Sprawa przebiegała lekko, hodowla stwierdziła gruźlicę ptasią. Robiąc doświadczenia z mlekiem krów gruźliczych, mógł prelegent zauważyć nieszkodliwość zupełną mleka krów, których wymiona

były zdrowe; nie zgadza się więc na poglądy przeciwne. Nawet chore wymię zakażać będzie tylko wówczas, gdy przyjdzie w niem do rozpadu ogniska gruźliczego. W mleku i maśle targowem w Krakowie gruźlica jest rzadką. W doświadczeniach, wykonanych z kol. Nitschem, znalazł mowca na 30 prób mleka 1 raz gruźlicę (stwierdzoną szczepieniem na świnkach), na 22 prób masła również tylko raz. Gruźlica w mleku u nas jest rzadką, gdyż mleko nie jest tak często zmieszanem od wielkiej ilości krów, jak się to dzieje w Niemczech. Na podstawie własnych doświadczeń z tuberkuliną u krów, wprowadzonych od r. 1895 po raz pierwszy przez siebie do Galicyi, prelegent sądzi, że gruźlica w ten sposób łatwo się da wytępić. Dalsze doświadczenia nad gruźlicą wykażą niewątpliwie pewne strony dotąd nieznane. Badając wpływ suszenia w powietrzu na bakterye, zawarte w plwocinie, mowca wspólnie z kol. Nitschem znalazł niejednostajną odporność różnego pochodzenia bakteryi. W jednej plwocinie już po 1 dniu suszenia w ciemności, bakterye zostały zabite. W innych trzeba było niejednostajnie długiego czasu. *(Streszczenia własne).*

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 14 lutego 1904 r.

I. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia przedstawia kol. Reiss chorego z wrzodem żrącym policzka *(ulcus rodens faciei)* i zaznacza, że nawet w przypadkach *epithelioma benignum* leczenie powinno polegać na radykalnej i wczesnej operacyi; inne zabiegi rzadko bywają stosowane z pomyślnym skutkiem, z tych za najlepszą jeszcze uchodzi metoda Truneček-Czernyego i tę obecnie ma tu zamiar zastosować. Kol. Steuermark nadmienia, że w skuteczność tej metody ma mało wiary; a jeżeli chcemy podobne cierpienia leczyć na drodze bezkrwawej, to najlepiej nadają się te przypadki do leczenia naświetlaniem.

Dalej przedstawia kol. Reiss chorego, u którego na kończynach i w okolicy wyrostka mieczykowatego znachodzimy duże guzy, dochodzące do wielkości jaja kurzego, okazujące wybitne chełbotanie. Nadto oba jądra są twarde, powiększone, prawie nie bolesne z małą przetoką w okolicy jądra lewego; staw skokowy nogi prawej obrzękły, wreszcie w okolicy grzebienia goleni znajduje się owrzodzenie wielkości dłoni dziecka. Zmiany te przemawiają za kiłą, coby potwierdzała i ta okoliczność, że po wykonaniu nakłucia z jednego guza dała się wypuścić treść klejowata, a nie ropna. Wreszcie i wyłączne zajęcie jąder, a nie przyjądrzy, również przemawia za powyższem rozpoznaniem. Płuca bez zmian. W dyskusyi zabiera głos kol. Borzęcki.

II. Kol. Borzęcki przedstawia chorego, leczonego już od miesiąca bez żadnych dodatnich wyników. Zmiana chorobowa w postaci nacieku zbitego zajmuje nietylko skórę, ale i warstwy głębsze całej wargi i część brody aż do lewego kąta szczęki dolnej. Liczne otwory odpowiadają kanałom, biegnącym w różnych kierunkach, z których za uciskiem wylewa się obficie ropa; cała zresztą tkanka jest silnie naciekła. Rozpoznanie trudne wahać się musi pomiędzy kiłą i promienicą; klinicznie obraz chorobowy bardzo zbliżony do kiły. Nie można wykluczyć również nowotworu, za którym przemawiać się zdaje twardość nacieku. Kiłę wykluczono po zupełnie bezskutecznem leczeniu przetworami jodu. Promienicy nie zdołano dotychczas wykazać drobnowidowo. Kol. Rutkowski przypuszcza sprawę nowotworową i badanie w tym kierunku jest w toku. Kol. Reiss zaznacza, że promienicy tak łatwo wykluczyć nie może, sam bowiem przed kilku laty spostrzegał przypadek, w którym wielokrotne badania w kierunku promienicy były ujemne, a w końcu dopiero w trzecim tygodniu udało się znaleźć w ropie typową grudkę promienicy.

Dalej przedstawia kol. Borzęcki chorego, u którego na skórze tułowia i kończyn istnieje powierzchowny naciek o brzegach lekko wyniosłych, szerzących się ku obwodowi w liniach łukowych, a o powierzchni w środku zanikłej, bliznowatej. Sprawa trwa od lat 15. Naciek szerzy się ku obwodowi, a ginie w środku, powodując zanik skóry. Rozpoznaje tu kiłę, jako *syphilis tuberosa, lioderma syphilit.* Choremu od 10 dni podaje się jod i obecnie wyniosłości na brzegach nieco się pospłaszczały, coby przemawiało za powyższem rozpoznaniem. Kol. Krzyształowicz oświadcza, że obecnie widzi istotnie małe przypłaszczenie nacieków, ale to mogło i bez względu na jod nastąpić; za kiłą wprawdzie przemawia dziwny kształt brzegów, przeciwko ile może czas trwania sprawy chorobowej; koledze Krzyształowiczowi przedstawia się ta rzecz, jako *parapsoriasis Brocqa,* albo według Unny *parakeratosis variegata,* co niektórzy identyfikują z *lichen planus atrophicus.* Kol. Reiss zwraca uwagę, że zmiany zanikowe w partyach środkowych są tylko do pewnego stopnia złudzeniem optycznem, boć przecież skóra *in toto* nie jest prawidłową, lecz przedstawia typowy obraz *atrophia cutis senilis.*

III. Kol. Reiss przedstawia chorego z *keloides multiplices cutis,* znanego już z posiedzeń zeszłorocznych. Wówczas stosowano thiosinaminę, bez widocznego polepszenia. Obecnie guzy w wielu miejscach znacznie większe; prócz nich widać mnóstwo nowo pozostających bliznaków jeszcze płaskich o barwie perłowej. Teraz zastosuje też thiosinaminę przez czas dłuższy, jedynie dla wypróbowania tego środka.

IV. Kol. Borzęcki przedstawia chorego ze sprawą nowotworową pęcherza i zwężeniem cewki. Po wprowadzeniu zgłębnika czuje się na ścianach pęcherza wybitne nierówności, niebolesne, których jednak obecnie dokładnie wybadać nie można, bo zwężenie cewki nie pozwala na wprowadzenie cystoskopu. Kol. Reiss sądzi, że idzie tu z wielkim prawdopodobieństwem o brodawczaki, za czem przemawia wiek młody chorego.

V. Kol. Reiss przedstawia chorego z *lues gummosa maligna praecox.* Zakażenie kiłą przed trzema laty. Obecnie widzimy obok świeżych owrzodzeń natury niewątpliwie kiłowej bardzo liczne blizny po kilakach, porozrzucane po całej skórze.

Dalej przedstawia kolega Reiss znanego już chorego z *lues papulosa lenticularis,* u którego po ośmiu wstrzyknięciach po 0·12 salicylanu rtęci wszystkie nacieki ustąpiły, pozostały tylko plamy silnie zabarwione. W dyskusyi przemawia kol. Borzęcki.

VI. Kol. Borzęcki przedstawia chorą z *lues papulo-squamosa lenticularis,* rozrzuconą po całym tułowiu. Dalej przedstawia kol. Borzęcki chorą z *lues tubero-serpiginosa exulcerans* na twarzy. Wywiady ujemne.

VII. Kol. Reiss przedstawia chorego z rzadkiem powikłaniem rzeżączki jako *cooperitis suppurativa* i zwraca uwagę na nagłość wskazania nacięcia guza, aby nie dopuścić do przebicia do cewki. W końcu przedstawił kol. Reiss kilku chorych, demonstrując wyniki leczenia wilka skóry.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. Pacyna, sekretarz.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Wydział gospodarczy X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości wykaz dotychczas zgłoszonych wykładów:

(Ciąg dalszy).

Sekcya położniczo-ginekologiczna (XX):

Tematy główne:

A) O postępowaniu leczniczem w przypadkach spraw zapalnych przymacicznych, okołomacicznych i przydatków macicy. Ref. Prof. Dr. Mars (Lwów). Koref. Dr. Bacciarelli (Warszawa), Dr. Slązki (Warszawa) i Dr. Pomorski (Poznań).

B) O postępowaniu leczniczem przy miednicach ścieśnionych. Ref. Doc. Dr. Bylicki (Lwów). Koref. Prof. Dr. Jordan (Kraków), Doc. Dr. Kośmiński (Lwów), Doc. Dr. Sołowij (Lwów), Dr. Cykowski (Warszawa), Dr. Szymański (Warszawa).

Wykłady:

1) Dr. Neugebauer (Warszawa): Kazuistyka równoczesnego poczęcia wewnątrzmacicznego i zewnątrzmacicznego izochronicznego pochodzenia.

2) Tenże: Niespodzianki chirurgiczne na polu obojnactwa.

3) Tenże: O postępowaniu przy podejrzeniu o ciążę ektopijną.

4) Dr. Szymański (Warszawa): Cięcie cesarskie na tej samej chorej po raz wtóry.

5) Tenże: Przypadek pęknięcia macicy po porodzie. Laparotomia. Wyzdrowienie.

6) Dr. Antecki (Warszawa): O instrumentalnej dylatacyi w położnictwie.

7) Dr. Borysowicz (Warszawa): Wyniki zachowawczych zabiegów przy mięśniakach macicy.

8) Tenże: Niektóre rzadziej zdarzające się wskazania do wykonania cięcia cesarskiego.

9) Dr. Idzikowski (Warszawa): Wzajemny stosunek między zapaleniem wyrostka robaczkowego i cierpieniem narządów płciowych kobiety.

10) Dr. Stankiewicz (Warszawa): Temat zastrzeżony.

11) Dr. Lorentowicz (Warszawa): Dwa przypadki *leucoplasiae vulvo-vaginalis*.

12) Dr. Jaworski (Warszawa): Temat zastrzeżony.

13) Dr. Bogusławski i Dr. Lorentowicz (Warszawa): O znaczeniu rozpoznawczem leukocytozy przy sprawach zapalnych macicy.

14) Dr. Kurtz (Warszawa): O surowicy w gorączce połogowej.

15) Dr. Cykowski (Warszawa): Przyczynek do nauki o leczeniu eklampsyi.

16) Dr. Ślazki: (Warszawa): *Chorioepithelioma malignum*.

17) Dr. Hojnacki (Lwów): O kosmetyczno-higienicznych wymaganiach w okresie ciąży, porodu, połogu i karmienia.

18) Prof. Dr. Mars (Lwów): O włókniakach macicy.

19) Dr. Brejter (Lwów): O leczeniu zastarzałych zmian wypocinowych w miednicy małej.

20) Tenże: O torbielach pochwy i przedsionka.

21) Tenże: O rozszerzaniu dróg porodowych miękkich zapomocą przyrządów metalowych.

22) Dr. Bocheński (Lwów): O wartości leczniczej wstrzykiwań podskórnych soli kuchennej.

23) Tenże: O tamponowaniu macicy.

24) Dr. Lewicki (Lwów): O kąpielach u osób brzemiennych i rodzących.

25) Tenże: O pęknięciach międzykrocza.

26) Doc. Dr. Kośmiński (Lwów): O postępowaniu pooperacyjnem w przypadkach otwarcia jamy brzucha.

Sekcya medycyny publicznej (XXI):

A) Mikrobiologia i epidemiologia.

1) Stan sprawy surowicy przeciwbłoniczej i przeciwpłoniczej: Dr. Danysz (Paryż), Prof. Dr. Bujwid (Kraków).

2) Stan kwestyi innych surowic leczniczych, w szczególności surowicy przeciwdżumowej, oraz usiłowań leczenia gruźlicy surowicą.

3) Sprawa obecnego przyrządzania krowianki i szczepienia ochronnego ospy: Dr. Lachowicz (Lwów).

4) Stan kwestyi leczenia wścieklizny sposobem Pasteura: Prof. Dr. Bujwid (Kraków).

5) Dur plamisty w ziemiach polskich: Dr. Sękiewicz (Lwów).

6) Choroby płciowe i kiłowe w kraju: Dr. Doboszyński (Żabie).

B) Higiena środków spożywczych.

1) Sprawozdanie z nadzoru środków spożywczych.

2) Zafałszowanie nabiału.

C) Higiena zbiorowisk ludzkich.

1) Zaopatrywanie w wodę do picia miast i wsi w kraju: Prof. Dr. Bądzyński (Lwów).

2) Ustawa budowlana, a potrzeby higieny: Protom. Dr. Merunowicz (Lwów).

3) Sposoby usuwania cieczy kanałowych z obrębu osad ludzkich: Protom. Dr. Merunowicz (Lwów).

4) Znaczenie higieniczne torfu: Doc. Dr. Blauth (Lwów).

5) Pogląd na postęp osuszania gruntów i wpływ tegoż na stan zdrowotności: Doc. Dr. Blauth (Lwów).

6) Stosowanie odkażania i jego sposoby.

D) Wykłady wolne.

1) Prof. Dr. Bujwid (Kraków): Badania porównawcze nad prątkami gruźlicy bydła, oraz gruźlicy ludzkiej.

2) Dr. Panek (Lwów) i wet. Jenknerca (Lwów): Biologia porównawcza prątków kwasowatych.

3) Tenże: O systemie biologicznym usuwania cieczy kanałowej i wynikach zastosowania go w sanatoryum dla chorób płucnych w Zakopanem.

4) Tenże: O składzie chemicznym barszczu, oraz drobnoustrojach, które kiszą sok burakowy.

Sekcya medycyny sądowej (XXII):

Tematy główne:

A) Znaczenie sądowo-lekarskie padaczki: Ref. Dr. Jankowski (Kraków).

B) Ustawa o zabezpieczeniu robotników od wypadków w praktyce lekarskiej: Ref. Dr. Berezowski (Lwów) i Dr. Lachowicz (Lwów).

Wykłady:

1) Prof. Dr. Wachholz (Kraków) i Dr. Horoszkiewicz (Kraków): Badania nad fizyo-patologicznym mechanizmem śmierci z utonięcia.

2) Dr. Obtułowicz (Lwów): Kilka uwag o znaczeniu i wartości pod względem sądowo-lekarskim wybroczynek podopłucnowych.

3) Dr. Chomin (Lwów): Zapalenie skóry po prześwietlaniu promieniami Roentgena ze stanowiska sądowo-lekarskiego.

4) Doc. Dr. Szulisławski (Lwów): Utrata oka w rozumieniu § 156 a) austr. u. k. (na wspólnem posiedzeniu z sekcyą okulistyczną).

5) Dr. Trzcieniecki (Lwów): Uszkodzenia narządu słuchu przed sądem (na wspólnem posiedzeniu z sekcyą oto-ryno-laryngologiczną).

6) Dr. Stankiewicz (Lwów): Porównawcze badania i ocena sposobów wykrycia obecności tlenku węgla we krwi (z demonstracyami).

7) Prof. Dr. Sieradzki (Lwów): O biochemicznej metodzie badania śladów krwi. (Dok. n.).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 7 kwietnia.

* W ostatnim Nrze »Przegl. lekar.« donieśliśmy, że na rekurs wiedeńskiej Izby lekarskiej odpowiedziało ministeryum odmownie, zatwierdzając tem samem zarządzenie namiestnictwa dolnoaustryackiego, znoszącego uchwałę Izby w sprawie nieprzyjmowania przez lekarzy posad ryczałtowo płatnych w Kasach chorych robotników. Izba jednak postanowiła wytrwać na raz zajętem stanowisku i drogą bojkotu dążyć będzie do zaprowadzenia przez Kasy wolnego wyboru lekarza.

* »Gazeta lwowska« ogłasza: Namiestnik zamianował koncepistami sanitarnymi asystentów sanitarnych Dr. Maks. Moslera i Dr. R. St. Serkowskiego; przeniósł starszego lekarza powiatowego Dr. Oresta Litwinowicza z Tłumacza do Trembowli, tudzież koncepistów sanitarnych Dr. R. Małaczyńskiego z Starego Sambora do Tłumacza i Dr. T. Soniewickiego z Borszczowa do Starego Sambora.

* Dr. Emanuel Kusý z Dubrav, szef oddziału sanitarnego w ministerstwie spraw wewnętrznych, obchodził d. 28 marca sześćdziesiątą rocznicę urodzin. Korporacye lekarskie złożyły jubilatowi życzenia, podnosząc początkowanie i czynny jego udział w organizacyi zarządu zdrowia w krajach koronnych Austryi.

* Lekarze czescy w Pradze obchodzą 20-stą rocznicę założenia Instytutu anatomiczno-patologicznego w czeskim Uniwersytecie w Pradze, a tem samem i 20-stą rocznicę pracy nauczycielskiej i naukowej twórcy tego Instytutu, prof. J. Hlavy. Zakład ten dobrze jest nam znany ze Zjazdów lekarzy czeskich, założyciel zaś jego, prof. Hlava, należy w Polsce do najwięcej popularnych i cenionych czeskich mężów nauki: łączymy się więc z kolegami czeskimi w szczerem życzeniu, by pod tą samą energiczną i umiejętną ręką profesora Hlavy Instytut za 20 lat ciągłego rozwoju obchodził drugie dwudziestolecie na chwałę nauki czeskiej i swego założyciela.

* * Dr. Bär, znany w Niemczech ze swych prac statystycznych, udowadnia liczbami, że więzienia są dla skazanych na zamknięcie rozsadnikiem gruźlicy. W więzieniach pruskich w ciągu 14 lat na 100 skonów śmiercią naturalną umarło z gruźlicy 56 osób. Bär nawołuje do ulepszeń sanitarnych w więzieniach a w każdym razie do odosabniania więźniów chorych na gruźlicę.

* Między 15 a 21 marca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), borodeńskim (1 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), przemyślańskim (2 gm.), skałackim (2 gm.), śniatyńskim (2 gm.), starosamborskim (1 gm.), stryjskim (2 gm.), trembowelskim (2 gm.), tur-

czańskim (2 gm.), zaleszczyckim (1 gm.) w mieście Lwowie (1 przypadek).

Mianowania i odznaczenia. Profesorem kliniki lekar. w Odesie mianowany został Doc. Dr. A. Fawicki.

Nekrologia. D. 12 marca zakończył życie w Lublinie Dr. Aleksander Janiszewski, b. prezes i członek honorowy Towarz. lekarskiego lubelskiego, długoletni ordynator lubelskiego szpitala Jana Bożego, człowiek bardzo ceniony i zasłużony. Przyszedł na świat w Siedlcach r. 1835, szkoły średnie odbył w Lublinie, a nauki lekarskie w Uniwersytecie kijowskim, który ukończył r. 1862. Pracę zawodową rozpoczął w Opolu, następnie osiadł w Lublinie, gdzie dokonał żywota. Obok stanowiska lekarza kierującego w szpitalu lubelskim, które piastował lat 36, był długoletnim lekarzem kolei Nadwiślańskiej. Pozostawił 9 rozpraw, które ogłosił w polskich czasopismach lekarskich. Dr. Karol Domański, b. lekarz wojskowy na Kaukazie, zmarł d. 15 marca w Tyflisie. Dr. Aleksander Przybylski zmarł w Siedlcach d. 2 stycznia. Pozostawił liczne zapisy dobroczynne. Prof. A. Ratimow, znany chirurg, zmarł w Odesie, licząc l. 53.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 13. Bornstein: Anatomia patologiczna stwardnienia wieloogniskowego. Motz i Bartrina: Przyczynek do nauki o ropniach krocza, o rozlanem zapaleniu tkanki łącznej (phlegmone), oraz o ropówkach rozlanych pochodzenia cewkowego (c. d.). Poczobut: Sprawozdanie o przebiegu płonicy, leczonej surowicą przeciwpłoniczą Dr. Palmirskiego (dok.).

— *Medycyna* Nr. 13. Urstein: Badania kliniczne nad nowym środkiem nasennym, isopralem. Hornowski: Przyrząd do opróżniania jamy opłucnej.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 2. Krakowski: Kauczuki dentystyczne (dok.).

— *Głos lekarzy* Nr 7 zawiera: Taryfa lekarska. — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych. — Zawód lekarski jako przedsiębiorstwo finansowe. — Interpelacya w sprawie tłumień epidemii. — Walka o szpital św. Zofii. — Objady i kolacye urzędowe. — Głos lekarza powiatowego. — Fejleton.

— *Krytyka lekarska* Nr. 4: Biegański: Neo-witalizm w spółczesnej biologii IV. Ciedroyć: Z dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce. Trzy przywileje. Peszke: Wiktor Grostern (Wspomnienie pośmiertne).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 13. Pevnickij: Ambulatorium pro léčeni pijákův a jeho význam v boji s alkoholismem. Saska: Příspěvek ku tetanické kataraktě. Heveroch: Sachsova familiarni amaurotická idiotie (dok.). Reitharek: Léčeni tuberkulosy dle methody prof. Dr. Ed. Klebsa.

— *La Presse médicale* N. 24. Garnier i Sabareanu: Zmienność wagi ciała w przebiegu płonicy. Zimmern: Pogadanka o elektryczności. Fizyologia prądu elektrycznego, jego własności.

N. 25. Cathelin: Wstrzykiwania naoponowe (epiduralne). Stan tej sprawy, w szczególności działanie w moczeniu mimowolnem. Bousquet: Przeobrażenia leczenia kreozotem.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 13. Martin: Rzeżączka w czasie połogu. Ehrlich i Shiga: Próby leczenia barwikami chorób zwierząt, wywołanych pasorzytem „trepanosom“. Ruhemann: Drzączka po wypadkach. Orth: O niektórych będących na czasie spornych zagadnieniach z zakresu gruźlicy (dok.). Sigel: Przyczynek do rozpoznawania raka żołądka (dok.). Blaschko: Odezwa niemieckiego Towarzystwa do zwalczania chorób płciowych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 13. Lichtenstern: Przyczynek do metaplazyi nabłonka pęcherza moczowego. Hofmann: Przyczynek do nefrektomii i dyagnostyki gruźlicy nerek. Stoerk: O gruczolaku sutka zawierającym żółciolojak. Berka: Zakażenie wąglikowe przy pracy zawodowej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 13. Kossel i Dakin: O najprostszych ciałach białkowatych i o fermentacyjnem ich dzieleniu się. Lotheissen: Uwagi kliniczne i lecznicze nad obrzękiem złośliwym. Dieckhoff: Zastosowanie odosobniania w leczeniu chorób umysłowych. Frese: Stosunek między gruźlicą krtani a płuc. Schiffmacher: Starcze rozmiękczenie kości. Büdingen: Nowa metoda do stosowania zabiegów leczniczych w chorobach rdzenia pacierzowego. Galli: Ulepszony przyrząd do mieszania przy leczeniu ciałek krwi. Lucke: Leczenie rzeżączki wstrzykiwaniami. Forel: W sprawie zakażenia z mniczego. Frey: Mierzenie ciśnienia żylnego. Chajes: Miareczkowanie treści żołądka przy zastosowaniu rozmaitych wskaźników. Müller: Sztuczne pozbawienie krwi. Gärtner: O tonometrze (dok.). Loewenfeld: W sprawie śpiącej tancecznicy. Grünwald: Występy publiczne Magdaleny.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 14. Israel: Nowa droga do odsłonięcia dolnej powierzchni prawego płatu wątroby. Pfannenstiel: Leczenie mięśniaków macicy. Saul: Przyczynek do biologii guzów. Levisohn: Powstawanie nowotworów mieszanych (dok.). Neuberg i Richter: Powstawanie wolnych kwasów aminowych. Teschemacher: Powstawanie Dupuytrenowskich przykurczeń palców w cukrzycy. Heine: Leczenie ostrego zapalenia ucha środkowego. Heller: Przyczynek do wytwarzania się komórek tucznych w skórze.

Redakcya otrzymała Starkiewicz i Gryglewicz: Ze statystyki gruźlicy płuc w oddziale wewnętrznym dawnego i nowego szpitala Dzieciątka Jezus. Rudzki Prz.: Dwudziestolecie Instytutu anatomo-patologicznego w Pradze czeskiej i działalność prof. J. Hlavy.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 13 (od 27/III do 3/IV) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 15, dz. 17; nieżywo: chł. , dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 23; zamiejscowych: męż. 21, kob. 11.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 13, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. 3 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —. ob. —. 7) płonica: miej —, ob. 4. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 2. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —. ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. 1. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 4, ob. 2. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 4, ob. 2. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 4. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 8, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa miej —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 41. obcych 32.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 13 b. m., o godzinie 6-tej popołudniu, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Eisenberg wypowie odczyt p. tyt.: „Przyczynek do biologii zakażeń“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Dr. St. Bulikowski
ordynować będzie tak, jak poprzednio podczas sezonu letniego
(od 1 maja do końca września)
w **Gleichenbergu,** willa Höfflinger IV. 158

Serravallo's

Wino chinowe z żelazem.

Przez powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrewnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie

przez dzieci i kobiety.

Odznaczone kilkakrotnie. — **Przeszło 2500 orzeczeń lekarskich.** — Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki. 115

J. Serravallo * Triest-Barcola.

Liquor Ferro-Mangani saccharati

Liquor Ferro-Mangani peptonati

»Marka Helfenberg«

nowoczesne przetwory żeleziste łatwo strawne i smaku przyjemnego.

Oba przetwory zawierają 0·6% żelaza i o 0·10 manganu w połączeniu organicznem, nie wywołują zaparcia.

Ogólne uznanie.

Główny skład dla Austro-Węgier:

A. KREMEL Apteka pod Orłem,

Wiedeń, XIV., Märzstrasse 51.

Do nabycia we wszystkich aptekach. 98

Apteka i Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne



FORTUNATA GRALEWSKIEGO W KRAKOWIE



poleca WW. Panom Lekarzom następujące wyroby własne·

Syrup. Valeriano-Bromat. comp. „Jahr“.

Syrup ten łączy **sole bromowe, waleryanowe, fosforowe z wyciągiem orzechów Kola.**

Przyjemny w smaku, lekko strawny.

Wskazania: przy nerwowości, osłabieniu, neurastenii, hysteryi, padaczce, pląsawicy, zamroczeniach epileptycznych i t. p.

Rp. Syrup. Valeriano-Bromat comp. „Jahr“ lagen. origin.

D. S. Dziennie 2—4 łyżeczki kawowe z wodą lub mlekiem. Dzieciom połowę dawki.

Prawdziwy tylko we flaszkach oryginalnych po 2 kor i kor. 3·80.

Cacao quercinatus „Jahr“.

Złożone z czystego odtłuszczonego Kakao i domieszki preparowanej kawy żołędziowej, jest **najlepszym środkiem odżywczym przy ogólnych osłabieniach** dla dzieci i dla doroszłych, szczególnie **w przebiegu nieżytu przewodu pokarmowego,** zwłaszcza **przy biegunce.**

Dla osób nerwowych, którym użytek herbaty lub kawy jest wzbroniony, **nadaje się**

„Jahra“ Kakao żołędziowe jako napój codzienny.

Cena puszki 80 halerzy.

Rp. Cacao quercinat. „Jahr“ scat. orig.

Zamiast Tranu, Jodu, Żelaza!

Pastilli Jodo-Ferrat. comp. „Jahr“.

Skład: Kali jodat. 0·03; Ferratin. 0·10; Duotal 0·05; Calc. glycerin. phosphor. 0·05.

Przetwór leczniczy o nader przyjemnym smaku, wzmacniający, podniecający łaknienie, przyczyniający się do pomnożenia ciałek krwi i rozrostu kości.

Pastilli Jodo-Ferrati, comp. „Jahr“.

polecane są z dobrym skutkiem przy blednicy, niedokrewności i jej następstwach, zołzach, rachitis itp.

Dawka dzienna: dla dzieci 2—4 sztuk.
„ „ dla dorosłych 6—9 „

Tylko w oryginalnych pudełkach zawierających 24 sztuk.

Cena 2 kor. 50 hal.

Rp. Pastilli Jodo-Ferrat. comp. „Jahr“ scat. orig.

Pillulae Solventes. comp. „Jahr“.

Skład: Phenol-Phtalein. Extr. Cascar. sagr. des am.; Extr. Rhei chin. sicc.; Eleosacchar. foenicul *aa.* 0·05; Vanilin pur. 0·005; Syrup. Cascar. sagrad q. s. f. pill. dt tal. dos. Nr. 30 obd. c. Sacch. post. c. Argent. fol

Pigułki działają **łagodnie przeczyszczająco, wzmacniają żołądek i nie sprawiają żadnych bolów.**

Tylko w pudełkach oryginalnych po 30 sztuk.

Cena 90 halerzy.

Rp. Pillul. solvent. comp. „Jahr“ scat. orig.

Dragèes c. Mentholo „Jahr“

składu: Menthol pur 0·02.
Natr. boracic 0·10.

działają antiseptycznie przy **cierpieniach jamy ustnej, krtani i gardła,** podniecają **trawienie,** uspakajają **wymioty u kobiet ciężarnych.**

Pudełko kor. 1·60.

Rp. Dragèes c. Menthol. „Jahr“ scat. orig.



Wyrób i główny skład powyższych środków
w aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO W KRAKOWIE ul. Szczepańska l. 1.
Składy prawie we wszystkich aptekach. 151



Chemiczna fabryka
Dr. Fritz & Dr. Sachsse
Sollenau, st. kolei południowej.

ALBOFERYNA

Kantor
Wien, I.,
Naglergasse 21.

jest łatwo rozpuszczalnym, bez zapachu i smaku **środkiem odżywczym i wzmacniającym,** zawierającym żelazo i fosfor organicznie wysokodrobinowo z białkiem połączone.

90·14% białka, 0·68% żelaza, 0·324% fosforu.

Proszek alboferyny 50 grm. K. 2·60, Kołaczyki-alboferynowe czyste 100 sz. K. 1·50, Kołaczyki-alboferynowe czekoladowe 100 sz. K. 1·80.

Alboferynę stosowali **klinicyści i lekarze pryw. z doskonałym wynikiem: w niedokrewności, w blednicy, krzywicy, zołzach, neurastenii, braku łaknienia, niestrawności, gruźlicy, utracie krwi, chorobach nerek, u ozdrowieńców i u karmiących.**

Alboferyna pobudza **w znacznym stopniu łaknienie, podnosi ciężar ciała, wzmacnia układ nerw., jałowa, trwała.** 96

P. P. lekarzom próbki i literatura na żądanie.

Do nabycia we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

Rok XLIII. Kraków 16 Kwietnia 1904. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Nowy przyrząd do fotografowania ruchów źrenicy.

Podał

Dr. Jan Piltz

ordynator oddziału chorób nerwowych w szpitalu praskim w Warszawie, były wicedyrektor uniwersyteckiej psychiatrycznej kliniki w Lozannie.

Fotografię do badań fizyologicznych zaczęto stosować około r. 1865. Między innymi Onimus[1]) fotografował serce w różnych fazach skurczu; Osanam[2]) — krzywą ciśnienia i tętna; Mubrige[3]) stosował fotografię dla utrwalania różnych faz biegu konia; Czermak[4]) fotografował krzywą tętna przy pomocy wynalezionego przez siebie specyalnego przyrządu zwierciadełkowego (*Pulsspiegel*); Nikotin[5]) fotografował krzywą ciepłoty; Marey[6]) stosował metodę fotograficzną do analizowania różnych złożonych ruchów u człowieka i u zwierząt. Zakres zastosowania fotografii do badań fizyologicznych znacznie rozszerzył prof. Napoleon Cybulski[7]) przez wynalezienie znakomicie pomyślanego przyrządu do badania szybkości krążenia krwi, „fotohemotachometru". Zasada[8]) tego przyrządu polega na fotografowaniu różnicy poziomów cieczy w manometrze na bromożelatynowym papierze, znajdującym się w ruchu. Dla otrzymania wyraźnego obrazu tej różnicy pomiędzy poziomami płynu, prof. Cybulski zastosował do przyrządu cienką szparę, wskutek której przy działaniu światła na papier bromożelatynowy promienie zostają ześrodkowane tylko na przestrzeni pomiędzy poziomami płynu. — Oprócz różnicy poziomów w manometrze, która jest wyrazem szybkości cieczy w danej rurce, można na tym samym papierze zaznaczać ciśnienie krwi, oddychanie, czas, uderzenie tętna i t. d. W tym celu pomieszcza się przed szparą w niewielkiej odległości od niej piórka odpowiednich przyrządów.

Ssimanowsky[9]) fotografował drgania strun głosowych. Wreszcie Hołowiński zbudował przyrząd do badania szmerów serca.

[1]) Journal de l'anatomie et de la physiologie, 1865.

[2]) Journal des comnais. Med. Chir. 17, p. 458.

[3]) The horse in motion as chown by instataneous photogr. London. 1882.

[4]) Sphygmographische Studien. Gesammelte Schriften von Czermak. II, 13, 695. Leipzig, 1879.

[5]) „Wracz", 1882. Nr. 24 i 25. str. 388 i 404 (po rosyjsku).

[6]) Développement de la méthode graphique par l'emploie de la photographie. Paris, 1885.

[7]) Badania nad szybkością krążenia krwi zapomocą fotohemotachometru. Dysert. St. Petersburg, 1885, (po rosyjsku).

[8]) Fizyologia człowieka. 1892. II część, str. 300 i 301.

[9]) Anwendung der Photographie bei Untersuchung der Stimmbänderschwingungem. Pflügers Archiv Bd. XXXVII, 1885. p. 375.

Przyrząd do fotografowania ruchów źrenicy zrobił pierwszy prof. Bellarminow[10]) i jemu należy się niezaprzeczenie wielka zasługa zastosowania najracyonalniejszej metody graficznej do badań źrenicy. O tem, jaką drogą prof. Bellarminow doszedł do zrobienia odpowiedniego przyrządu, pisze on sam w sposób następujący: „Zapoznawszy mnie ze swoją metodą badania, z przewodnią myślą fotohemotachometru i z jego konstrukcyą, poddał mi prof. Cybulski myśl możliwości zastosowania fotograficznej metody i do badań ruchów źrenicy. W tym celu też posługiwałem się w pierwszych moich doświadczeniach przyrządem prof. Cybulskiego. Wkrótce jednak przekonałem się, że przyrząd ten nie odpowiada moim celom i że tylko przy odpowiednio zmienionej konstrukcyi można dojść do wyników zadawalniających". Dalej następuje opis przyrządu tak, jak go pomyślał prof. Bellarminow.

Fotokoreograf (*Photokoreograph*), — takiem mianem bowiem ochrzcił profesor Bellarminow swój przyrząd, — składa się z kamery z objektywem, mającym 4 centymetry średnicy, odległość ogniskowa którego wynosi 16 cent. W ognisku znajduje się szklana matówka, która daje się wysuwać, poczem na jej miejsce może być wstawione drewniane pudełko, którego jedna ścianka znajduje się wtedy w miejscu matówki. Z tyłu za tą drewnianą ścianką pudełka, którą się wysuwa, znajduje się gładko odpolerowana kauczukowa cienka płyta, w której znajduje się wązka pionowa szparka. W pudełku są 3 walce, ustawione pionowo, z których jeden mieści się bezpośrednio za ścianką, posiadającą wyżej wymienioną szparkę. Walce te bywają puszczane w ruch zapomocą mechanizmu zegarowego. Na walcach nawinięta jest błona fotograficzna. Prócz tego przyrząd Bellarminowa posiada urządzenie do zapisywania czasu, wprawiane w ruch zapomocą metronomu. Dla robienia zdjęć ustawia się przyrząd tak, ażeby odwrócony obraz źrenicy padał akurat na szklaną matówkę. Jeżeli po nastawieniu na ostrość zamiast matówki przystawić do kamery drewniane pudełko i wysunąć drewnianą ściankę, wtedy obraz źrenicy wpada przez wązką szparkę, znajdującą się w kauczukowej płycie, wprost na poruszającą się zwolna czułą błonę fotograficzną i daje na niej jaśniejsze lub ciemniejsze pasmo, którego szerokość odpowiada rozmiarom źrenicy. Trochę szersze pasma i nieco ciemniejsze od poprzedniego odpowiadają tęczówce i białkówce.

Przy pomocy tego przyrządu prof. Bellarminow wykonał cały szereg nader zajmujących doświadczeń na zwierzętach. Zwierzęta były jednak zawsze kuraryzowane, dla tego, że kuraryzowanie ich — jak pisze Bellarminow — było niezbędnym warunkiem dla udania się doświadczenia.

W celu unieruchomienia oka albo przecinano mięśnie proste oka, albo nakładano na spojówkę gałkową z dołu i z góry po trzy podwiązki, za które umocowywano oko. Potem rozwierano powieki sprężynową rozwórką powiekową.

[10]) Próba zastosowania graficznej metody do badań nad ruchami źrenicy i nad ciśnieniem wewnątrz oka (przy pomocy fotografii). Dysert., St. Petersburg, 1886.

Tego wszystkiego oczywiście nie można robić na człowieku. To też 3 próby prof. Bellarminowa fotografowania ruchów źrenicy u człowieka wypadły niewyraźnie. Prof. Bellarminow zupełnie dokładnie zdawał sobie sprawę ze wszystkich trudności, z jakiemi ma się do czynienia przy wykonywaniu tego rodzaju doświadczeń na ludziach, mianowicie, że udanie się doświadczenia zależy często od pogody, od znienacka nadchodzących i zasłaniających chmur, od mgły i t. d. Nieraz trzeba było tygodniami całymi wyczekiwać na odpowiednią jasną pogodę i t. d.

Wyniki badań, jakie otrzymał prof. Bellarminow, mają niewątpliwie doniosłe znaczenie; dotyczą one przeważnie kwestyi czasu utajonego bezpośredniego (przy drażnieniu n. spółczulnego) i odruchowego (przy drażnieniu czuciowych nerwów obwodowych) rozszerzenia źrenicy. Dalej dotyczą one kwestyi czasu występowania maksymalnego rozszerzenia, czasu trwania całej fali rozszerzenia i różnych właściwości i szczegółów tej fali.

Pomimo tego jednak metoda Bellarminowa nie rozpowszechniła się dotychczas tak, jakby tego należało się spodziewać. Widocznie była ona zbyt złożoną, za mało dostępną i za trudną, ażeby mogła służyć za podstawę do szerszych badań źrenicy u zwierząt, a tembardziej u człowieka. Od roku 1885 mamy tylko 2 prace z tego zakresu.

Metodę i przyrząd Bellarminowa bez zmiany stosował Braunstein w swoich gruntownych badaniach nad inerwacyą ruchów źrenicy. Czysto doświadczalna praca tego autora poświęcona jest wyłącznie badaniom na zwierzętach, podobnie, jak i praca Dogiela[12]) o udziale nerwów w wahaniach szerokości źrenicy.

Dzięki zastosowaniu fotografii Braunstein w zupełności potwierdził w ogólnych zarysach wyniki, otrzymane przez prof. Bellarminowa, a następnie poczynił bardzo wiele nowych spostrzeżeń. Między innemi Braunstein stwierdził, że u zwierząt rozszerzenie źrenic, towarzyszące różnorodnym afektom psychicznym, jest zupełnie analogiczne z rozszerzeniem źrenic, występującem przy drażnieniu kory mózgowej, względnie odpowiednich jej odcinków. Stwierdził on także, że po wycięciu t. zw. czynnego dla źrenicy odcinka kory mózgowej, odruchy psychiczne źrenicy już więcej nie występują, a że odruchowe rozszerzenie źrenic (przy drażnieniu nerwów obwodowych) nabiera wtedy cech bezpośredniego rozszerzenia, t. j. przypomina rozszerzenie, spostrzegane przy bezpośredniem drażnieniu n. spółczulnego. Na podstawie swoich wielostronnych badań doświadczalnych doszedł Braunstein do tego przekonania, że centralny ośrodek dla nerwu współczulnego w korze mózgowej nie istnieje, że kora mózgowa posiada tylko narządy, które mogą okazywać wpływ hamujący zarówno na ośrodki zwężania źrenicy, jak i na narządy, kierujące przenoszeniem odruchu z obwodowych nerwów czuciowych na źrenicę.

Ja sam już oddawna odczuwałem potrzebę zastosowania metody fotograficznej do swoich badań nad źrenicą. Kiedy r. 1897—1898 pracowałem w laboratoryum nerwo-psychiatrycznej kliniki w Petersburgu nad topografią korowych ośrodków źrenicznych, prof. Bechterew namawiał mnie bardzo do fotografowania ruchów źrenicy, spostrzeganych przy drażnieniu kory mózgowej. Nie mogąc jednak wtedy nigdzie dostać przyrządu Bellarminowa, byłem zmuszony tę sprawę odłożyć na później. I dopiero zeszłego roku z inicyatywy Dr. Zygmunta Kramsztyka postanowiłem zabrać się do obmyślenia i zrobienia własnego przyrządu do fotografowania odruchów źrenicy, mianowicie takiego, któryby w zupełności odpowiadał wszystkim moim wymaganiom. Dzięki poparciu Dra Zygmunta Kramsztyka i za łaskawem jego pośrednictwem, Szanowny Komitet Kasy imienia Mianowskiego w Warszawie raczył łaskawie przyznać mi na wykonanie odpowiedniego przyrządu, tytułem zapomogi bezzwrotnej, rs. 500. Cel, jaki sobie postawiłem, był następujący: przyrząd powinien być tak czuły, ażeby fotografował zupełnie dokładnie nawet najdelikatniejsze, t. j. jak najmniejsze ruchy źrenicy i to przy względnie jak najsłabszem oświetleniu oka. Stawiając sobie to za cel, miałem od samego początku na myśli tę okoliczność, że jeżeli przyrząd mój będzie w stanie utrwalać delikatne, prawie że nieuchwytne zmiany w szerokości źrenicy, nawet przy słabem oświetleniu, to *eo ipso* będzie tem łatwiej mógł służyć do badania wszystkich innych odruchów źrenicy, dla których jaskrawe oświetlenie oka nie będzie stanowić żadnej przeszkody.

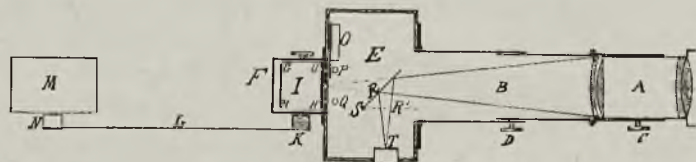


Fig. 1.

Z drugiej strony chodziło mi głównie o to, ażeby przyrząd mój mógł służyć do badania ruchów źrenicy u człowieka, gdy tymczasem dotychczasowe badania w tym kierunku Bellarminowa, Braunsteina i Dogiela były dokonywane na zwierzętach.

Zadanie to rozwiązał technicznie w sposób wprost genialny inżynier Piotr Lebiedziński w Warszawie. Po 11 miesiącach wspólnej pracy, wspólnych narad, licznych prób i wielu przeróbek, pan Lebiedziński wykonał przyrząd, który w zupełności odpowiada temu celowi, właśnie taki, jaki miałem na myśli. Zapomocą tego przyrządu możemy dziś fotografować ruchy źrenicy u człowieka nawet w dzień pochmurny, przyczem osoba badana może być umieszczona w głębi pokoju, z daleka nawet od okna, dla tego, żeby oko nie znajdowało się pod wpływem bardzo silnego oświetlenia.

Przyrząd składa się z objektywu *A* (Fig. 1), fabryki Sutera w Bazylei, o względnym otworze F/3,12, osadzonego na rurze *B*.

Wysuwanie objektywu i rury *B* dokonywa się przy pomocy dwóch kół zębatych (*crémaillère*, *Zahntrieb* C. i D). Rura z objektywem przymocowana jest do kamery *E*, posiadającej z tyłu kasetę do błon *F*, którą można w świetle ładować i wyładowywać. Promienie światła, wychodzące

[11]) Przyczynek do nauki o inerwacyi ruchów źrenicy. Charkow. 1893.

[12]) Die Betheiligung der Nerven an den Schwankungen in der Pupillenweite. »Pflügers Arch.« Bd. LVI, 1894, p. 500.

z objektywu, napotykają przed błoną szparkę poziomą, której szerokość można dowolnie regulować. Błona *G H* (widoczna na figurze w przecięciu) przechodzi nad walcem *I*, (umieszczonym w kasecie) i w czasie zdjęcia przesuwa się w kierunku pionowym, skutkiem obracania się tegoż walca *I*, któremu ruch nadaje zapomocą giętkiej metalicznej linki *L*, mechanizm zegarowy *M*, umieszczony na osobnej podstawie dla uniknięcia wstrząśnień. Szybkość ruchu mechanizmu *M* reguluje się przy pomocy wiatraczka w bardzo szerokich granicach. Ze względu na to, że każdy mechanizm zegarowy wymaga pewnego czasu na nabycie pewnej stałej prędkości, oraz dla dania obserwatorowi możności dowolnego puszczenia w ruch i zatrzymywania błony, przy mechanizmie zegarowym *M* urządzony jest system elektro-magnetyczny, który włącza i odłącza walec *N* zegarowego mechanizmu, nawijający na siebie linkę *L*, od obracającej się stale osi mechanizmu zegarowego *M*. Do tego celu służy

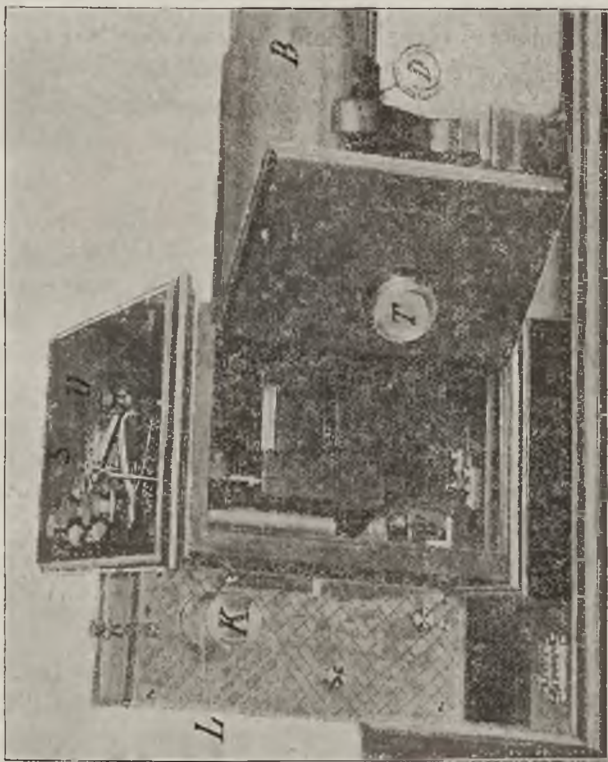
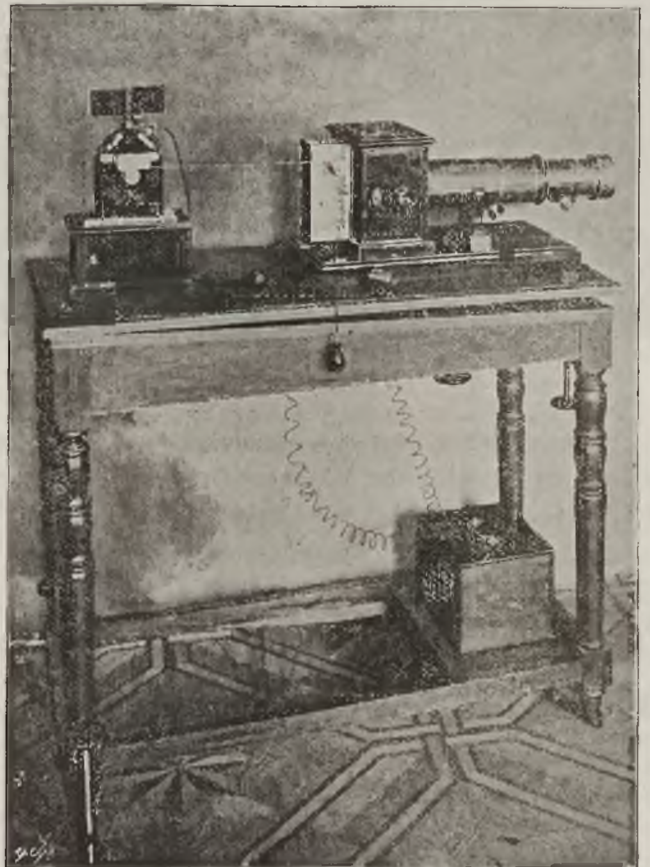


Fig. 2.

elektryczny włącznik *U* (fig. 2), umieszczony na wierzchu kamery *E*. Prędkość ruchu błony i czas trwania obserwacyi i ruchów źrenicy wskazuje chronoskop *O* (fig. 1), umieszczony w kamerze *E* i zaopatrzony w lampkę elektryczną *P*, który daje podziałki, odpowiadające $^1/_{10}$ sekundy i fotografujące się na błonie równolegle z obrazem źrenicy. Do regestrowania początku i końca obserwacyi, wyobrażeń psychicznych, czasu trwania podrażnień kory mózgowej, nerwów obwodowych i t. d. służy inny system elektromagnetyczny *W* (fig. 2), odmykający i zamykający otworek, przez który wpada do kasety światło drugiej lampki elektrycznej *Q*, umieszczonej równolegle do pierwszej (fig. 1), tylko z drugiej strony szparki. Ten system elektromagnetyczny może być łączony z przyciskiem elektrycznym, znajdującym się w ręku obserwatora lub osoby badanej, albo też z migawką, przepuszczającą światło do oka (n. p. przy badaniu odruchu świetlnego), lub wreszcie z innymi przyrządami potrzebnymi do obserwacyi. Punkty zaznaczające się fotografują się po drugiej stronie obrazu źrenicy na tej samej błonie, jak to już wyżej powiedziano.

Nastawianie obrazu oka na ognisko dokonywa się przy pomocy zwierciadła *R* (fig. 1), ruchomego na osi pionowej *S*, znajdującej się w kamerze i przy pomocy matówki, znajdującej się w bocznej ściance kamery W położeniu, wskazanem na fig. 1, zwierciadło to zamyka dostęp światła od oka do kasety i jednocześnie odbija obraz oka, rzucony przez objektyw na matówkę *T*. Po nastawieniu na ostrość, gdy ma nastąpić fotografowanie, zwierciadło *R* przestawia się w położenie R^1, wskazane kropkowaną linią na fig. 1.

Dla ułatwienia wszystkich czynności w czasie obserwacyi na osi *S* zwierciadła *R* osadzone zostały prócz włącznika *U* (fig. 2) (dla puszczania w ruch błony) jeszcze


Fig. 3.

2 zetknięcia się (kontakty), włączające obie elektryczne lampki *P* i *Q*. Tym sposobem za jednym ruchem korbki *U* (czyli włącznika) zapalają się obie lampki *P* i *Q* i puszcza się w ruch błonę lub też wszystko się wyłącza z wyjątkiem mechanizmu zegarowego *M* i chronoskopu, które przez cały czas działają i pozwalają zarówno fotografować w każdej chwili, jako też i sprawdzać położenie i ostrość nastawienia oka na matówce (a więc i na błonie). Zdjęcia dokonywają się przy świetle dziennem. Do oświetlania oka przy badaniu odruchu świetlnego używaną jest latarnia rzutowa z kondensatorem i palnikiem Auera, (którego siła światła może być zawsze jednakowa albo mniejsza o połowę i t. d.) zaopatrzona w migawkę pneumatyczną, działającą bez szelestu. Jeżeli oświetlamy to samo oko, które ma być fotografowane, to na zdjęciu widoczne jest odbicie światła od rogówki w postaci linijki, której długość jest odpowiednia do czasu trwania oświetlenia. Przy badaniach je-

dnak odruchu spółczulnego, gdy oświetlane jest nie to oko, które się fotografuje, — do zaznaczenia czasu trwania oświetlenia służą zetknięcia się (kontakty) elektryczne na migawce, które włączają system elektromagnetyczny *W* przy otwarciu migawki i dają na błonie linię, odpowiadającą czasowi trwania oświetlenia.

Cały przyrząd jest ustawiony na podstawie, zaopatrzonej 2 śrubami przy nogach i 3-cią do podnoszenia przyrządu w kierunku pionowym. Niezależnie od tego przyrząd może być pochylony na swojej podstawie w kierunku poziomym.



Fig. 4.

Prądu dostarcza baterya akumulatorów, umieszczona w dolnej części podstawy. Wszystkie te szczegóły widoczne są na fig. 3, a cały układ doświadczenia ilustruje fig. 4.

(Dok. nast.).

II. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu L. Rydygiera we Lwowie.

Niezwykła treść w przepuklinie wargi sromowej.

Podał

Dr. Antoni Rydygier (syn).

W styczniu b. r. zgłosiła się do kliniki chora, 44 lat licząca, zamężna, w celu poddania się doszczętnej operacyi przepukliny wargowej prawostronnej. W wywiadach podaje, że od lat sześciu zauważyła wypuklanie się w okolicy wargi sromowej prawej, które powoli coraz więcej się powiększało. Innych chorób — z wyjątkiem duru brzusznego — nie przebywała. Miesiączki nigdy nie miała, nie roniła i nie rodziła. Chora jest wzrostu wysokiego, dobrze odżywiona i zbudowana. Sutki prawidłowo rozwinięte. Płuca i serce bez zmian. W okolicy pachwiny prawej, jakoteż wargi sromowej większej tejże strony, znajduje się guz wielkości pięści, zbitości elastycznej, dający się odprowadzić do jamy brzusznej. Ciepłota miejscowa nie podwyższona, wypuk nad nim stłumiono-bębenkowy. Brama przepuklinowa drożna dla dwóch palców. Srom nieznacznie owłosiony, warga większa po stronie zdrowej mała, zaledwie fałdem skóry zaznaczona. Wejście do pochwy wązkie, pochwa długa, na długość palca; części pochwowej, jakoteż macicy wyczuć nie można. Badanie wziernikiem nie wykazuje nawet zagłębienia w pochwie, któreby odpowiadało ujściu zewnętrznemu części pochwowej. W uśpieniu chloroformowem wykonano doszczętną operacyę sposobem Kochera, przyczem pokazało się, iż treścią worka przepuklinowego było ciało, przypominające kształtem macicę z przydatkami. Rana goiła się przez rychłozrost; chorą po 14 dniach wypisano z kliniki z poleceniem, aby jeszcze w domu dwa tygodnie w łóżku leżała. Uzyskany drogą operacyi preparat przedstawia podobieństwo do nierozwiniętej macicy (*uterus infantilis*), przechodzącej po prawej swej stronie w ciało okrągłe, bardzo przypominające na przekroju jądro, tem bardziej, że jest otoczone białą, twardą błoną, wyglądającą na białą błonę jądra. Po tejże stronie przebiega postronek twardy, okazujący na przekroju małe światło, przedstawiający się makroskopowo jako sznurek nasienny. Po lewej stronie macicy większy torbiel o dość grubych ścianach. Badanie mikroskopowe potwierdziło nasze przypuszczenia. W pierwszym preparacie znaleźliśmy obraz charakterystyczny dla jądra, nigdzie jednak w kanalikach nie widać plemników, z czego możnaby wnosić, że jądro to ich nie wydzielało; w drugim preparacie widzimy wiązki mięśni gładkich, tak przebiegające, jak to ma miejsce w macicy; w trzecim wreszcie mamy przekrój poprzeczny sznurka nasiennego z silnie rozwiniętą warstwą mięśni gładkich, podłużną i okrężną.

Znachodzimy zatem u jednego osobnika jądro i macicę. Ponieważ miarodajnym jest gruczoł płciowy, więc nasza pacyentka jest mężczyzną o kobiecych częściach płciowych zewnętrznych i wewnętrznych, czyli jest to rzekome obojnactwo (*pseudohermaphroditismus masculinus completus vel externus et internus*). Obojnactwo rzekome, gdyż prawdziwe zachodzi tylko wtedy, gdy u jednego i tego samego osobnika znachodzą się oba gruczoły płciowe, a więc i jądro i jajnik. Przypadków takich znanych w piśmiennictwie jest tylko 5: (Obołoński, Schmorla, Blacker, Lawrencea i niedawno temu ogłoszony przez Garrégo), a i to jeszcze nie wszystkie są pewne. Neugebauer idzie nawet dalej i za prawdziwego w całem tego słowa znaczeniu obojnaka uważałby tego, który nie tylko posiada jądro i jajnik, lecz nadto oba prawidłowo wydzielające, a więc i plemniki i jajko, a tem się nikt dotychczas pochwalić nie może. Lecz i nasz przypadek nie do codziennych należy zjawisk. Dłużej nie będę się rozwodził nad tym przedmiotem, gdyż wyczerpująco i świetnie opracował go kol. Neugebauer z Warszawy.

III. O fagocytozie.

Wykład

Prof. Dra Karola Kleckiego

na XIII Zjeździe Chirurgów polskich w Krakowie w dniu 13 lipca 1903 roku.

(Ciąg dalszy).

W stanach patologicznych, w których występuje leukocytoza miejscowa, przenikanie ciałek białych z naczyń do tkanki jest wzmożone, a ułatwia je rozszerzenie światła naczyniowego, czyto wskutek pobudzenia nerwów rozszerzających naczynia, czy też wskutek porażenia nerwów je zwężających. Według Engelmanna i Ribberta zmiany

komórek śródbłonkowych wyściełających naczynia przyczyniają się również do ułatwienia diapedezy; Ribbert podnosi nadto znaczenie uszkodzenia istoty kitowej w tych warunkach. W przypadkach, w których do wzmożenia diapedezy przyczynia się czynne rozszerzenie naczyń, wrażliwość odpowiednich nerwów









Fig. 6. Fig. 7. Fig. 8. Fig. 9.

jest czynnikiem ułatwiającym powstanie leukocytozy miejscowej.

Gdy fagocyt zetknie się z ciałem, które ma pochłonąć, następuje jego pożarcie, czyli właściwy akt fagocytozy. Pożeranie przez fagocyty drobnych cząstek stałych odbywa się podobnie, jak pochłanianie pokarmów stałych przez ameby, a mianowicie







Fig. 10. Fig. 11. Fig. 12.

wyrostki protoplasmatyczne, zapomocą których fagocyt się porusza, otaczają daną cząstkę obcą ze wszech stron, dopóki nie znajdzie się ona we wnętrzu komórki. (Fig. 6 — fagocytoza mikrobów przez neutrofile, fig. 7 — przez eozynofilla, fig. 8 — przez makrofaga, fig. 9 — fagocytoza ciałka czerwonego (*a*) przez neutrofila, fig. 10 — fagocytoza ciałek czerwonych przez makrofagi, fig. 11 — fagocytoza mikrofaga przez makrofaga, fig. 12 — fagocytoza ciałek czerwonych i mikrobów przez makrofaga). Niewątpliwie w akcie tym wielkie znaczenie mają czynniki fizykalne, przedewszystkiem zaś adhezya, związana z rozpuszczalnością ciała pochłanianego w nawpół ciekłej protoplasmie wyrostka, co wpływa na miejscowe napięcie na powierzchni wyrostka; w razie zmniejszenia się tego napięcia wyrostki komórkowe posuwają się wzdłuż ciała obcego i okalają je zupełnie. Ważności powyższego czynnika jasno dowodzi ta okoliczność, że w razie, gdy adhezya cząstek powierzchni komórki z ciałem obcem jest większa, niż ze substancyą środowiska, to ciało obce może się dostać do wnętrza komórki bez jakichkolwiek samoistnych jej ruchów, zupełnie tak samo, jak nitka szklana, pokryta warstwą szelaku, wchodzi do umieszczonej pod wodą kropli chloroformu, w którym szelak się rozpuszcza (Rhumbler).

Jakkolwiek powyżej przytoczone badania nad fagocytozą w znacznej mierze wyjaśniły mechanizm tego zjawiska, nie mogły one wyświetlić go w zupełności; poza czynnikami mechanicznymi kryją się bowiem niewątpliwie w zjawisku fagocytozy niezgłębione dotąd pierwiastki natury biologicznej. Pierwiastki te stanowią przedewszystkiem o wrażliwości fagocytów, która na równi z działającym bodźcem jest warunkiem nieodzownym do wystąpienia zjawiska. Przyczyniają się one według wszelkiego prawdopodobieństwa do tego, że w protoplasmie fagocyta powstają elementy wyboru, które sprawiają, że z pośród rozlicznych cząstek lub tworów obcych komórka pochłania jedne, a pomija inne, albo nawet wręcz od nich się oddala; stąd niektórzy biologowie przypisują nawet drobinom protoplasmy pewne funkcye niejako psychiczne, wyrażające się w czynnościach popędowych.

Pożeranie przez fagocyty tworów większych odbywa się niekiedy w ten sposób, że pewna ilość komórek wolnych gromadzi się naokoło danego tworu, ściśle go otacza, a potem protoplasma fagocytów zlewa się w jedną całość i tworzy ciało gigantofagocyta. Tak samo dostają się niekiedy do wnętrza komórek olbrzymich także i niektóre drobnoustroje, np. prątki trądu.

Fagocytozę spostrzegano w warunkach naturalnych we wszystkich niemal tkankach ustroju. W stanach zakaźnych zjawisko to występuje wogóle najwybitniej w miejscu zakażenia, zwłaszcza w początkowych okresach choroby; w niektórych zaś zakażeniach fagocytozaześrodkowywa się w narządach wewnętrznych o powolnym prądzie przepływającej krwi, zwłaszcza w śledzionie. Zdaniem Weryhy fagocytoza bakteryi w narządach odległych dlatego jest słabszą, niż w miejscu zakażenia, że dostają się tam przeważnie mikroby, które w miejscu zakażenia uniknęły fagocytozy i nabrały pewnej odporności na działanie soków bakteryobójczych, tak ważnych według Weryhy ze względu na powstawanie fagocytozy.

Natężenie, z jakiem odbywa się pochłanianie przez fagocyty ciał obcych, a względnie bakteryi, zależy od rozmaitych czynników, które fagocytozę bądź wzmagają, bądź osłabiają. Z całego szeregu badań, przeprowadzonych przeważnie w szkole Miecznikowa, wynika, że różne surowice ochronne, otrzymane ze zwierząt uodpornionych, sprowadzają wogóle silną fagocytozę, niekiedy nawet tak wybitną, że niektórzy autorzy w przebiegu zakażenia pewnymi zarazkami u zwierząt, na nie uodpornionych, a względnie traktowanych odpowiednią surowicą ochronną, odróżniają t. z. przesilenie fagocytowe. Atoli nietylko surowica zwierząt uodpornionych pobudza fagocytozę; miejscowo działa podobnie i surowica zwierząt prawidłowych. Miecznikow sprowadza tę własność wszelkich w ogóle surowic do działania zawartych w nich istot, które nazwał stymulinami; istoty te znoszą podobnie jak istota uczulająca, czyli fiksator lub filocytaza, oraz aglutyniny, ciepłotę dochodzącą do 60°. W ostatnich czasach stwierdził Sawczenko w badaniach nad hemolizą, że filocytaza zarówno w ustroju, jakoteż i poza ustrojem wybitnie pobudza fagocytozę ciałek czerwonych krwi; ciałka czerwone, które pochłonęły filocytazę, działają silnie chemotaktycznie dodatnio na fagocyty. Do podobnego wniosku doszedł Tarasiewicz. W licznych badaniach, w których zakażano zwierzęta śródotrzewnowo, przekonano się, że wstrzyknięcie do jamy brzusznej różnych cieczy, jakoto bulionu, uryny, a nawet fizyologicznego roztworu soli kuchennej na 24 godziny przed zakażeniem, silnie pobudza fagocytozę miejscową; według Bezredki i injekcya karminu do brzucha działa podobnie. Wytwory bakteryi stanowią zazwyczaj silne bodźce dla fagocytów. W zakażeniach mieszanych fagocytoza występuje niekiedy silniej, niż w zakażeniu każdym z danych drobnoustrojów zosobna; tak jest np. w zakażeniu laseecznikiem wąglika i prątkiem Friedlaendera (v. Dungern). W roku 1901 wyraził Miecznikow przypuszczenie, że w chorobach

nerwowych komórki ustroju tracą zapewne własność odpychania fagocytów, a przez to łatwiej ulegają pożarciu.

Czynniki upośledzające fagocytozę stanowią środki narkotyczne, jakoto opium, chloral, nizka ciepłota otoczenia, bezwodnik kwasu węglowego w znacznej ilości (Hamburger). Fagocyty, obładowane pożartemi cząstkami obcemi, choćby zupełnie obojętnemi, tracą na pewien czas zdolność pochłaniania innych cząstek, choćby obdarzonych silnem działaniem chemotaktycznem dodatniem. I tak, po pożarciu cząstek węgla drzewnego fagocyty nie pochłaniają już mikrobów (Bardach), po pożarciu drobnoustrojów niewinnych nie pochłaniają bakteryi chorobotwórczych. Fagocyty królika normalnego, odpornego na Bacterium Chauvaei, pochłaniają te prątki; gdy zaś wraz z niemi wprowadzić do ustroju królika Micrococcus prodigiosus, fagocyty pochłaniają tylko rzeczone ziarniaki, nie tykając zupełnie Bacterium Chauvaei, a wówczas zwierzę ulega chorobie zakaźnej (Roger). Istoty, występujące w surowicy krwi pod wpływem uodparniania na surowicę obcą, neutralizujące działanie aleksyny czyli cytazy, tak zw. antycytazy, również upośledzają fagocytozę. Ciała, spotykane w surowicy krwi, które osłabiają czynność fagocytów, Miecznikow nazwał antystymulinami.

Fagocytoza nie ogranicza się jednak do pochłaniania upostaciowanych cząstek obcych; z biegiem czasu poznano niektóre fakty, które świadczą, że fagocyty posiadają także zdolność pochłaniania ciał ciekłych. W latach 1893 i 1894 w pracowni prof. Koberta w Dorpacie Samojłow i Lipski wykazali zapomocą odczynów mikrochemicznych w ciałkach białych, należących do rzędu mikrofagów, oraz w makrofagach wątroby i śledziony żelazo, pochłonięte z podanego zwierzętom niezmiernie łatwo rozpuszczalnego preparatu ferrum oxydatum saxcharatum; Miecznikow wyniki tych badań w zupełności potwierdził.

Fagocytoza ciał ciekłych, a względnie rozpuszczonych, odgrywa ważną rolę w sprawach resorbcyi już w stanie fizyologicznym. Według Hofmeistera wchłanianie peptonów odbywa się za pośrednictwem ciałek białych. W niedawno ogłoszonej pracy dochodzi Kiszeński do wniosku, że pewną część tłuszczu, wchłoniętego w jelitach, pochłaniają w gruczołach krezkowych fagocyty, jak się zdaje, przeważnie komórki śródbłonkowe, po części złuszczone ze swego podłoża, a więc funkcyonujące jako makrofagi wolne; zdaniem Kiszeńskiego do przewodu piersiowego i do krwi dochodzi tłuszcz nietylko w postaci zawiesiny w limfie, ale i wewnątrz komórek, które go pochłonęły.

W stanach patologicznych fagocytoza cieczy nabiera wielkiej doniosłości ze względu na jady bakteryjne. Wobec wielkich trudności, jakie przedstawia bezpośrednie wykazanie tych toksyn we wnętrzu fagocytów, stwierdzono dotychczas doświadczalnie fagocytozę zaledwie jednego jadu bakteryjnego, mianowicie jadu tężcowego, który pochłaniają makrofagi, oraz niektóre komórki narządów rodnych (Miecznikow, Wassermann). Z dawniejszych badań Wassermanna wiadomo, że i substancya ośrodkowego układu nerwowego pochłania jad tężcowy, który wiążą zawarte w niej istoty tłuszczowe; Miecznikow podnosi jednak tę okoliczność, że w przeciwstawieniu do rzeczywistej fagocytozy wiązanie rzeczonego jadu przez miazgę mózgową lub rdzeniową jest stosunkowo słabe i przejściowe. Fagocyty pochłaniają także i jady innego rzędu; według Calmette'a i Lombarda ciałka białe pochłaniają atropinę, Bezredka wykazał fagocytozę roztworów arsenu przez makrofagi. Delezenne stwierdził pochłanianie przez fagocyty 10% roztworu żelatyny u psów, zwłaszcza po uprzedniem kilkakrotnem zastrzyknięciu im tego ciała.

W stanach patologicznych wśród zjawisk fagocytozy naczelne miejsce zajmuje pochłanianie mikrobów przez komórki zakażonego ustroju.

Jednym z zasadniczych zarzutów, jakie przeciwko teoryi Miecznikowa wytoczono, było to, że bakterye, spotykane w ciele fagocytów, nie zostały przez nie pochłonięte, ale dostały się tam mechanicznie, przez wrastanie lub wśrubowanie się mikrobów do protoplasmy. Wprawdzie znane są takie zjawiska, w których drobnoustroje niejako czynnie dostają się do wnętrza komórki, jakoto wchodzenie spiryl do wakuol komórek nabłonkowych przewodu pokarmowego niektórych zwierząt lub wchodzenie wśródkomórkowych pasożytów zimnicy do ciałek czerwonych krwi; zjawisk tych nie zalicza się jednak do fagocytozy. Spostrzeżenia zaś Miecznikowa świadczą, że do wnętrza fagocytów nie mogą się dostać czynnie nawet takie drobnoustroje, jak spiryle Obermeyera, które dzięki wybitnym swym ruchom śrubowym miałyby jeszcze największe do tego dane; zetknąwszy się z powierzchnią fagocyta, twory te odbijają się o nią lub przez pewien przeciąg czasu na niej pozostają, nie mogą jednak nigdy wśrubować się w głąb protoplasmy, jak to twierdził Ribbert jeszcze w r. 1901. Według Miecznikowa bakterye nie wchodzą nigdy czynnie nietylko do żywych, ale nawet do obumarłych ciałek białych; co się zaś tyczy wrastania do fagocytów, to jedynie grzyby rosną tak intensywnie, że mogą wrastać do różnych komórek, a nawet przerastać je na wylot. Drugi zarzut, zwrócony przeciwko nauce o fagocytozie, stanowi twierdzenie, że fagocyty wprawdzie pochłaniają bakterye, ale nie żywe, a tylko obumarłe. Z zarzutem tym wystąpił jako jeden z pierwszych Flügge, nazywając ciałka białe grobami, kryjącymi trupy drobnoustrojów. Przed kilku laty podobny pogląd wyraził Ziegler, którego zdaniem fagocyty pochłaniają tylko martwe lub obumierające mikroby, a w ostatnich czasach obstaje jeszcze przy takim poglądzie Radziewski, który uważa fagocyty za skład zwyrodniałych, nawpół zniszczonych lub też już obumarłych mikrobów. Zarzut ten nie może jednak ostać się wobec wyniku badań Lubarscha, Petruschkiego, Miecznikowa, Laverana i Mésnila i in., w których stwierdzono dwa fakty, dowodzące, że pochłonięte przez fagocyty drobnoustroje żyją; stwierdzono mianowicie właściwe ruchy bakteryi poruszających się, jakoto przecinkowca cholery, laseczników błękitnej ropy i wibryona Miecznikowa, w wakuolach protoplasmy fagocytów, które mikroby te pochłonęły, oraz rozmnażanie się w ciele fagocytów różnych drobnoustrojów, jakoto przecinkowców cholery, laseczników gruźlicy, trądu, oraz błękitnej ropy, wibryona Miecznikowa, mikrobów posocznicy myszy i in. Mnożenie się pochłoniętych mikrobów w protoplasmie fagocyta odbywa się niekiedy z taką siłą, że rozmnożone bakterye rozsadzają komórkę i wysypują się do jej otoczenia.

Do ostatnich niemal czasów niektórzy badacze twierdzą, że fagocyty pochłaniają wprawdzie bakterye żywe, ale wogóle osłabione w swej żywotności, szczególnie zaś pod względem jadowitości, a nawet wręcz unieszkodliwione przez

inne czynniki obronne ustroju wyższego, jakoto działanie bakteryobójcze soków (Charrin, Weryho i in.), lub też przez aglutyniny (Gruber). Przeciwko osłabieniu ogólnemu sił żywotnych drobnoustrojów już wykształconych w chwili ich pożarcia przemawia silne ich rozmnażanie się w pewnych przypadkach w protoplasmie fagocytów, przeciwko zaś osłabieniu zarodników ich kiełkowanie, co stwierdzono w badaniach nad laseecznikiem wąglika; co się zaś tyczy osłabienia jadowitości pochłanianych mikrobów, to badania nad tężcem, wąglikiem, paciorkowcem ropnym i mikrobami czerwonki świń (Mésnil) dowodzą, że drobnoustroje te po wydostaniu się z protoplasmy fagocytów, które je pochłonęły, w pewnych przypadkach okazują taką samą jadowitość, jak przed fagocytozą.

Przytoczone badania świadczą przeto, że fagocyty pochłaniają nie trupy bakteryi, ani też mikroby osłabione, ale drobnoustroje żywe, w pełni sił żywotnych i właściwej im jadowitości.

W pewnych warunkach drobnoustroje, które odpychają fagocyty, bronią się przed fagocytami przez własne wytwory, niekiedy zaś wydzielają przytem śluzowatą otoczkę; oprócz paciorkowca, co już wyżej zaznaczono, otoczkę taką wytwarzają niekiedy laseczniki wąglika (Radziewski), oraz niektóre drożdżaki (Curtis). Atoli w przeważnej części przypadków fagocyty mniej lub więcej intensywnie pochłaniają drobnoustroje. Pochłonięte mikroby mogą wprawdzie oddziaływać szkodliwie na protoplasmę komórkową, niekiedy nawet zniszczyć ją zupełnie, a wyszedłszy w ten sposób zwycięzko w walce z pożerającemi je komórkami, odzyskać wolność. (Fig. 13). Zazwyczaj jednak pożarte mikroby, podobnie jak inne cząstki obce, pochłonięte przez komórki, same ulegają w ich wnętrzu działaniu chemicznemu protoplasmy, mianowicie strawieniu przez zawarte we fagocytach fermenty, co prowadzi do zupełnego ich zniszczenia.


Fig. 13.

W badaniach nad sprawami odżywczemi u niektórych tworów niższych stwierdzono, że przeróbka wśródkomórkowa pochłoniętych cząstek odbywa się przy pomocy zawartych w komórkach zaczynów, czyli t. z. endoenzymów. Jeszcze w r. 1878 Krukenberg wykazał u śluzowców w okresie plasmodyów zaczyn wśródkomórkowy, działający w odczynie kwaśnym proteolitycznie, podobnie jak pepsyna. Znacznie później, bo dopiero w roku 1901 Mouton wykrył w pierwoszczu pełzaków zaczyn podobny do trypsyny, t. z. amebodiastazę, działający w odczynie alkalicznym, oraz słabo kwaśnym, niszczony przez ciepłotę 60°; Mésnil zaś wykrył w protoplasmie ukwiałów t. z. aktyniodiastazę, ferment również proteolityczny.

W ciałkach białych zwierząt kręgowych wykryto już dotychczas w licznych badaniach cały szereg przeróżnych fermentów, mianowicie zaczyn włóknikowy, diastatyczny, ferment proteolityczny i rozpuszczający żelatynę, zaczyn tłuszczowy, ferment podpuszczkowy, zaczyn utleniający, ferment przeciwdziałający krzepnięciu krwi (Delezenne), oraz t. z. enterokinazę, ferment, którego istnienie wykazał Szepowalnikow w soku jelitowym, a który wprawia w stan czynny zaczyny trzustkowe (Delezenne). Nadto w badaniach nad własnościami bakteryobójczemi soków ustroju przekonano się, że jedna z istot głównych, stanowiących o tych własnościach, t. j. aleksyna Buchnera, pochodzi również z ciałek białych. Okazało się przytem, że istota ta posiada wiele zasadniczych własności, właściwych zaczynom; stąd Miecznikow aleksynę nazwał cytazą, a odróżnia on dwa jej gatunki, mianowicie pochodzącą z mikrofagów mikrocytazę, oraz makrocytazę, pochodzącą z makrofagów. Cytaza należy przeto do rzędu endoenzymów; podobnie jak amebodiastaza jest ona zaczynem trawiennym, działającym proteolitycznie; ogrzanie do 55° w ciągu godziny znosi jej działanie. Analogicznie z szeregiem różnych innych fermentów, przez uodpornienie zwierząt na cytazę, zawartą w ciałkach białych różnogatunkowych, powstaje w ich surowicy ciało antagonistyczne, czyli antycytaza (Wassermann). Cytazę znajduje się nietylko w plasmie fagocytów, ale i w surowicy krwi, a in vivo w warunkach patologicznych w różnych cieczach ustroju, zwłaszcza w wysiękach zapalnych. Cytaza ta pochodzi niewątpliwie z ciałek białych; zapatrywania badaczów rozchodzą się tylko co do sposobu, w jaki zaczyn ten z fagocytów dostaje się do ich otoczenia; według Buchnera, Trommsdorfa i in. ciałka białe za życia wydzielają cytazę do środowiska, w którem się znajdują, Miecznikow zaś i Bail twierdzą, że fagocyty żywe nie oddają zawartej w ich protoplasmie cytazy; a że istota ta dostaje się do otoczenia jedynie przy rozpadzie obumarłych ciałek białych, bądź naturalnym, jak to się zdarza zwłaszcza w stosunkach patologicznych, bądź sprowadzonym sztucznie przy otrzymywaniu surowicy krwi. Badania porównawcze, jakie przeprowadził Gengou nad własnościami bakteryobójczemi surowicy krwi, oraz cieczy zbliżonej do osocza, przemawiają wielce za słusznością twierdzenia Miecznikowa. Wobec tego, że rozpad fagocytów odbywa się nietylko w stanach patologicznych, ale i w warunkach prawidłowych, jest rzeczą do prawdy podobną, że i w stanie fizyologicznym cytaza w małej ilości krąży w sokach ustroju.

Mikrocytaza trawi głównie drobnoustroje; komórki wyższego rzędu, jakoto obce ciałka czerwone krwi, trawi z wielką trudnością, nawet gdy ciałka te są swoiście uczulone. Makrocytoza zaś trawi natomiast silnie większe komórki obce, jakoto ciałka czerwone, nawet stosunkowo trudno ulegające strawieniu ich jądra, plemniki i inne, a na drobnoustroje działa wogóle słabo.

Zdaniem Miecznikowa fagocyty zawierają i drugą istotę współdziałającą w czynności bakteryobójczej, a względnie ciałkobójczej surowic swoistych, mianowicie istotę uczulającą czyli fiksatora. Obecność fiksatora antycholerycznego w śledzionie, gruczołach limfatycznych i szpiku kostnym, a więc w narządach, zawierających dużo fagocytów, wykazali u zwierząt uodpornionych na cholerę Pfeiffer i Marx; istota ta występuje w rzeczonych narządach w czasie, gdy nie można jeszcze wykryć jej we krwi. Miecznikow uważa przeto, że fiksator dostaje się do krwi z fagocytów przytoczonych narządów; jego zdaniem, nie potrzeba jednak do tego rozpadu fagocytów, a w przeciwstawieniu do cytazy komórki wydzielają fiksatora podczas trawienia wśródkomórkowego pochłoniętych tworów. Według Miecznikowa i antytoksyny oraz antycytotoksyny są prawdopodobnie również wytworami protoplasmy fagocytów.

Które z powyżej przytoczonych fermentów wśródko-

mórkowych działają na pochłonięte przez fagocyty mikroby, nie jest jeszcze rzeczą zupełnie wyjaśnioną; to jedno tylko można twierdzić z wielkiem do prawdy podobieństwem, że główną z istot działających jest cytaza. W przeważnej części przypadków trawienie wśródkomórkowe mikrobów odbywa się we fagocytach, podobnie jak u pełzaków lub wymoczków, w odczynie kwaśnym, rzadko zaś w odczynie alkalicznym. Stwierdzono to głównie zapomocą barwienia in vivo fagocytów, które pochłonęły drobnoustroje, 1% czerwienią obojętną Ehrlicha; czerwone zabarwienie wielu gatunków pochłoniętych bakteryi, oraz zawartości płynnej wakuol, wytworzonych w ich otoczeniu w protoplasmie fagocyta, świadczy o zachodzącym tam odczynie kwaśnym. Według Kossela w wakuolach trawiennych fagocytów gromadzi się wydzielany przez jądro kwas nukleinowy, działający bakteryobójczo na niektóre gatunki bakteryi chorobotwórczych.

(Dok. nast.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Nauka o chorobach wewnętrznych. (Kraków. 1903. T. III. Zeszyt I. Str. 1—121). Doc. Dr. Józef Wiczkowski: *Choroby narządu moczowego.*

Autor dzieło swoje poprzedził wstępem, w którym wyłuszczył rodzaj dyagnostyki chorób nerkowych, zatytułowanej: „Ogólne uwagi“. Rozbiera on w nich rozmaite postacie białkomoczu, moczenie krwawe i zabarwione barwikami krwi, dalej przedstawia najwybitniejsze cechy chorób nerkowych i wreszcie omawia dość obszernie najnowsze wyniki, zdobyte kryoskopią moczu i krwi. Po tym wstępie przechodzi autor do szczególnej patologii i terapii chorób nerkowych, które dzieli: na 1⁰ zaburzenia w krążeniu (nawał i niedokrwistość); 2⁰ zapalenia nieropne (zapalenie nerek ostre, miąższowe i śródmiąższowe); 3⁰ zapalenia ropne; 4⁰ zwyrodnienia nerek (skrobiawica) wraz z formami pasorzytnemi (gruźlica, rak); 5⁰ kamica nerkowa i nerkobóle. Oczywiście jest to zarówno co do treści, jak i co do objętości najgłówniejsza część pracy i w niej poznać najłatwiej cechy całego dzieła. Autor bardzo szczegółowo mimo zwięzłej formy omawia przyczyny zapalenia, kamicy i t. d., rozpoznanie, które dla nadania mu należytej odrębności wydrukowano większemi czcionkami, a szczególnie leczenie, w którem uwzględnia prawie wszystkie nowsze zdobycze naukowe, zwłaszcza w dziale dyetetyki. W powodzi przetworów chemicznych potrafił autor wybrać i ocenić najważniejsze, słusznie pomijając milczeniem liczne wytwory, któremi zarzucają nas firmy fabryczno-chemiczne. Następny rozdział traktuje o chorobach pęcherza (nieżyt, gruźlica itd.). I tu stosował się autor do potrzeb ogółu lekarzy, trzymając rzecz w granicach wykładu ściśle rzeczowego, a unikając rozwlekłości i zbytecznych przytoczeń z piśmiennictwa. W ostatnim rozdziale umieścił autor choroby narządu płciowego (niedołęztwo męskie, bezpłemność i t. d.) i na kilku kartkach podał najważniejsze dane, dotyczące przyczyn i leczenia. Chorobę Adisona, jako cierpienie nadnercza, opracował autor w osobnym rozdziale możliwie zwięźle, nie pomijając wszakże doświadczeń fizyologicznych i dociekań chemicznych, których przedmiotem był ten złowrogi gruczoł.

Cała praca nosi niezaprzeczenie cechy bardzo indywidualne, co jej nadaje szczególną jednolitość. Zarówno sposób traktowania przedmiotu, jak i sama forma, jest wszędzie ta sama. Styl zwięzły i bardzo prosty. Jasność wykładu i pewne zharmonizowanie poszczególnych części sprawia, że książka czyta się łatwo i nie nuży mimo złych warunków zewnętrznych, zbyt drobnego i zbitego druku, który tylko w kilku miejscach zastąpiono większym i wyraźniejszym. *Dr. Wacław Moraczewski* (Lwów).

V. Wyciągi.

Rebbeling. **Przypadek gruźlicy pierwotnej ucha środkowego.** (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, Tom 46). Przypadek ten dotyczy 10-tygodniowego dziecka, u którego wykonano operacyę doszczętną z powodu ropienia ucha środkowego. Dziecko umarło po paru tygodniach z powodu przerzutów ropnych w tkance podskórnej i w płucach. Na sekcyi stwierdzono makroskopowo i mikroskopowo gruźlicę ucha środkowego prawego; tkanka wzięta do badania przedstawiała typowy obraz gruźlicy, nadto stwierdzono w niej obecność prątków gruźliczych. Poza tem w ciele nigdzie gruźlicy nie znaleziono. Ogniska przerzutowe wywołane zostały przez bakterye ropne. Co do sposobu zakażenia, to Barnick przypuszcza u dzieci w pierwszych tygodniach życia wprost przeniesienie prątków z matki na płód w łonie matki. R. sądzi, że i w tych przypadkach przeważnie następuje zakażenie przez trąbkę Eustachiusza w życiu pozapłodowem. Matka dziecka istotnie była chora na gruźlicę płuc. *Dr. Teofil Zalewski.*

Liepmann. **Cukrzyca i „metritis dissecans“, nadto przyczynek do patologii tej ostatniej.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 70, zeszyt 2). Autor opisuje 3 przypadki porodu, które ze względu na powikłania są bardzo rzadkie i ciekawe. Szczególnie jeden przypadek zdaje się być unikatem w piśmiennictwie. U trzydziestoletniej wieloródki w 8 m. ciąży wykazano w moczu ślad białka i znaczną ilość cukru i obrzęk kończyn dolnych. Od 2 miesięcy zauważyła chora zmniejszanie się ilości moczu, natomiast znaczne powiększenie objętości brzucha (nadmiar potoku). Obecnie potok doszedł do takich rozmiarów, że musiano przebić pęcherz płodowy, przyczem odeszło 12 litrów wód. Wskutek krwotoku wykonano obrót, wyciągnięto płód, ręcznie wydobyto łożysko i wytamponowano macicę. Po porodzie ciepłota wynosiła 39·5, tętno 124, cukier w moczu znikł. Na drugi dzień połogu ciepłota 40,7—38,7, ilość moczu 1280, cukru 0·8%; na 3 dzień 40·0, ilość moczu 9800!, cukru 4% — chora niespokojna. W ósmym dniu połogu śpiączka, w moczu znaczne ilości acetonu; w dziewiątym zapad, ciepłota 36,2; w dziesiątym śmierć. Sekcya wykazała „metritis dissecans.“ W przypadku tym uderza obfitość potoku i obecność cukru gronowego w wodach płodowych. Różnie tłómaczą te objawy: autor sądzi, że częściowo przyczyniają się do tego zmiany w nerkach u ciężarnych. Dążąc do rozpuszczenia cukru ustrój oddziaływa wzmożeniem swych soków. Przy nerkach zdrowych z moczem odchodzi ten nadmiar soków ustrojowych; to też ilość moczu wzrasta. Z chwilą uszkodzenia przybłonków nerkowych (białko w moczu) ustrój stara się pozbyć swych wzmożonych soków innemi drogami i czyni to do worka owodni. Dalej potwierdza się w tym przypadku znany u chorych na cukrzycę objaw, że po zabiegach operacyjnych wzrasta znacznie ilość cukru, a autor przytacza przypadki, gdzie już sam poród stanowił dostateczny uraz, po którym ilość cukru w moczu wzrosła i przyczyniła się do pogorszenia stanu ogólnego. Wreszcie stara się autor wytłómaczyć spostrzegane wzniesienia ciepłoty. Jeżeli ręczne wydobycie łożyska i tamponada macicy już same przez się wywołują niebezpieczeństwo zakażenia posoczniczego, to staje się ono tem większe u chorych na cukrzycę. Grossman wykazał, że bakterye ropotwórcze znacznie łatwiej i szybciej rosną na pożywkach zawierających cukier, a tem samem łatwiej się osadzają i rozwijają u chorych na cukrzycę, których soki ustrojowe zawierają 0·3—0·5 cukru. A teraz macica: na wewnętrznych jej ścianach zauważono części obumarłe, szaro-zielono zabarwione, wyraźnie oddzielone od reszty tkanki mięśniowej; drobnowid wykazuje w naczyniach i przestworach chłonnych masy łańcuszkowców, nie przechodzących jednak na tkankę zdrową. Ze względu na ten obraz, spotykany zawsze w „metritis dissecans“, proponuje autor porzucić tę nic nie znaczącą nazwę i zastąpić ją inną, podaną przez Döderleina: „gangraena uteri partialis“, która przynajmniej przedstawia proces anatomopatologiczny. W drugim przypadku przyszło w następstwie poronienia z zakażeniem posocznicem również do „metritis dissecans“, ale nadto „perforans“ po oddzieleniu się odsłoiny zgorzelinowej. W trzecim przypadku, który przedstawiał typowy obraz posocznicy, sekcya wykazała również wybitny obraz „metritis dissecans.“ *Dr. E. Ehrenpreis.*

Habermann. **Przyczynek do patologii tak zwanej twardzieli usznej** (*otosclerosis*). (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Tom 60). H. opisuje zmiany, jakie znalazł w 12 kościach skalistych w przypadkach twardzieli usznej. We wszystkich przypadkach znalazł zmiany, podobne do zmian w przypadkach *ostitis vasculosa* Volkmana. Podobne zmiany znalazł Sołowiejczyk na kościach czaszki w przypadkach kiły. Zmiany chorobowe zwykle zaczynały

się w tych miejscach, gdzie z okostnej wchodzi jakie większe naczynie. Jakkolwiek H. znajdował zmiany w rozmaitych miejscach kości skalistej, np. także i w przewodzie usznym wewnętrznym, to jednak stale stwierdzał zmiany w okolicy okienek. Zastanawiając się nad zmianami, jakie w tych 12 przypadkach wykrył i porównywując je ze zmianami, spotykanemi w przypadkach kiły, uznaje II. te zmiany, jako zmiany kiłowe. Na podstawie badań swoich utrzymuje on, że kiła w powstawaniu twardzieli usznej odgrywa nieposlednią rolę. Gradenigo również też przypisuje kile wielką rolę w powstawaniu twardzieli usznej. *Dr. Teofil Zalewski.*

Grossmann. **Połogowe zapalenie żył.** (*Arch. f. Gyn.* Tom 70, Zesz. 3). Pierwszy Sippel zwrócił uwagę, że chcąc doszczętnie leczyć gorączkę połogową, nie wystarcza tylko wyjąć macicę, lecz także i zajęte żyły nasienne i maciczne. Propozycyę Sippla zapomniano, aż dopiero Trendelenburg w r. 1902 ogłosił przypadek, w którym podwiązanie i przecięcie żyły podbrzusznej, a następnie i wycięcie kawałka żyły nasiennej, uratowało chorej życie. Trendelenburg operuje pozaotrzewnowo, Sippel śródotrzewnowo; ten ostatni sposób jest bardziej polecenia godny, gdyż pozwala na dokładne oryentowanie się w każdym kierunku. Trendelenburg poleca operacyę tę wykonać wczas, a mianowicie po drugim dreszczu; Sippel uznaje tylko wskazanie życiowe. Zdaje się, że tu także trzeba indywidualizować; dotychczas znane przypadki przemawiają za twierdzeniem Sippla, tembardziej, że wiele przypadków połogowego zapalenia żył kończy się samoistnem wyleczeniem. Również niema zgody, które żyły odgrywają ważniejszą rolę, podbrzuszne czy nasienne. Umiejscowienie zakrzepicy najlepiej oznaczyć przed zabiegiem w uśpieniu chorej. Trendelenburg radzi w wątpliwych przypadkach podwiązać najpierw obie żyły podbrzuszne, a dopiero, gdyby ropienie dalej postępowało i dreszcze się powtarzały, następowo i żyły nasienne: główny jednak nacisk kładzie na żyły podbrzuszne i celem ich odsłonięcia prowadzi cięcie nad więzem Pouparta. Do podwiązania żyły nasiennej należy cięcie to przedłużyć aż do końca 11 żebra. W końcu podaje autor statystykę 105 przypadków i sądzi, że w przypadkach rozpaczliwych nie powinno się zapominać o opisanej metodzie leczniczej.

Dr. E. Ehrenpreis.

Paschkis. **W sprawie higieny palenia tytoniu.** (*Wiener medicinische Presse*, Nr. 4, 1904). Po wstępnych, wyczerpujących uwagach, tyczących się przyrządzania tytoniu i zapotrzebowania go w poszczególnych krajach europejskich, omawia autor szkodliwy wpływ palenia, okazujący się w postaci ostrego lub przewlekłego zatrucia nikotyną. W zasadzie jednak nie jest to zatrucie nikotyną, wywołane bowiem objawy są zupełnie innego pochodzenia; w nader drobnych ilościach przechodzi nikotyna jako taka w dym, nie będący niczem innem, jak suchą destylacyą, zawierającą znaczniejszą ilość różnych szkodliwych składników, jak kwas węglowy, tlenek węgla, cyanowodór, siarkowodór, a szczególnie zasady pirydyny. Wobec tego należałoby mówić o zatruciu dymem tytoniowym. Przewlekłe zatrucie objawia się nieżytami błon śluzowych narządu oddechowego, zaburzeniami krążenia, przewodu pokarmowego i układu nerwowego. Leczenie polega na usunięciu przyczyny, a więc zaprzestaniu palenia; leczenie zakładowe jest jedynie wskazane w psychozach, które zresztą występują u ludzi, żujących tytoń lub zażywających nadmiernie tabakę. Pod względem zdrowotnym stoi palenie fajki wyżej, aniżeli cygara, które zresztą winny być palone z cygarniczki; wogóle zaś można powiedzieć, że palenie tytoniu nie wpływa ujemnie na wiek, wiadomo bowiem, że wielu silnych palaczy dochodzi do późnej starości.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Höflmayr. **W sprawie etyologii i terapii neurastenii.** (*Wiener klin. Rundschau*, Nr. 7, 1904). Autor odróżnia dwie wielkie grupy chorych: w jednej występują na pierwszy plan zaburzenia ze strony nerwu spółczulnego, w drugiej — błędnego. W pierwszym wypadku skarżą się chorzy na dotkliwy ból głowy, połączony z uczuciem ucisku, szumem w uszach, zawrotami i wogóle objawami, będącymi następstwem niedokrewnego mózgu, a więc osłabiona pamięć, upośledzone myślenie i t. p., wreszcie pojawiają się w przeważającej liczbie przypadków większe lub mniejsze zmiany w narządzie krążenia: przyspieszona czynność serca, niemiarowość tętna i t. p. Tu także należą zaburzenia naczynio-ruchowe, jak zimne palce u rąk i nóg, lub też bladość twarzy, występująca naprzemian z zarumienieniem. W drugiej grupie, polegającej na zaburzeniach w zakresie nerwu błędnego, zasługuje na uwagę upośledzona czynność przewodu pokarmowego i serca, uczucie ciężkości na piersiach, utrudnione oddychanie, szybkie nużenie się, a czasami utrudnione połykanie i kurczowy kaszel. Już z tego podziału można z łatwością wysnuć wskazówki lecznicze: w pierwszym więc przypadku zadaniem leczenia będzie przywrócić i utrzymać stan prawidłowy w narządzie krążenia, w drugim usunąć zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Odnośnie do narządu krążenia bardzo dobre usługi oddaje lekka ogólna faradyzacya (8—10 minut) lub też galwanizacya (3 razy tygodniowo) nerwu spółczulnego po obydwóch stronach szyi (elektrodą widełkowatą), wraz z codziennemi półkąpiołkami. Leczenie psychiczne lub środkami aptecznymi bez zabiegów fizykalnych nie prowadzi zazwyczaj do żadnego celu. W przypadkach, należących do drugiej grupy, trzeba całą uwagę zwrócić na przewód pokarmowy, przeprowadzając oprócz wyżej przytoczonych zabiegów systematyczne leczenie dyetetyczne.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Halban. **Powstanie cech płciowych.** (*Archiv für Gyn.*, tom 70, zeszyt 2). Autor omawia krytycznie teorye, odnoszące się do wpływu gruczołu zarodkowego (*Keimdrüse*) na powstanie reszty narządów płciowych. Gruczoł zarodkowy różniczkuje się już w 5 tygodniu życia zarodkowego na jajnik lub jądro, podczas gdy reszta narządu płciowego dopiero z końcem 3 miesiąca i stąd powstało przypuszczenie, że gruczoł zarodkowy, a więc jajnik lub jądro, jako narząd pierwotny, wywołuje różniczkowanie się przewodów Wolffa i Müllera na narządy płciowe męzkie i żeńskie. Wpływ ten pojmowano w tem znaczeniu, że jeżeli powstał jajnik, wówczas marniały przewody Wolffa, a z narządów Müllera miały się rozwinąć części rodne żeńskie — i na odwrót: jądro miało powodować powstanie części rodnych męzkich z narządów Wolffa. Wpływ ten wydawał się tem bardziej zrozumiałym, że gruczoły zarodkowe i w życiu pozamacicznem odgrywają wielką rolę w dalszym rozwoju i utrzymaniu reszty narządu płciowego. Teoryę tę w ostatnich czasach wyznaje głównie Herbst, który w ogóle utrzymuje, że i szereg innych narządów zawdzięcza swój rozwój jakiemuś wpływowi morfogenetycznemu, wychodzącemu z innego narządu. Mimo wielu jednak przykładów, podanych przez Herbsta z życia roślin i niższych i wyższych zwierząt, nie mamy dotąd żadnej podstawy do przyjęcia podobnego wzajemnego stosunku rozwojowego narządów. Chcąc dojść do prawdy, o ile gruczoł zarodkowy wpływa na powstanie homologicznych narządów płciowych, przyjął autor za punkt wyjścia potwory, u których w ogóle zachodzi brak gruczołu zarodkowego. I tak opisuje 8 przypadków, — podanych przez Grubera — wrodzonego obustronnego braku jąder (*anorchia*), które dostatecznie wykazują bezpodstawność teoryi Herbsta. Potwierdzają to zresztą przypadki obojnactwa, w których n. p. istnieją dobrze rozwinięte części płciowe męzkie zewnętrzne i wewnętrzne u osobników, które posiadają tylko jajniki, — a nie gruczoł zarodkowy homologiczny, t. j. nie jądra. Dalej zastanawia się autor nad pytaniem, czy należy może temu gruczołowi zarodkowemu przypisać działanie hamujące na rozwój narządów płci odwrotnej, — jak to twierdzą Herbst, Tichomiroff i Kurella? Niedorozwój więc n. p. części rodnych zewnętrznych męzkich u obojnaka rzekomego niewieściego, tłómaczą oni działaniem hamującem jajników na narządy płciowe męzkie. I ta teorya niema racyi bytu. Zdaniem autora założenie narządów płciowych zupełnie jest niezależne od gruczołu zarodkowego, ale jedna i ta sama przyczyna, — dotąd nam nieznana, — wywołuje różniczkowanie się gruczołu zarodkowego w 5 tygodniu, a narządów Wolffa i Müllera w 3 miesiącu życia wśródmacicznego. Zdaje się, że charakter płciowy płodu już jest zaznaczony w pierwszych dniach po zapłodnieniu jajka, jeżeli jajko niezapłodnione już nie posiada oznaczonej płci, jak sądzą niektórzy, za czem przemawia wiele faktów, np.spostrzeganych w rozwoju bliźniąt jednojajowych, które zawsze posiadają tę samą płeć. Jeżeli zaś w tej regule występują wyjątki, które stwarzają obojnactwo prawdziwe i rzekome, to tu idzie o jakąś przeszkodę już w założeniu narządów rodnych, wywołaną przez przyczynę nam zupełnie nieznaną. Na powstanie więc narządów płciowych gruczoł zarodkowy nie ma żadnego wpływu, natomiast zdaje się, że istnieje taki wpływ na ich rozwój, ale też dopiero w czasie pokwitania płciowego. Dalej omawia autor wpływ gruczołu zarodkowego na cechy płciowe drugorzędne, t. j. takie, które są charakterystyczne dla pewnej płci, nie mają jednak nic wspólnego ze sprawą zarodczą, a więc: u kobiet sutki, budowa krtani, owłosienie i t. p. Przytoczywszy bardzo ciekawe przykłady, dochodzi autor do przekonania, że gruczoły zarodkowe nie są konieczne dla powstania drugorzędnych cech płciowych, że jednak brak tego gruczołu upośledza zwykle ich rozwój. Zdaniem autora także i te cechy drugorzędne płciowe są już w założeniu zróżniczkowane na męzkie i żeńskie. Tak więc rozwijają się sutki u mężczyzny tylko do pewnego stopnia, poczem zostają szczątkowe, podczas gdy u dziewcząt sutki już *a priori* są przeznaczone do tego, aby się należycie rozwinąć. Wobec tego nie można mówić o cechach płciowych drugorzędnych, gdyż powstanie ich przypada na ten sam czas, jak gruczołu zarodkowego i narządów rodnych zewnętrznych i wewnętrznych, a tylko rozwój ich przypada na czas późniejszy. Różnice te czasowe

zdają się polegać na różnej energii rozwojowej dla pojedynczych cech płciowych; i tak najszybciej rozwija się gruczoł zarodkowy (5—6 tydzień zarodkowy); powolniej reszta narządów płciowych (3 miesiąc zarodkowy), a najpowolniej cechy płciowe drugorzędne; rozwój ich więc jest ciągły, choć niewidoczny. Ostatecznie wszystkie narządy ustrojowe rozwijają się ciągle, niewidocznie, nim dojdą do szczytu i rozpoczną funkcyonować, jedne wcześniej, drugie później. Także i tu może się zdarzyć, że cechy płciowe drugorzędne i gruczoł zarodkowy należą do różnych płci, n. p. mężczyzni mogą mieć rozwinięte sutki, kobiety brody i t. p. Przypadki takie należy również uważać jako obojnactwo; to są osobniki, u których zasada jednopłciowości już w założeniu jajka doznała przeszkody. Pojęcie obojnactwa, które dotąd obejmowało tylko różnice płciowe w założeniu gruczołu zarodkowego i części rodnych, należy stanowczo rozszerzyć i na cechy płciowe drugorzędne. Autor proponuje nazwę: *pseudohermaphroditismus secundarius*. Do całokształtu cech płciowych należy jeszcze pociąg płci jednej do płci drugiej, poczucie wstydu i cały zbiór właściwości, które obejmujemy nazwą „masculinismus“ i „feminismus.“ Autor dowodzi na przykładach, że i te psychiczne charaktery płciowe są każdej płci wrodzone, a więc czasowo również pierwszorzędne, a tylko potrzebują pewnego czasu, aby się rozwinęły i uwidoczniły. Dziecko więc nie jest „neutriusgeneris“, ale posiada już swoistą istność, której my z powodu jej niedostatecznego rozwoju nie jesteśmy w stanie rozróżnić. Zupełny rozwój psychicznych cech płciowych zależy również od gruczołu zarodkowego i przypada na okres pokwitowania płciowego. Zwykle psychiczna cecha płciowa odpowiada gruczołowi zarodkowemu, wyjątki oznaczamy mianem „homoseksualizmu“, n. p. jeżeli mężczyzna, zresztą zupełnie prawidłowo rozwinięty, czuje pociąg również do płci męzkiej. Takie osobniki uważa autor również jako obojnaki i proponuje dla tej grupy nazwę: „pseudohermaphroditismus psychicus“, zapatrywanie, któreby miało ważne znaczenie sądowo-lekarskie.

Dr. E. Ehrenpreis.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie z dnia 22 grudnia 1903.

Przewodniczący Radca Dworu prof. Korczyński. Obecnych członków 14.

1. Prof Dr. Jakubowski składa sprawozdanie z doświadczeń klinicznych, poczynionych w szpitalu św. Ludwika, co do skuteczności i dobroci wina borówkowego wyrobu Dra Władysława Mogilnickiego w Buczaczu. Oddawna uczuwać się dawała potrzeba wyrabiania w kraju tego wina, które nadaje się do leczenia niektórych postaci chorób żołądka i jelit osobliwie, jeżeli im towarzyszy biegunka. Wino wyrobu Dra Mogilnickiego, ulepszone za wskazówką Komisyi przemysł.-lekar., w obecnym swym składzie czyni zadość warunkom dobrego przetworu dyetetycznego i leczniczego. W kilku przypadkach, w których naumyślnie nie podawano żadnych innych leków, osiągnięto wyniki korzystne. Wino to jest smaczne i nie rozkłada się nawet przy dłuższem staniu w zwykłej ciepłocie pokojowej. Z badania chemicznego, dokonanego przez Doc. Dra Lembergera, wynika, że wino to jest naturalnym wytworem, uzyskanym z borówek i zawiera mierną ilość kwasu garbnikowego, przez co ma smak przyjemniejszy od win czerwonych, bogatych w garbnik. Mniejsza zawartość wyskoku odróżnia wino to, jako napój dyetetyczny, od win czerwonych, zamożnych w wyskok, a zwykle alkoholizowanych. Wino to zasługuje więc na wszechstronne poparcie i rozpowszechnienie i może w zupełności zastąpić podobne wyroby zagraniczne. (Wniosek ten zamieniło w uchwałę Tow. lek. krak. na posiedzeniu d. 3 lutego 1904).

2. Przyjęto z uznaniem do wiadomości referat Doc. Dra Lembergera co do pieczywa higienicznego z fabryki p. Gurgula w Jarosławiu. Ponieważ stwierdzono, że fabryka ta dostarcza wyrobów, które z zagranicznymi śmiało mogą rywalizować, a dokładnością i czystością wiele podobnych przetworów zagranicznych przewyższają, przeto uchwalono pieczywo to przedstawić Tow. lek. krak. jako wyrób krajowy, zasługujący na polecenie. (Wniosek ten Tow. lek. krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu d. 3 lutego 1904)

3. Jodonal (bismutum trijodophenylicum) wyrobu Dra Zawadzkiego w Sosnowicy (gub. Siedlecka) oddano Prof. Drowi Reissowi i Doc. Dr. Lembergerowi do zbadania i ocenienia.

4. Na podstawie badania chemicznego, wykonanego przez Doc. Dra Lembergera i badań, podjętych w klinice chorób wewnętrznych, uchwalono przedstawić Tow. lek. krak. pastylki nitroglicerynowe wyrobu aptekarza mag. farm Bartmańskiego do polecenia, jako wyrób odpowiadający wszelkim wymaganiom techniki farmaceutycznej. (Wniosek ten Tow. lek. krak. przyjęło na posiedzeniu dnia 3 lutego 1904 r.).

5. Dr. Śliwiński zdaje sprawę z kontroli, przeprowadzonej w fabryce wód sztucznych leczniczych K. Rzący i Chmurskiego. Od ostatniej kontroli w fabryce tej przybyło nowe urządzenie zbiorników na wodę destylowaną, umieszczone w piwnicy; przyrząd destylacyjny, działający automatycznie i nowa pracownia chemiczna. Oprócz tego dobrze urządzona osobna poczekalnia dla interesantów. Wiadomość o tych ulepszeniach przyjęła Komisya z uznaniem do wiadomości

6. Na wniosek przewodniczącego uchwalono zwrócić uwagę lekarzy praktykujących, ażeby byli mniej pochopni z wystawianiem poświadczeń skuteczności wód i przetworów zdrojowych zagranicznych, o ile one krajowemi zastąpić się dadzą. Polecenia takie czynią ujmę zdrojowi-kom krajowym.

7. Uchwalono poczynić dalsze starania celem obniżenia cen galicyjskich wód mineralnych w Królestwie Polskiem.

8. Na podstawie rozbiorów chemicznych, wykonanych w c. k. krakowskim Zakładzie do badania środków spożywczych i ponownego rozbioru, podjętego przez Doc. Dra Lembergera, uznano kawę zdrowia Waśniewskiego, Łuczki i Spki, za przetwór dyetetyczny odpowiednio przyrządzony, który zastąpić może podobne wyroby zagraniczne i uzyskać od Tow. lek. krak. polecenie tego wyrobu (Tow. lek. krak. na posiedzeniu w dniu 3 lutego 1904 uchwaliło kawę zdrowia zaliczyć do przetworów krajowych, zasługujących na poparcie).

9. Po stwierdzeniu przez prof. Dra Bujwida i Doc. Dra Lembergera dobroci kefiru, wyrabianego przez panią Helenę Lipińską w Krakowie, po naocznem upewnieniu się o stosowności lokalu, służącego do tej fabrykacyi, a wreszcie po dodatnim wyniku doświadczeń, przedsiębranych krakowskiej w klinice chorób wewnętrznych, uznano, że kefir ten zasługuje w zupełności na to, by go przedstawić Tow. lek. krak. do polecenia jako przetwór dyetetyczny i odżywczy, należycie sporządzony. (Wniosek ten Tow. lek. krak. przyjęło na posiedzeniu dnia 3 lutego 1904).

10. Na podstawie badania chemicznego, którego się podjął Doc. Dr. Lemberger i na podstawie doświadczeń, dokonanych na chorych przez kilku członków Komisyi, uchwalono kołaczyki jodoferatynowe wyrobu aptekarza mag. farm. Jahra w Krakowie, przedstawić Tow. lek. krak. jako wyrób krajowy, odpowiadający w zupełności wymaganiom techniki farmaceutycznej, a tańszy od obowiązującej taksy aptekarskiej. Każda pastylka zawiera w sobie 0·03 jodku potasu, 0·10 feratyny, po 0·05 duotalu i *calc glycer. phosph.* i odpowiednie ilości czekolady. (Wniosek ten uchwaliło Tow. lek. krak. na posiedzeniu d. 3 lutego 1904).

11. Załatwiono kilkanaście spraw bieżących, które jeszcze nie nadawały się do dyskusyi, a względnie uchwały.

Dr. *Michał Śliwiński*, sekretarz Komisyi.

VII. Rzut oka na sprawy zdrojowisk i uzdrowisk w Galicyi.

Napisał

Dr. D. Skórczewski.

Sprawy zdrojowisk i uzdrowisk krajowych poruszył przed pół wiekiem Prof. Dr. Dietl: nie wiele miniemy się z prawdą, jeśli powiemy, że ruch rozpędowy, wówczas nadany, a dziś coraz słabnący, dostrzega się obecnie tylko od czasu do czasu, dzięki jednostkom lub okolicznościom, które niedopuściły do zupełnego zamarcia tej ważnej sprawy. A jest to sprawa ze stanowiska przemysłu krajowego pier-

wszorzędnego znaczenia; nie mniejszą też ma doniosłość i ze stanowiska lekarskiego, mianowicie w leczeniu chorób przewlekłych i ustrojowych, oraz w zakresie leczenia zapobiegawczego.

Ze stanowiska przemysłu krajowego rzecz ta innego wymaga oświetlenia i pozostawiam to na później; obecnie zamierzam poruszyć tylko szereg szczegółów, zmierzających do ujęcia sprawy naszych zdrojowisk i uzdrowisk ze stanowiska lekarskiego. Ale z jakiegokolwiek punktu będziemy się przyglądali tym sprawom, dostrzeżemy zawsze, że różne wadliwości i zastój w rozwoju pochodzi z braku znajomości rzeczy, z wadliwej organizacyi i z niedostatecznej opieki władz wyższych. Działanie czynników kierujących przy jakiejkolwiekbądź sprawie balneologiczno-klimatycznej jest takie, że dostrzega się zazwyczaj tylko jeden jakiś szczegół, rozbiera go, a często rozdyma, ale nie ujmuje się całokształtu zadania, który składa się z licznych szczegółów. Jeden szczegół chwyta się dorywczo, bezkrytycznie, zwłaszcza odnośnie do całości. Całość omawianych spraw zdrojowisk i uzdrowisk w Galicyi jest bardzo rozległa, bardzo różnorodna i złożona, ale wychodząc z tej zasady, że zdrojowiska i uzdrowiska są przeznaczone na to, aby ludzie przewlekle chorzy odzyskiwali zdrowie za pomocą środków tam istniejących, przeto całość tej sprawy możemy ująć, dzieląc ją na trzy grupy czynników: I środki lecznicze; II ich sprzedawcy i nabywcy, czyli różnego rodzaju przedsiębiorcy i chorzy; III dysponenci tych środków, czyli lekarze kąpielowi.

Środkami leczniczymi są: 1) doskonałe warunki higieniczne; 2) warunki klimatyczne; 3) wody mineralne; 4) kąpiele; 5) odżywianie, oraz wiele innych, które dla obszerności przedmiotu pominąć tu możemy.

Warunki higieniczne naszych zdrojowisk i uzdrowisk przeważnie urągają zasadom tej pięknej nauki, dlatego zasługują na omówienie w osobnym artykule.

Warunki klimatyczne częstokroć występują na pierwszy plan leczenia, a są one takie, jakie je nam przyroda daje. Ludzie w wielu razach psują je przez zaniedbanie zasad higieny, ale nic nie robią, aby je doskonalić, o czem na innem miejscu pomówimy.

Wody mineralne i kąpiele, to perły ze skarbca terapeutycznego, a kopalnie złota w dziale przemysłu krajowego. Cały świat to ocenił, uznał i wszelkiemi siłami postępu nauki stara się je otoczyć całą pieczołowitością i ująć w ramy postępującego komfortu. A u nas? Smutno prawdę powiedzieć: uważa się je za dojną krówkę, której nie otacza się zbytkiem i nie daje się jej posiłku w postaci należytych wkładów, nawet zbyt się nie wysila, aby ją w porządku utrzymać, bo to kosztuje, a ona i tak mleka nie poskąpi. Wody mineralne u nas nie są należycie utrzymane, nie otacza się ich należytą opieką, aby je chronić od rozmaitych ubocznych szkodliwości; nikt nad niemi nie czuwa, nie bada się ich ani chemicznie, ani bakteryologicznie. Następnie, mając jeden lub dwa zdroje, nie czyni się żadnych starań, aby poszukiwać nowych zdrojów, a jeżeli nawet są one, to pozostawia się je w stanie dzikim, bo właścicielowi żal pieniędzy (lub ich niema), by swych konsumentów zaopatrzyć w nowe czynniki lecznicze; zwykle nie domyśla się on wcale, o ile tem podniósłby wartość swego przedsiębiorstwa.

Kąpiele mineralne, borowinowe i urządzenia wodolecznicze przeważnie nie wytrzymują porównania z zakładami europejskimi, a to nie co do treści, lecz co do formy. Wody bowiem nasze mineralne i źródlane, jeżeli nie przewyższają swą wartością leczniczą wód w całej Europie, to im dorównywują; ale za to nasza balneotechnika, nasza staranność w robocie i sumienność w dostarczaniu choremu wszystkiego, co mu się za jego pieniądze należy, pozostaje bardzo w tyle za Europą.

Przyczyny tak złego stanu rzeczy są bardzo liczne i różnorodne: 1) Rozpryśnięcie się całej sprawy zdrojowisk i uzdrowisk jako takiej na pojedyncze zakłady, a nie ujęcie jej w pewną ogólną całość z dostosowaniem szczegółów do warunków miejscowych; 2) brak znajomości rzeczy samej i prowadzenia interesu: prowadzi ją każdy przedsiębiorca według swego widzimisię — i o resztę nie pyta, bo nie ma kogo zapytać; 3) brak zupełny kontroli, która być powinna i to bardzo ścisła, skoro jest podobna kontrola nad innymi środkami lekarskimi.

Należy zatem zespolić te rozpryśnięte interesy w jakąś ogólną całość, postawić pewne prawa w ich prowadzeniu, wytworzyć uprawnomocnione siły doradcze lub wykonawcze w prowadzeniu tych interesów balneoterapeutycznych i postarać się o ścisłą i racyonalną a stałą kontrolę w ich prowadzeniu.

Przechodzę do następnej grupy:

Przedsiębiorcy w zdrojowiskach, a chorzy w naszych warunkach wywołują liczne rekryminacye, bo stosunki te są u nas nieprawidłowe. Społeczeństwo nasze jest niezorganizowane, nie wyszkolone, butne a biedne. Każdy przetarg załatwia się formalnie znanym „krakowskim targiem“, który polega na tem, że sprzedający stawia możliwie najwyższą, a dowolną cenę, a kupujący nie będzie zadowolniony, jeżeli nie kupi tego towaru, co najwyżej za połowę tej ceny. Z tym faktem trzeba się liczyć, ale to osobliwe zjawisko handlowe trzeba ze społeczeństwa wykorzeniać, bo ono jest źródłem szeregu wyzysków. Towar powinien mieć względnie stałą cenę, a kupujący, gdy ta cena jest mu za wysoka, niechaj szuka towaru o cenie tańszej, ale równie stałej.

Przy takim przetargu w zdrojowiskach i uzdrowiskach dzieją się liczne nadużycia, pochodzące z jednej strony przez nienależyte określenie towaru, a z drugiej strony z powodu istniejących ustaw prawnych. Weźmy dla przykładu, że tym towarem jest mieszkanie. Właściciel jego — sprzedający — jest obznajomiony ze swym interesem i zna różne drogi i sposoby, aby przedstawić wszystkie zalety swego towaru, a zamilczeć o wszystkiem, z czego później skorzystać może. Kupującym, czyli wynajmującym, jest osoba — weźmy krańcowe przypadki — poważnie chora, nieznająca Galicyi, która z Permu, Ekaterynosławia lub Konstantynopola niemal bez odpoczynku przyjechała wśród deszczu i zimna do danej miejscowości. Woźnica wbrew jej woli zawiózł ją do pewnego domu, wmawiając, że wszystkie mieszkania w całym zakładzie są już zajęte (faktorstwo jest dokuczliwą plagą). — Przetarg w tych warunkach musiał być bardzo ogólnikowy. Ale się potem okazuje, że cena, wymieniona przez właściciela, odnosi się tylko do samego pokoju, do niej trzeba doliczyć jeszcze za łóżko, pościel, służbę itd., co niekiedy zdwaja tę cenę. Ta osoba, rozpatrzywszy się, zamierza się przeprowadzić; uczynić tego jednak nie może,

bo ustawa opiewa, że ona wynajęła mieszkanie na cały sezon, chociaż mówiło się przy przetargu o cenie dziennej. To prawo trzeba zatem zmienić i trzeba, aby w zakładach były jakieś władze, któreby czuwały i choć w części się zaopiekowały stroną słabszą.

W naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach ma być drożej, niż w reszcie Europy. Być może, że tak jest, ale też i bywa przeciwnie; to jednak jest niemal pewnem, że rentowność tych interesów przeważnie jest mniejszą głównie z dwóch powodów, mianowicie: krótkości sezonu i braku ułatwień handlowych.

Właściwy sezon trwa w naszych zdrojowiskach po części i uzdrowiskach bardzo krótko; liczy się 4 do $4^1/_2$ miesięcy, a czasem do roku, ale w istocie trwa 3 tygodnie, rzadko 4 tygodnie, a przeciętnie w zdrojowiskach nie można go liczyć dłużej nad 4 do $4^1/_2$ tygodni. Wobec tego, że włożony kapitał obciąża interes odsetkiem całorocznym, a nadto, że przedsiębiorca przez 4 do $4^1/_2$ miesięcy musi ponosić koszta prowadzenia interesu, który przeciętnie trwa zaledwie 4 do $4^1/_2$ tygodnia, to każdy przyzna, że te warunki bardzo utrudniają należytą poprawę i rozwój tych przedsiębiorstw.

Przeciwdziałać mogą tutaj lekarze, wysyłający swych chorych do wód. Ich obowiązkiem jest nakłaniać, żeby chorzy przybywali na sezon I i III, jako i dla zdrowia i dla finansów korzystniejszy, z drugiej strony bezwzględnie wykreślić należy wszelkie ulgi dla chorych uboższych, jak wojskowi, urzędnicy, nauczyciele i t. d. na sezon środkowy, a rozwinąć je jeszcze na sezon I i III. Przedsiębiorcy zrobili tu już swoje, bo obniżyli ceny pobytu o 20 do 25% na I i III sezon.

Brak u nas ułatwień handlowych, brak zorganizowanego handlu miejscowego: to, co jest, nie jest handlem, ale raczej kramarstwem. Każdy przedsiębiorca musi się zaopatrywać w rozmaity towar z różnych, dalekich ognisk handlowych. A przy tem zaopatrywaniu prócz poczty nie zrobiono żadnych udogodnień dla zdrojowisk i uzdrowisk, które często są znacznie oddalone od linii kolejowych. Koleje żelazne nasuwają cały szereg uzasadnionych rekryminacyi, tak co do ruchu osobowego, jak również ruchu towarowego. Ten ostatni w odleglejszych miejscowościach uważa się dziś za *malum necessarium*, gdy poczty użyć nie można.

Lekarze kąpielowi w sprawie dotychczasowego rozwoju zdrojowisk i uzdrowisk w Galicyi, śmiało twierdzić można, że, jako lekarze, dodatnio oddziaływują na te sprawy, dodatniej może, niż się to dzieje w reszcie Europy. Na nich jednak, jako obywatelach lekarzach, ciążyć mogą dwie winy, mianowicie: 1) powinni widzieć zło i przeciw temu działać; powinni piekące sprawy poruszać i różnemi drogami dążyć do naprawy zła, gdyż oni są faktycznymi rzeczoznawcami, stykają się z obu stronami, tutaj działającemi, oraz wiedzą, czego na zasadach nauki i doświadczeń potrzeba, aby czynniki lecznicze i sposób ich stosowania przynosiły najlepsze wyniki lecznicze.

Na ich usprawiedliwienie niech posłuży to, że oni są bezwzględnie bezsilni wobec strony sprzedającej: prawo nie daje im żadnego głosu, nikt się ich o radę nie pyta, a ostrzejszy głos krytyczny samej sprawy uważa przedsiębiorca za obrazę osobistą, co naraża potem krytykującego na rozmaite przykrości. Ich głosy zbiorowe do władz wyższych pozostają prawie stale bez odpowiedzi.

Druga wina lekarzy, jako obywateli i rzeczoznawców, leży w tem, że nie poczuwają obowiązku do prac naukowych, doświadczalnych, praktycznych i ogólnych w zakresie balneologii i klimatologii krajowej. Ponieważ sprawa naszych zdrojowisk i uzdrowisk znajduje się w położeniu wyjątkowo gorszem, niż w reszcie Europy, a głos lekarzy w tym kierunku może mieć bardzo doniosłe znaczenie, dlatego tę sprawę omówię szczegółowiej w osobnym rozdziale.

W tem tak ogólnikowem przedstawieniu rzeczy nie dałem obrazu całej sprawy. Nie miałem też tego na myśli ze względu, że nadmierną tu jest ilość szczegółów, a czynniki są bardzo różnorodne, wikłają się tu sprawy lecznicze, naukowe, finansowe, komercyalne, administracyjne, prawnicze i t. d.; zamierzyłem tylko bardzo ogólnikowo zarysować całość, poczem będę się starał omówić jeszcze kwestye, łączące się z tą sprawą, które mogą interesować lekarzy.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Wydział gospodarczy X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości wykaz dotychczas zgłoszonych wykładów:

(Dokończenie).

Sekcya spraw zawodowych stanu lekarskiego (XXIII):

Tematy główne:

A) Położenie materyalne i stanowisko społeczne lekarzy: Ref. dla Galicyi: Prof. Dr. Jordan (Kraków).

B) Obraz rozwoju organizacyjnych związków lekarskich: Ref. dla Galicyi: Dr. Festenburg (Lwów).

Wykłady:

1) Dr. Brudziński (Warszawa): Jak społeczeństwo nasze jest obsługiwane pod względem lekarskim i jak powinno być obsługiwane.

2) Tenże: Wykształcenie lekarskie na wszechnicach i organizacya samokształcenia w stosunku do prowincyi i wielkich miast.

3) Dr. Szymanowski (Warszawa): Statystyczne dane co do dochodów stałych i niestałych lekarzy w Królestwie Polskiem.

4) Dr. Nussbaum (Warszawa): Krytyka specyalizacyi.

5) Dr. Knappe (Warszawa): Potrzeba utworzenia korporacyi lekarskiej.

6) Dr. Łazarowicz (Warszawa): Środki samopomocy dla zapewnienia warunków pracy bytu lekarskiego na prowincyi, w miastach i w pojedynczych instytucyach.

7) Dr. Chełchowski (Warszawa): Korzyści z podniesienia naukowego poziomu wiedzy lekarskiej dla lekarzy i społeczeństwa.

8) Dr. Kramsztyk (Warszawa): O upaństwowieniu lekarzy.

9) Dr. Zawadzki (Warszawa): O kasach dla lekarzy i ich zabezpieczeniu.

10) Tenże: Stosunek lekarzy do filantropii faktycznej i normalnej.

Sekcya weterynarska (XXIV):

1) Dr. Karliński (Czajnica-Bośnia): W sprawie tłumienia gruźlicy bydlęcej i ludzkiej.

2) Prof. Dr. Szpilman (Lwów): Wynik dotychczasowych doświadczeń, wykonanych w Akademii weterynaryi we Lwowie nad tożsamością gruźlicy ludzi, bydła rogatego i trzody chlewnej.

3) Prof. Dr. Grabowski (Lwów): Wyniki doświadczalnego zakażenia gruźlicą, wykonanego u psów i drobiu.

4) Tenże: Zmiany chorobowe u psów i gołębi, podobne do zmian gruźliczych.

5) Prof. Dr. Barański (Lwów): Z badań nad pochodzeniem ras bydła rogatego.

6) Dr. Kulczycki (Lwów): Wyniki najnowszych badań nad niektórymi chorobotwórczymi pierwotniakami.

7) Lek. wet. Ponicki (Lwów): O postępie Galicyi na polu policyi weterynaryjnej.

8) Lek. wet. Małęcki (Mielec): Znaczenie nierogacizny markami usznemi, jako czynnik weterynaryjno-policyjny.

9) Lek. wet. Fried (Przemyśl): Ubezpieczenie w Galicyi inwentarza żywego od chorób i wypadków.

10) Prof. Królikowski (Lwów): O koniecznej potrzebie zmiany ustawy o chorobach zwrotowych pod względem t. zw. ślepoty miesięcznej, z powodu upowszechnienia się badania oczu u koni zapomocą wziernika.

11) Tenże: Leczenie brodawczaków błony śluzowej jamy pyskowej u psów.

Sekcya wychowania fizycznego (XXVI):

Tematy główne:

A) Obecny stan wychowania fizycznego w ziemiach polskich.

B) Praca ręczna jako środek wychowania fizycznego: Ref. Wł. R. Kozłowski (Warszawa).

C) Zabawy ludowe: Ref. Dr. Piasecki (Lwów).

Wykłady:

1) Dr. Bier (Kraków): Nowsze metody fotometryi.

2) Prof. Błażek (Lwów): Strach w szkole.

3) Prof. Dr. Bujwid (Kraków): Praca fizyczna jako czynnik wychowawczy.

4) Dr. Kicki (Lwów): Krótkowzroczność u dzieci szkolnych.

5) Dr. Legeżyński (Lwów): Stosunki zdrowotne dziatwy szkolnej lwowskiej.

6) Dr. Serbeński (Lwów): O lekarzach szkolnych.

7) Dr. Winogrodzki (Sambor): O wychowaniu fizycznem w naszych szkołach średnich.

Sekcya dla spraw a) alkoholizmu, oraz b) rozpowszechnienie chorób płciowych między młodzieżą szkół.

1) Wpływ wyskoku na prawidłowe czynności ustroju: Doc. Dr. Popielski (Moskwa).

2) Wyrób wyskoku i jego zapotrzebowanie w kraju: Doc. Dr. pr. Buzek (Lwów).

3) Udział przewlekłego alkoholizmu w powstawaniu i przebiegu chorób wewnętrznych: Dr. Jakowski (Warszawa) i Doc. Dr. Marischler (Lwów).

4) Udział alkoholizmu w chorobach układu nerwowego.

5) Alkoholizm a przestępstwa i zbrodnie: Dr. praw Serkowski (Gródek).

6) Sposoby zwalczania alkoholizmu i leczenie nałogowych alkoholików: Dr. Piltz (Warszawa) i Dr. Piasecki (Lwów).

7) O szerzeniu się zakaźnych chorób płciowych pośród młodzieży szkolnej miast naszych.

8) O zwalczaniu zakaźnych chorób płciowych pośród młodzieży: Dr. Karwowski (Poznań).

IX. Wiadomosci bieżące.

Kraków, dnia 14 kwietnia.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Eisenberg miał odczyt p. t: »Przyczynek do biologii zakażeń«.

* W zimowem półroczu 1903/4 r. w lwowskim Uniwersytecie było słuchaczów 2742; z tych uczęszczało: na wydział teologiczny 418 (328 zwyczajnych i 90 nadzwyczajnych); na prawny — 1316 (1294 zw. i 22 nadzw.); na lekarski — 104 (92 zwycz. mężczyzn, 10 zw. kobiet i 2 nadzw. mężczyzn); na filozoficzny — 904. W krakowskim wszystkich słuchaczów było 1934; z tych uczęszczało: na wydział teologiczny 76 (3 nadzw.), na prawny — 645 (8 nadzw.), na lekarski — 169 (117 zw. mężczyzn, 15 zw. kobiet, 25 nadzw mężczyzn, 12 hospitantek; na filozoficzny — 1044.

We wszystkich austryackich uniwersytetach było słuchaczów 20,811, z tych na wydział lekarski uczęszczało 7,114; — w tym samym czasie w Niemczech było studentów medycyny 7,745.

* Na Kongres higieny szkolnej przybyło do Norymbergii 947 członków, z których połowa pochodzi z Niemiec. Polaków było 13 z Galicyi i 4 z Królestwa polskiego. Kongres odbył się pod protektoratem księcia bawarskiego Ludwika, znanego lekarza okulisty. Obrady odbywały się w 7 oddziałach: a) higiena budynków szkolnych; b) higiena internatów, metody badania z zakresu spraw higieny szkolnej i higiena nauczania; c) instrukcye higieniczne dla nauczycieli i uczących się; d) wychowanie fizyczne młodzieży szkolnej; e) choroby i służba lekarska w szkołach; f) szkoły specyalne; g) higiena młodzieży szkolnej poza szkołą i higiena Koła nauczycielskiego. W związku z Kongresem urządzoną została Wystawa higieny szkolnej, która zajęła 20 obszernych sal; wystawę tę obesłali prawie wyłącznie sami Niemcy. Następny kongres odbędzie się w Londynie r. 1907.

* Na Wystawie w St. Louis urządzony będzie „Oddział żurnalistyki lekarskiej“ pod kierunkiem Dr. Fassetta

* Nauka lekarska czyni ciągle, chociaż powolne, postępy w uzdrowotnieniu społeczeństwa. Podług »Statistische Korrespondenz« liczba ślepych w Niemczech z 92,02 na 100,000 spadła od r. 1871 na 61,95; liczba głuchoniemych z 97,51 — na 90,73.

* Rząd rosyjski urządza między Władywostokiem a Mukdenem szpital polowy na 200 łóżek, których ma dostarczyć ze wszystkimi przyborami Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża w Rydze. Kierownikiem tego szpitala mianowany został Dr. Walter v. Oettingen, wychowaniec Uniwersytetu dorpackiego, następnie asystent prof. Bergmanna. Dr. Oettingen udał się do Rygi, gdzie w ciągu 14 dni poczynił wszystkie przygotowania Obok tego szpitala użyte będą i baraki systemu Döckera. Prócz wspomnianego kierownika na posterunek ten udaje się 4 lekarzy pomocniczych

* »Sibirskaja Ziżń« donosi, że miasto Omsk zostało wybrane na jeden z większych punktów ewakuacyjnych dla chorych i ranionych na mandżurskiem polu walki. Omsk leży na zachodniej granicy Syberyi, w niewielkiem oddaleniu od gór Uralskich.

* Między 22 a 28 marca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w mieście Lwowie (2 przyp.) i w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim (1 gm.), cieszanowskim (1 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), lwowskim (1 gm.), mościskim (3 gm.), podhajeckim (1 gm.), przemyślańskim (4 gm.), rawskim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), staro-samborskim (2 gm.), stryjskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tarnowskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), turczańskim (5 gm.), złoczowskim (1 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Doc. Dr. Szepilewski mian. profesorem higieny w Dorpacie. Doc. Dr. Magnus otrzymał tytuł profesora nadzwycz. farmakologii w Heidelbergu. Dr. Ausset mian. profesorem terapii w Lille. Dr. Lucatello mian. profesorem zwycz. patologii w Padwie. Dr. Bail mian. prof. nadzwycz. higieny w niem. Uniwer. w Pradze. Doc. Meyer mian. został profesorem psychiatryi w Królewcu Dr. Schmidtmann otrzymał tytuł profesora w Berlinie.

Nekrologia. Dr. Leonard Głowiński, wychowaniec Uniw. Jagiell., zmarł w Zamościu. Dr. Wilhelm Rüdiger, prezes Towarz. lekar. w Kaliszu, zmarł licząc lat 48. Dr. Henryk Orłowski, zmarł z duru osutkowego w Łodzi. Dr. Józef Krupski, wychodźca zmarł w Szwajcaryi.

Bibliografia:

— *Zdrowie* Z. 4. Biernacki: Organizacya lekarzy szpitalnych u nas. Białobrzeski: O zużytkowaniu wody w Lublinie. Berezowski: Wpływ wodociągów na zdrowotność Odessy. Puławski Sprawozdanie lekarskie z zakładu leczniczego w Nałęczowie za r. 1903. Dobrzycki: Najprostszy i najtańszy przyrząd do kąpieli natryskowych. Grzegorzewicz: Kąpiele ludowe w Brzeziu.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 1 zawiera: Zakład zdrojowy „Rymanów-Zdrój“. — Jakiemi wodami polskiemi można zastąpić wody obcokrajowe? — W sprawie polskich Tatr. — Sanatoryum dla chorób piersiowych w Zakopanem.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 4. Panek: Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy. Zarzycki: O kanalizacyi m. Lwowa.

— *Gazeta lekarska* Nr. 14. Róbin: O zachowywaniu się pepsyny w różnych cierpieniach żołądka. Motz i Bartrina: Przyczynek do nauki o ropniach krocza, o rozlanem zapaleniu tkanki łącznej (phlegmone), oraz o ropówkach rozlanych pochodzenia cewkowego (dok.). Bornstein: Anatomia patologiczna stwardnienia wieloogniskowego (dok.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 1. Bier: O asanacyi Zakopanego. Wąsowicz: Kilka uwag o czynnikach działających w kąpieli mineralnej na ustrój ludzki.

Medycyna Nr. 14. Uściński: Kilka spostrzeżeń nad wartością odżywczą sanatogenu u niemowląt.

— *Ginekologia* Z. 2. Dobrowolski: O cytotoksynach łożyskowych. Monsiorski: Placenta praevia. Główniejsze fazy w rozwoju nauki o wadliwym przyczepie łożyska, oraz stan kwestyi w świetle dzisiejszych pojęć. Michelis: Kilka słów o anencefalii. Troczewski: Ciąża śródmiąższowa.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 3. Kose. O perkutorické auskultaci a příbuzných methodach. Zahradnický: O léčeni fraktur. Spilka: Fickerowo typhusdiagnosticum a reakce Gruber-Widalova (dok.). Helbich: O alboferinu.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 14. Hlava: 1) Uvod. 2) O podminkách pathogennich vlastnosti leukonostoku lidského. Saska: Příspěvek ku tetanické kataraktě (c. d.). Pevnickij: Ambulatorium pro léčeni pijákův a jeho význam v boji s alkoholismem (c. d.).

— *La Presse médicale* N. 26. Tuffier: Puchlina nerkowa, wartość zachowawczego jej leczenia. Milian: Przyczyna błędów w klinicznem badaniu krzepliwości krwi. Eyraud: Patogeneza rumienia lombardzkiego.

N. 27. Risti Ribadeau-Dumas: Białaczka ostra. Diffloth: Sprawa mleka z punktu jego składu chemicznego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 14. Goldscheider: O czuciu wibracyjnem. Pel: Późne ropnie wątroby po czerwonce zwrotnikowej. Cornet: O ogniskach utajonych gruźlicy i o rozpoznaniu tuberkulinowem w świetle nowych badań. Ehrlich i Shiga: Próby leczenia barwikami chorób zwierząt, wywołanych pasorzytem „trepanosom" (dok.). Ruhemann: Drżączka po wypadkach (c. d.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 14. Bier i Dönitz: Znieczulanie rdzeniowe. Lauenstein: Jak powstają pierwsze zmiany chorobowe w wyrostku robaczkowym przy jego zapaleniu. Graetz: Nowe fizykalne badania promieni. Kehr: Trwałość wyników po moich ostatnich 500 laparotomiach z powodu kamieni żółciowych. Staatsmann: Trzy przypadki pierwotnego uwięźnienia wyrostka robaczkowego. Cramer: O zapobiegawczem wyjałowieniu kobiety. Fischer: Zastosowanie błękitu metylenowego do rozpoznawania schorzeń dróg moczowych. Halberstaedter. Uwagi nad leczeniem światłem podług Dreyera. Henrici: Odejmowanie przerosłych migdałów podniebiennych zimną pętlą. Czish: Przeszczepienie mięśnia dla pokrycia ubytku w ścianie brzusznej. Ehrlich: Tyeta po operacyach na żołądku i jelitach. Madlener: Skominowane eterowo-chloroformowe uśpienie zapomocą eterowej maski Sudecka. Aronheim: Przypadek przewlocznej ropówki, spowodowanej podskórnem wstrzyknięciem rozczynu kokainowo-adrenalinowego. Mulert: Ulepszenie światła elektrycznego do celów badania lekarskiego. Schlagintweit: Przyrząd do oznaczania punktu zamarzania moczu, krwi i t. d. zapomocą ześnieżonego kwasu węglowego, wywołującego obniżenie ciepłoty. Lotheissen: Uwagi kliniczne i terapeutyczne o obrzęku złośliwym (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 14. Sihle: Przyczynek do niektórych czynnościowych rozpoznań zwapnienia tętnic i do różniczkowego rozpoznania dusznicy bolesnej. Lorenz: Przypadek zapalenia otrzewnej z powodu niezwykłej przyczyny. Schulz: Zapalenie kostniejące mięśni w zakresie stawu łokciowego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 15. König: Usunięcie zesztywnienia stawu żuchwowego zapomocą wycięcia klinu w lewej gałęzi żuchwy. Mikulicz-Radecki: Operacye w klatce piersiowej zapomocą kamery Sauerbrucha. Garrè: Operacyjne zamknięcie przetoki płucnej. Küttner: O trzeszczeniu łopatkowem. Voelcker i Joseph: Chromocystoskopia. Thelemann: Zwolnienie nerki z torebki. Schmidt: Przyczynek do statystyki raka sutków. Lauper: Przyszycie macicy zewnętrzne według Kochera przy wyłuszczeniu mięśniaków i jako zabieg leczniczy przy wypadaniu macicy. Brüning: Plombowanie kości. Frédéric. O t. zw. ludzkiej botryomykozie. Haberer: Przypadek rozległego przeszczepienia skóry podług Thierscha.

Redakcya otrzymała. Skórczewski: Sprawy Krynicy.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 14 (od 3/IV do 9/IV) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 25, dz. 34; nieżywo: chł. 4, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 19, kob. 15; zamiejscowych: męż. 13, kob. 11.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 9, ob. 9. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. 4. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. 1. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. 4. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 12, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 34, obcych 24.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 20 b. m., o godzinie 6-tej popołudniu, ***w lokalu ambulatoryum dentystycznego Uniw. Jagiell. (Rynek Główny, l. 22, II piętro),*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. Doc. Dr. Łepkowski mówić będzie: „O reimplantacyach, transplantacyach i implantacyach zębów".

Walne Zgromadzenie **Kasy chorych lekarzy we Lwowie** odbędzie się dnia 14 maja 1904 r. o godzinie 5 popołudniu we Lwowie w lokalu Izby lekarskiej (ul. Dominikańska l. 11 na dole).

Porządek dzienny:

1) Sprawozdanie z ubiegłego półrocza: sekretarz Dr. Czaczkowski.

2) Sprawozdanie kasowe: skarbnik Dr. Schellenberg.

3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej.

4) Wnioski w sprawie zmiany statutu: Dr. Festenburg.

Dr. Czaczkowski, sekretarz. *Dr. Festenburg*, przewodniczący.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIII. Kraków 23 Kwietnia 1904. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału bakteryologicznego Zakładu weterynaryi Uniw. Jag. prof. Jul. Nowaka.

Badania nad etyologią czerwonki z uwzględnieniem dwóch epidemii panujących w Galicyi w roku 1903.

Opracował

Prof. Dr. Jan Raczyński.

Klinicysta, rozpatrujący ze swego stanowiska bieg i wyniki badań bakteryologicznych, zmierzających do wyjaśnienia etyologii pewnych chorób, musiał zauważyć, że badania te nie tylko stały się podstawą nowych zapatrywań na istotę niektórych spraw chorobowych, ale równocześnie pouczyły, że klinicznie ujmowane w jedno pojęcie stany chorobowe, przebiegające wśród podobnych objawów i wywołujące pewne zmiany anatomiczne, mogą mieć różną etyologię. W następstwie tych faktów zwiększyły się też nasze wymagania co do określenia pewnych stanów chorobowych; samo określenie kliniczne często nas nie zadowalnia, dążymy do ujednostajnienia pojęć na podstawie określenia etyologicznego, Dla udowodnienia powyższych twierdzeń wystarczy wziąść pod uwagę n. p. sprawy chorobowe, mogące się rozgrywać na błonie śluzowej gardła, ujmowane dawniej w jedno pojęcie kliniczne „*diphtheritis*“. Badania bakteryologiczne, przedsiębrane w celu wykrycia etyologii tej choroby, wykazały, że może ona być wywołaną raz prątkiem Löfflera, innym razem paciorkowcem lub gronkowcem, wreszcie pneumokokiem i t. d., a objawy kliniczne i zmiany dostrzegane mogą być nieraz bardzo do siebie podobne; dzisiejszy klinicysta nie ograniczy się zatem do rozpoznania, dającego się określić tylko spostrzeganiem objawów, lecz używając odpowiednich metod badania, sięga po rozpoznanie ściślejsze, określa etyologię danego przypadku chorobowego. Wglądnijmy znów w etyologię duru brzusznego; badania ostatnich czasów przekonały nas, że ten stan chorobowy ze względu na pewną stałość i typowość objawów klinicznych przez długie lata uważany za jednolite pojęcie, może mieć różnorodną etyologię (*paratyphus*). Przykładów takich możnaby przytoczyć więcej.

Czerwonka uważaną była pierwotnie za jednolite pojęcie kliniczne; wprawdzie pojawianie się pewnych objawów w niektórych tylko przypadkach i wśród pewnych warunków naprowadzało już dawniej na myśl, że rozróżnić tu trzeba pewne postacie, przydarzające się w strefie gorącej, od tych, jakie spotykamy w naszym klimacie, to jednak dopiero badania bakteryologiczne sprawę tę wyjaśniły. Koch w r. 1883 i Kartulis w 1886 stwierdzili w jelitach chorych na czerwonkę ameby, spotykane i opisane jeszcze w r. 1875 przez Löscha i uważali je za przyczynę czerwonki. Badania późniejsze, dokonywane w tym samym kierunku wykrycia ameb, przedsiębrane w różnych warunkach, epidemiach i krajach (u nas badań tych dokonali Ciechanowski, Nowak i Janowski), wyjaśniają dopiero w zupełności, że czerwonka, polegająca na obecności ameb, przydarza się prawie wyłącznie w strefie gorącej, że znamionuje ją mniej typowy, a więcej zmienny przebieg, a towarzyszą często ropnie wątroby i t. d.

Ujemny wynik badań, co do ameb, dla przypadków czerwonki naszej strefy, naprowadził na myśl, że zależeć ona może od bakteryi, i zwrócił kierunek badań w inną stronę. W r. 1888 ogłaszają Chantemesse i Widal o wykryciu prątka wywołującego czerwonkę; podobny, a może i ten sam drobnoustrój spotkali i opisali w kilka lat później Kruse i Pasquale, Celli i Fioca. Większego znaczenia nabiera jednak dopiero doniesienie Shigi (1898), który w pracy swej „*Ueber den Erreger der Dysenterie in Japan*“ nie waha się twierdzić, że wykrył drobnoustrój, wywołujący czerwonkę. Twierdzenie to opiera na trzech faktach: 1) na tem, że prątka, uważanego za chorobotwórczy, spotykał zawsze w badanych przez siebie przypadkach czerwonki i naodwrót, nie spotykał go u zdrowych i u innych chorych; 2) na wyniku doświadczeń na zwierzętach (Shiga wywołał u zwierząt, poddanych doświadczeniom, zmiany nieżytowe, przekrwienie i wynaczynienia); 3) na wybitnych własnościach aglutynacyjnych surowicy krwi chorych wobec wyhodowanego prątka.

Niezależnie od tego odkrycia Shigi wykrył Kruse w r. 1900 prątek, który, jak to sam przyznał, jest identycznym, a przynajmniej bardzo bliskim prątkowi Shigi[1]), opisał go dokładnie i nazwał *bacillus dysenteriae*; Krusemu też w znacznej części przypada zasługa wyjaśnienia tej sprawy[2]). Prawie równocześnie pojawiają się doniesienia Flexnera z wynikami badań nad czerwonką na Filipinach i Stronga i Musgrava, którzy w dużej epidemii w wojsku amerykańskim w Manilli mieli sposobność badać równocześnie przypadki amebowej, jak również wywołanej prątkiem, identycznym z prątkiem Shigi. Wspomnieć należy, że ci dwaj ostatni badacze posunęli swój zapał do nauki tak daleko, że wykonali doświadczenia z wykrytym przez siebie prątkiem na człowieku. Skazanemu na śmierć

[1]) Ostatnimi czasy wykazał Nieporożnij (»Wracz« Nr. 52, 1903), że między prątkiem Shigi a Krusego zachodzi różnica pod względem zachowania się na pożywkach, jak również pod względem własności aglutynacyjnych i uodparniających.

[2]) W roku ubiegłym toczyła się na szpaltach „Deutsche med. Wochenschrift“ (Nr. 12 i nast.) żywa polemika między Shigą, Krusem a Chantemessem i Widalem o pierwszeństwo wykrycia prątka czerwonki.

Indyaninowi podano najpierw rozczynu dwuwęglanu sodowego, potem dwudniową hodowlę badanego prątka. W 36 godzin później pojawiły się u zakażonego w ten sposób osobnika krwawe stolce i inne objawy czerwonki; chory ten w krótkim czasie odzyskał zdrowie. W r. 1901 stwierdził Drigalski prątka Shigi, w przypadkach czerwonki w czasie epidemii w Döberitz, Pfuhl w epidemii w Aleksandrowie, Rosenthal w Moskwie. Vaillard i Dopter badali przypadki z epidemii w Vincennes i potwierdzili w zupełności dotychczasowe zapatrywania na swoistość prątka Shigi.

W Austryi zajmowali się sprawą czerwonki Dr. Doerr i Müller nad epidemiami w Austryi dolnej.

Te nieliczne wprawdzie, ale jednomyślne doniesienia o stwierdzaniu prątka czerwonki w epidemiach różnych krajów, jak z drugiej strony pojawiające się zapowiedzi, a nawet próby leczenia czerwonki surowicą swoistą, skłoniły mnie do podjęcia badań, które właśnie mam zamiar opisać. W naszym kraju w letnich miesiącach panuje rok rocznie czerwonka, a znaczna liczba ofiar (rocznie umiera z czerwonki w Galicyi około 2.000 osób, przeważnie dzieci) świadczy o znacznem nasileniu tej choroby. Badania dotychczasowe Janowskiego nad epidemią warszawską z r. 1896 i Ciechanowskiego i Nowaka nad epidemią krakowską z r. 1895 i 1896, a więc dokonywane przed odkryciem Shigi, wykazały, że czerwonka naszego kraju nie jest wywołaną amebami; w ostatnim czasie nikt w tym kierunku badań nie podjął.

Korzystając więc z nadarzających się przypadków czerwonki, leczonych w oddziale zakaźnym Szpitala św. Ludwika, postanowiłem odpowiedzieć na pytanie, czy prątek Shigi znajduje się w przypadkach czerwonki w naszym kraju? Pracy tej dokonałem w doskonale urządzonym oddziale bakteryologicznym Zakładu weterynaryi prof. Jul. Nowaka, którego uprzejmości, jak również niestrudzonej pomocy asystenta Zakładu Dra Stan. Droby wiele mam do zawdzięczenia.

* * *

W końcu miesiąca września 1903 roku przyjęto do szpitala Ś-go Ludwika na salę przeznaczoną dla chorych czerwonkowych dwoje dzieci (sześcio i ośmioletnie), jedno z miasta Krakowa, drugie z jego okolicy, z objawami czerwonki w okresie największego nasilenia, to jest w drugim tygodniu choroby, a więc w czasie, już zdaniem autorów do badania na prątki nie nadającym się. Od tych chorych zaraziła się w kilka dni później posługaczka oddziałowa, przedstawiając wszystkie typowe objawy czerwonki. W 5-tym dniu choroby tego osobnika wzięto do badania kał, który przedstawiał się wówczas jako galaretowata krwawa masa; z kału tego wzięto strzęp śluzowokrwawy, opłókano go w fizyologicznym wyjałowionym rozczynie soli kuchennej i celem wyosobnienia poszukiwanego prątka wylano płytki agarowe. Prątek czerwonki w przypadku czerwonki nie znajduje się bowiem w kale sam w czystej hodowli, lecz towarzyszą mu inne drobnoustroje, przeważnie z grupy prątka okrężnicowego, stąd też wyosobnienie tego prątka przedstawiać może pewne trudności. Aby zadanie to uprościć badającemu, podają rozmaici autorowie rozmaite sposoby.

Lentz, opierając się na różnej zdolności fermentacyjnej, jaką posiadają różne gatunki grupy „b. coli“ względem różnych rodzajów cukru i wysoko wartościowych alkoholów, własności, wyzyskanej i wypróbowanej z dobrym skutkiem w celu wyróżnienia prątka „b. coli“ od prątka durowego, zmienił pożywkę, znaną dziś ogólnie pod nazwą „Drigalskiego-Conradiego“, podaną do wyróżnienia i wyosobnienia prątka durowego w ten sposób, że do agaru z rozczynem lakmusu dodaje się w miejsce cukru mlecznego, mannitu, wysokowartościowego alkoholu, ulegającego fermentacyi pod wpływem działania prątka „b. coli“ i prątka durowego, a nie ulegającego widocznej zmianie pod wpływem działania prątka Shigi. W pierwszym przypadku kwasy, wytworzone pod wpływem fermentacyi, zmieniają barwę niebieską lakmusu na czerwoną i dają możność rozpoznania na pierwszy rzut oka kolonii prątków wyżej wymienionych od kolonii prątków czerwonki, usadowionych na niezmienionem niebieskiem podłożu. Pożywka teoretycznie bardzo prosta i jasna nie zawsze daje w praktyce oczekiwane wyniki — albowiem kwasy, wytworzone przez „b. coli“ i prątki duru, mimo większego dodatku agaru (3%), impregnują agar, zmieniają tem samem barwę bardzo czułego lakmusu tak, że cała pożywka staje się czerwoną, a tem samem niezdolną do wykazania różnicy kolonii „b. coli“ i prątka czerwonki. To też o wiele lepszą w praktyce okazała się pożywka, podana przez Japończyka Endo również do wyróżnienia i wyosobnienia prątka durowego, a zmodyfikowana i wypróbowana w zakładzie przez Dra Drobę, w celu wyosobnienia i wyróżnienia prątków czerwonki od prątków durowych i „b. coli“. Zasada tej pożywki, która sporządzona w należyty sposób nigdy nie zawiodła, polega również na odmiennem zachowaniu się różnych gatunków grupy „b. coli“ względem różnych cukrów, tylko, że użyto w niej w miejsce zbyt czułego indykatora, jakim jest lakmus, rozczynu alkoholowego fuchsyny czyli chlorku rosaniliny.

Obojętny 3% agar alkalizuje się przez dodanie 1% rozczynu 10% sody i dodaje się najpierw 1% mannitu i 0·5% alkoholowego rozczynu fuchsyny, a potem 2·5% rozczynu 10% podsiarczynu sodowego. Ten ostatni odbarwia zupełnie żywoczerwoną pożywkę, redukując grupę kwasową fuchsyny i dając bezbarwną zasadę, jaką jest rozanilina, która w połączeniu z kwasami, wytworzonymi przy fermentacyi mannitu, daje ponownie czerwone ciało. Płytki, wylane z tej odbarwionej pożywki, zasiane przez pomazanie powierzchni mieszaniną prątków durowego, „b. coli“ i czerwonki, dają po 12 godzinach piękne żywo czerwone kolonie „b. coli“ i prątków durowych i zupełnie bezbarwne kolonie prątka czerwonki, który w przeciwieństwie do poprzednich nie fermentuje mannitu, a tem samem nie dostarcza kwasu, któryby w połączeniu z bezbarwną rozaniliną dał ciało czerwone, barwiące kolonię i agar w jej najbliższem otoczeniu. Pożywka ta daje możność szybkiego oryentowania się, czy w danym przypadku ma się do czynienia z czerwonką, a tem samem może być użyteczną dla klinicysty.

Vaillard i Dopter radzą wylewać zwykłe płytki agarowe, a po 24 godzinach trzymania ich w termostacie, oznaczyć wszystkie pojawiające się hodowle powierzchowne; ponieważ prątek czerwonki rośnie wolniej od innych drobnoustrojów tego szczepu, przeto wszystkie kolonie, które się pojawią później, mogą być koloniami czerwonki. Doer-

twierdzi, że do wyosobnienia prątka czerwonki wystarczają zupełnie płytki żelatynowe, gdyż w kale czerwonkowym niema drobnoustrojów, któreby żelatynę rozpuszczały, a między hodowlą „b. coli“, a „b. dysenteriae“ na tej pożywce zachodzą znaczne różnice.

Ponieważ w początku naszych badań powyżej przytoczona pożywka nie była wypróbowaną, przeto użyliśmy sposobu Vaillarda i Doptera; wylaliśmy płytki agarowe, po 24 godzinach oznaczyliśmy pojawiające się hodowle, poczem po upływie jeszcze 12 godzin poddaliśmy płytki badaniu, przyczem przeszczepiano i poddawano dalszym badaniom wszystkie świeżo wyrosłe hodowle. Kolonie te, przypuszczalnie pochodzące od prątka czerwonki, badano przedewszystkiem w kropli wiszącej. Jak to bowiem stwierdzają zgodnie wszyscy badacze, prątek czerwonki nie posiada własnych ruchów postępujących, (Shiga początkowo twierdził, że ma ruch, później jednak sprostował to swe twierdzenie), a własnością tą wyróżnia się od wielu drobnoustrojów tej gromady. Trzeba bowiem dodać, że prątek, odkryty przez Shigę i Krusego, nie przedstawia wyraźnie odgraniczonego gatunku, lecz na podstawie jego głównych cech zaliczyć się go musi do grupy „b. coli“, obejmującej mnóstwo odmian, więcej lub mniej od siebie się różniących, ułożonych jakby w łańcuch, którego końcowe ogniwo, przedstawiające najwięcej różnic, stanowią z jednej strony *bacterium coli commune*, a z drugiej *bacterium typhi*. Otóż prątek czerwonki zajmuje w łańcuchu tym miejsce, blizkie prątka durowego, od którego przy badaniu zwykłemi metodami różni się jedynie brakiem ruchomości. Ta właśnie obfitość odmian nastręcza wiele trudności, szczególnie przy badaniu metodą, użytą przez nas w ocenieniu, czy wyosobniony prątek odpowiada w rzeczywistości prątkowi Shigi i Krusego.

Po stwierdzeniu tej pierwszej cechy, zgodnej z prątkiem Shigi, przeszczepiano daną kolonię na agar zwyczajny skośny, a potem na wszystkie zwyczajnie używane pożywki, jak ziemniak, żelatyna w płytkach i hodowli kłutej, bulion, woda peptonowa, mleko, agar z cukrem gronowym w hodowli kłutej, w których to pożywkach cechy wzrostu, jak to już podniesiono, równają się z mało znaczącemi różnicami cechom prątka durowego i dlatego uważamy opis cech tych, jako ogólnie znanych, za zbyteczny. Na pożywkach, podanych dla wyróżnienia prątka durowego, jak na agarze z cukrem mlecznym i lakmusem Drigalskiego-Conradiego i agarze z czerwienią obojętną, pożywce podanej przez Rothbergera, a zmodyfikowanej przez Schefflera, a później Oldekopa, w serwatce lakmusowej Petruschkyego, zachowuje się prątek czerwonki również tak samo, jak prątek durowy, to znaczy, że pożywek tych nie zmienia, jak to czyni *bacterium coli*.

Różnice między prątkiem durowym, a prątkiem czerwonki, występują dopiero w pożywkach następujących: 1) na agarze z lakmusem i mannitem, pożywce Drigalskiego i Conradiego, zmodyfikowanej przez Lentza przez podstawienie mannitu w miejsce cukru mlecznego; w pożywce tej prątek durowy zmienia zabarwienie niebieskie pożywki na czerwone wzdłuż kanału szczepienia, gdy idzie o hodowlę kłutą, prątek zaś czerwonki redukuje lakmus w dolnych częściach probówki i wyjaśnia agar, w górnych zaś częściach barwa niebieska pozostaje nietknięta.

2) Na agarze z fuchsyną, pożywce poleconej przez Endo, a zmodyfikowanej przez Drobę, prątek durowy wywołuje zaczerwienienie pożywki, podczas gdy prątek czerwonki pozostawia pożywkę odbarwioną.

3) W pożywkach, podanych przez Doerra i Hetscha, będących modyfikacyą pożywki Barsiekowa, różnica między prątkiem czerwonki, a durowym i prątkami „coli“, występuje bardzo wyraźnie, a jak porównawcze badania Hetscha[3]) wykazały, zapomocą tych pożywek rozróżnić się da prątek czerwonki nie tylko od prątka „coli“ i durowego, ale także od całej grupy prątków, opisanych pod nazwą prątków „pseudodysenterycznych“.

Tak pożywka Doerra, jak i Hetscha, mają jakościowo jednakowy skład, a różnią się jedynie sposobem przyrządzania i małą różnicą w ilościowym składzie. Szczepiąc w obu tych pożywkach porównawczo cztery szczepy prątka czerwonki, różne odmiany „b. coli“ i prątka durowego, mieliśmy sposobność stwierdzić, że pożywki te w niczem się właściwie nie różnią. Pożywka ta jest płynną i bardzo łatwą do zrobienia, składa się z 1 grm. mannitu, 0·5 grm. soli kuchennej, 1 grm. nutrozy i 100 wody. Mieszaninę tę dla łatwiejszego rozpuszczenia podgrzewa się, sączy przez bibułę, a potem dodaje 3 ctm.^{3} roztworu lakmusu. W ciągu naszych badań wprowadziliśmy w tej pożywce modyfikacyę, polegającą na tem, że mieszaninę przed dodaniem lakmusu sączyliśmy przez świeczkę Chamberlanda, dodawaliśmy roztworu lakmusu, gotowanego przez 10 minut i rozlewaliśmy pożywkę do wyjałowionych probówek. Przez tę małą modyfikacyę zyskaliśmy najpierw to, że pożywka była zupełnie przezroczystą, podczas gdy zwyczajna jest nieco mętną i opalizującą, a powtóre, że wyjałowienie następowe mogliśmy zupełnie spokojnie ograniczyć do ogrzewania w parze przy 100° przez 15 minut, unikając przez to zupełnie rozkładu mannitu, co przy wyjaławianiu w autoklawie może mieć miejsce. Zmodyfikowana przez nas pożywka okazała się o wiele czulszą od zwyczajnej, co w danym przypadku ma pewne znaczenie, gdyż różnice w hodowli różnych odmian polegają tu na różnicach w odcieniach barw, które właśnie w naszej pożywce występują kardzo wyraźnie i szybciej, niż w zwyczajnej.

W pożywce tej prątek czerwonki nie sprowadza żadnych zmian, podczas gdy prątek durowy zmienia barwę niebieską na czerwoną, a inne prątki grupy „b. coli“ sprowadzają nadto bądźto strącenie kazeiny, bądź też wytwarzają gazy. Prątek wyhodowany przez nas z opisanego przypadku, nie sprowadził zmian żadnych i zachowywał się zupełnie tak, jak oryginalne szczepy Shigi i Krusego, które sprowadziliśmy od Krala w celu porównawczych badań. Tu dodać wypada, że z odmian, które należy brać pod uwagę w wyróżnianiu, podobnie zachowują się w podanej pożywce, jak to wykazały wspomniane powyżej badania Hetscha jedynie tylko *bacillus pseudodysenteriae I* i *bacillus pseudodysenteriae* Strauch, ale pierwszy z nich posiada żywe ruchy i mąci serwatkę Petruschkego, drugi zaś wytwarza indol w bulionie i wodzie peptonowej i cuchnie — cechy, których prątek czerwonki, jak to powyżej zaznaczono, nie posiada. (C. d. n.).

[3]) Centralblatt f. Bakt. Bd. 34. Nr. 6.

Nowy przyrząd do fotografowania ruchów źrenicy.

Podał

Dr. Jan Piltz

ordynator oddziału chorób nerwowych w szpitalu praskim w Warszawie, były wicedyrektor uniwersyteckiej psychiatrycznej kliniki w Lozannie.

(Dokończenie).

Przyrząd mój i Lebiedzińskiego różni się od przyrządu prof. Bellarminowa tem:

1) że pozwala robić zdjęcia nawet w ciemne dni zimowe lub wogóle w względnie słabem oświetleniu;

2) że ustawienie przyrządu, skierowanie na oko,ześrodkowanie (scentrowanie) i nastawienie na ognisko dokonywa się bardzo prędko, a do puszczenia w ruch błony lub zatrzymania jej i do zapalenia lub zgaszenia lampek wystarcza jeden ruch korbki;

3) że kasetę do błon można ładować i wyładowywać w świetle;

4) że obraz oka widoczny jest aż do chwili zdjęcia (na matówce), co pozwala z jednej strony łatwo skontrolować położenie oka, a z drugiej sprawdzić nastawienie na ognisko;

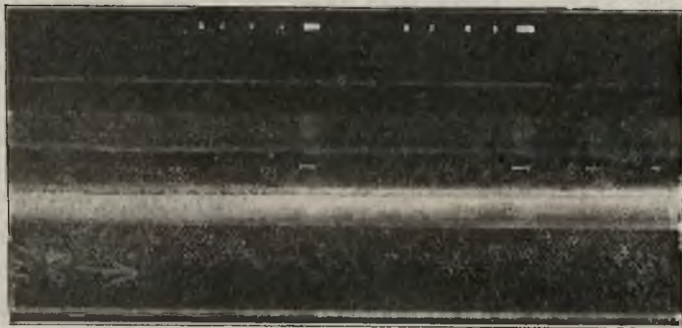


Fig. 5.

5) że jeden i ten sam przyrząd służyć może nietylko do fotografowania, lecz również i do bezpośredniej obserwacyi. W tym celu należy tylko wyjąć matowe szkło i zamiast niego wsunąć silnie powiększającą lupę w otwór, znajdujący się w bocznej ściance komory. Przy tem urządzeniu obserwator znajduje się w odległości przeszło 1 metra 20 centm. od osoby badanej i nie krępuje jej tak, jak to ma miejsce przy użyciu mikroskopu kornealnego Westiena, lub podobnych przyrządów, wymagających znacznego zbliżenia obserwatora do oka badanego;

6) że objektyw oddalony jest od oka osoby fotografowanej aż na odległość 65 centymetrów.

Dotychczas badałem zaledwie u kilku osób zdrowych odruch świetlny i psychiczne odruchy źrenic, mianowicie t. zw. wyobrażeniowe odruchy źrenic.

Fotografię odruchu świetlnego widzimy na fig. 5. Z boku od strony lewej widzimy fotografię oka, zdjętą przez wązką szparkę pionową przed puszczeniem błony w ruch. Środkowy poziomy czarny pas przedstawia fotografię źrenicy i szerokość tego pasa w zupełności odpowiada rozmiarom źrenicy. Dwie poziome linie, biegnące z obu stron pasa źrenicznego odpowiadają tęczówce. Sąsiednie szersze pasy odpowiadają białkówce. Dlaczego pas górny jest ciemniejszy, a dolny jaśniejszy? Pochodzi to stąd, że ponieważ osoba badana siedziała bokiem do okna, to jedna połowa białkówki, mianowicie ta, która znajdowała się bliżej okna, była silniej oświetlona, niż druga. Przy takich warunkach badania, dzięki wielkiej czułości błony fotograficznej, utrwalają się najmniejsze wahania źrenicy, jako równoznaczne zmiany jej szerokości, Mierząc szerokość otrzymanego pasa w różnych miejscach, otrzymujemy nietylko bezwzględną szerokość źrenicy w każdej chwili doświadczenia, ale też i względne wahania szerokości źrenicy i t. p. W górze widzimy szereg znaków, pochodzących od lampki elektrycznej Q, czyli od systemu elektromagnetycznego, za pomocą którego możemy regestrować początek i koniec spostrzegania, t. j. te chwile, w których osoba badana wyobrazi sobie n. p. światło lub ciemność (w tym przypadku osoba badana sama regestruje), czas trwania jakiegoś podrażnienia i t. d. Na dole mamy szereg równoległych znaczków, pochodzących od lampki P. Jest to mierzenie czasu: odległość jednego znaczka od drugiego wynosi $^1/_{10}$ sekundy. Białe linijki poziome, spotykane na czarnym pasie źrenicznym, przedstawiają fotografię światła, które rzucamy do oka z latarni (przez kondensator) przy badaniu skurczu źrenicy. Światło to, odbijając się od rogówki, wpada do przyrządu i na błonę, dając punkt biały,

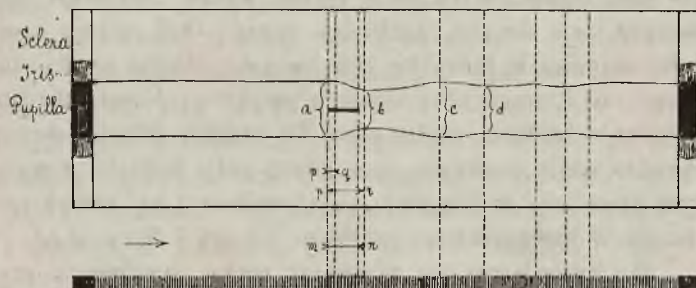


Fig. 6.

który przy ruchu błony tworzy linię (fig. 5). Dość okiem rzucić pobieżnie na fig. 5, ażeby się przekonać, że tym miejscom, w których widzimy takie białe linijki, odpowiada skurcz źrenicy. Dla dokładnego mierzenia przeprowadzamy do osi pasa źrenicznego prostopadłe ordynaty przez początek tej białej linijki, o której była wyżej mowa, jak również i przez miejsca, w których źrenica zaczyna się zwężać, w których to zwężenie dosięga swego *maximum* i t. d. Ordynaty te, przecinając linię czasu na dole, dają nam zupełnie dokładne dane co do czasu utajonego odruchu świetlnego źrenicy i co do czasu trwania podrażnienia i t. d. Ponieważ w naszych warunkach źrenica fotografuje się w naturalnej wielkości, to szerokość środkowego czarnego pasa źrenicznego jest jednocześnie bezwzględną szerokością źrenicy, której zmiany możemy dokładnie mierzyć cyrklem. Do łatwiejszego zoryentowania się w tych wszystkich szczegółach posłuży także szematyczny rysunek, przedstawiony na fig. 6. Z badań jakie dotychczas wykonałem nad odruchem świetlnym u ludzi zdrowych wynika, że n. p. u człowieka 40—50 letniego, w warunkach prawidłowych, czas utajony bezpośredniego oddziaływania świetlnego wynosi przeciętnie 0,2—0,3 sekundy i że maksymalny skurcz źrenicy występuje mniej więcej po upływie 0,9 sekundy od chwili rzucenia światła do oka, a pierwsze wtórne rozszerzenie przeciętnie po upływie 3,1 sekundy. Zdaje się też, że czas uta-

jony oddziaływania świetlnego źrenicy zmienia się zależnie od siły oświetlenia w odwrotnym stosunku.

Fotogramy wyobrażeniowych odruchów źrenicy wykazują, że (abstrakcyjne) wyobrażenie światła wywołuje bardzo nieznaczny, lecz widoczny skurcz źrenicy, a wyobrażenie ciemności — jej rozszerzenie. Przeprowadzanie tych ostatnich badań jest jednak rzeczą bardzo trudną. Przedewszystkiem nie należy zapominać o tem, że źrenica jest narządem nadzwyczaj czułym, że szerokość jej podlega prawie nieustannym wahaniom nietylko w zależności od najmniejszych zmian oświetlenia, przystosowania, zbieżności lub napięcia mięśnia okrężnego oka, lecz i od całej masy najróżnorodniejszych czynników. Oddech i tętno wywierają n. p. niezaprzeczalny wpływ na szerokość źrenicy. Dalej, nietylko silniejsze podrażnienia obwodowych nerwów czuciowych, ale nawet najlżejsze podrażnienie dotykowe ciała już wywołuje rozszerzenie źrenicy. Najdelikatniejsze podrażnienie nerwu słuchowego wywołuje również rozszerzenie źrenicy; każde, chociażby najmniejsze zwrócenie uwagi nietylko na jakiś przedmiot, zjawiający się w naszem polu widzenia, ale wprost każda zmiana uwagi, przejście od jednej myśli do drugiej, już odbija się na źrenicy. Roubinowitch w Paryżu opisał rozszerzenie źrenicy, występujące także każdorazowo przy najlżejszym wysiłku władz umysłowych, np. przy rozwiązywaniu na pamięć nawet najłatwiejszych zadań arytmetycznych i nazwał to zjawisko ideo-ruchowym odruchem źrenicy *(réflexe idéo moteur de la pupille)*; wreszcie afekty psychiczne rozszerzają źrenicę.

W zależności od tych najrozmaitszych czynników, działających w zwykłych warunkach, a więc i podczas samego badania, źrenica nigdy nie jest spokojną, a tylko podlega bezustannie ciągłym wahaniom, które nazywamy fizyologicznemi wahaniami (oscylacyami) źrenicy [13]).

Prócz wymienionych licznych czynników, wpływających na źrenicę, istnieją, jak się w ciągu ostatnich 6 lat przekonałem, jeszcze dwa, które wywierają niezaprzeczalny wpływ na źrenicę, a mianowicie — wyobrażenia świetlne. Wyobrażenie światła zwęża, a wyobrażenie ciemności rozszerza źrenicę. Spostrzeganie tego zjawiska jest wobec istnienia ciągłych wahań szerokości źrenicy, zależnych od innych czynników, rzeczą bardzo utrudnioną. Z drugiej strony zjawisko to nie u wszystkich ludzi daje się zauważyć: u jednych występuje ono bardzo wyraźnie, u drugich bardzo niejasno. Spotykałem i takie osoby, u których tylko wyobrażenia światła dawały zwężenie źrenicy, gdy tymczasem wyobrażenia ciemności nie działały rozszerzająco — i odwrotnie. To zależy, jak sądzę, przedewszystkiem od tego, że niektórzy potrafią łatwo wyobrazić sobie światło, a nie są w stanie wyobrazić sobie w należyty sposób ciemności. Następnie wiemy, że gdy jedni ludzie myślą, jeżeli można się tak wyrazić, optycznie, t. j. przy myśleniu posługują się przeważnie pamięciowymi obrazami optycznymi, to drudzy posługują się pamięciowymi obrazami słuchowymi lub korzystają z innych skojarzeń. Dalej nie należy zapominać i o tem, że jedni umieją skupiać swoją uwagę dobrze, a drudzy posiadają te zdolność tylko w bardzo słabym stopniu, więc chociaż i myślą optycznie, to jednak nie są w stanie jak się należy wyobrazić sobie n. p. słońca i przez parę sekund z natężeniem myśleć o niem. Wreszcie i tutaj wprawa odgrywa wielką rolę.

Wszystko to należy przyjąć pod uwagę przy przeprowadzeniu doświadczeń nad opisanemi przezemnie t. zw. wyobrażeniowymi odruchami źrenic; należy też do tego rodzaju badań wybierać ludzi inteligentnych i odpowiednich.

Zwężanie się źrenicy pod wpływem światła stanowi objaw prawidłowy w oku człowieka. Zmiany jednak w szybkości i rozmiarach zwężania się i rozszerzania stanowią często jedyny niemal objaw grożącej lub rozwijającej się choroby nerwowej organicznej. W ostatnich czasach coraz większą uwagę zaczynamy zwracać nawet na bardzo delikatne zaburzenia w ruchach źrenicy (oddziaływanie neurotoniczne źrenic i t. p.), występujące w przebiegu różnych chorób układu nerwowego. Spostrzeżenie tych zmian i należyta ocena ich rozmiarów jest dla lekarza nader ważna nie tylko ze względu rozpoznania, ale i rokowania. Dotychczas oceniamy te objawy oczne jedynie na oko, a więc zgrubsza tylko i niezbyt dokładnie. Z powodu tej niedokładności w sposobie badania podjąłem myśl zrobienia przyrządu, zapomocą którego możnaby było prowadzić ścisłe badania ruchów źrenicy.

I bardzo być może, że w przyszłości fotograficzna metoda badania tych ruchów, przy uproszczeniu samej techniki i budowy przyrządu, znajdzie zastosowanie nietylko w fizyologii, ale i w praktyce lekarskiej.

Przed paru tygodniami ukazało się w Wiedniu bardzo interesujące kliniczne studyum Dr. Alfreda Fuchsa [14]), asystenta II uniwersyteckiej kliniki psychiatryczno-nerwowej prof. Wagner v. Jauregga, traktujące o tym samym przedmiocie, mianowicie o mierzeniu wielkości źrenicy i określaniu czasu występowania świetlnego oddziaływania źrenicy w przebiegu chorób umysłowych i nerwowych.

[13]) Jak ważną jest znajomość nawet takich drobnych wiadomości o źrenicy jest chociażby ten fakt, że n. p. Bumke twierdzi, iż przy *dementia praecox* tych fizyologicznych wahań źrenicy brak. Jeżeli to prawda, to w takim razie nawet takie na pozór nieznaczne objawy ze strony źrenic mogą być nieraz przy rozpoznawaniu chorób umysłowych bardzo pożyteczne.

[14]) Die Messung der Pupillengrösse und Zeitbestimmung der Lichtreaction der Pupillen bei einzelnen Psychosen und Nervenkrankheiten. Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie. Leipzig und Wien. 1903. Band 24. 2 i 3 Heft.

III. O fagocytozie.

Wykład

Prof. Dra Karola Kleckiego

na XIII Zjeździe Chirurgów polskich w Krakowie w dniu 15 lipca 1903 roku.

(Dokończenie).

Pochłonięte drobnoustroje, trawione przez fermenty komórkowe, okazują w ciele fagocyta różne zmiany. Bakterye poruszające się tracą przedewszystkiem zdolność poruszania się. Przytem, zależnie od stopnia strawienia, występują w ciele drobnoustrojów zmiany jego konstytucyi chemicznej, których wyrazem są zmiany powinowactwa

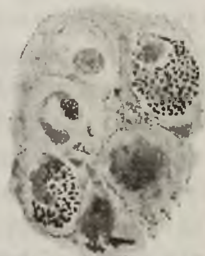
do rozmaitych barwików. Zwykłymi barwikami zasadowymi barwią się bakterye w tym stanie słabiej, niż w stanie prawidłowym, lub też przeciwnie, nadmiernie silnie; albo też barwią się one inaczej, niż bakterye normalne, na przykład błękitem metylenowym na czerwono; barwione mieszaniną błękitu metylenowego i eozyny, nie pochłaniają zasadowego błękitu, jak to czynią bakterye prawidłowe, a barwią się kwaśną eozyną. Nadto okazują takie drobnoustroje zmiany morfologiczne; załamują światło inaczej, jak w stanie prawidłowym, w ich ciele występują niezwykłe ziarnistości, zgrubienia lub ścieńczenia, wakuole; obrysy mikrobów zniekształcają się, ich postać staje się nieforemną (Fig. 14), niektóre zaś gatunki drobnoustrojów, jakoto przecinkowiec cholery, wibryon Miecznikowa, prątek durowy, laseczuik błękitnej ropy, a po części i spiryla Obermeyera, zwłaszcza we fagocytach ustroju, na nie uodpornionego, rozpadają się na ziarna. Niekiedy ciała drobnoustrojów w plasmie fagocytów zupełnie się rozpuszczają, najczęściej jednak nawet po zupełnem zniszczeniu bakteryi pozostają ich szczątki, utrzymujące się w ciągu dłuższego czasu w protoplasmie fagocyta. Różne części mikrobów ulegają strawieniu z rozmaitą łatwością; najtrudniej trawi się ich otoczka. Pochłonięte i trawione zarodniki drobnoustrojów tracą oczywiście zdolność kiełkowania.


Fig. 14.

Komórki obcego ustroju wyższego, pochłonięte przez fagocyty, należące zazwyczaj do rzędu makrofagów, ulegają również w ich wnętrzu strawieniu. Badania Miecznikowa nad pochłanianiem ciałek czerwonych krwi gęsi przez makrofagi świnki morskiej wskazują, że i w tym przypadku trawienie wśródkomórkowe odbywa się w odczynie kwaśnym. Jeden makrofag może pochłonąć znaczną ilość, do 20 ciałek czerwonych. Trawione ciałka okazują zmiany kształtu, występują w nich wakuole, hemoglobina z nich uchodzi; w ciałkach czerwonych gęsi hemoglobina przechodzi do jądra, które dłużej opiera się strawieniu, niż pozostała część ciałka. Podobnie obce plemniki, wprowadzone do jamy brzusznej (Landsteiner, Miecznikow), ulegają strawieniu przez makrofagi, które je pochłonęły. Makrofagi pochłaniają i trawią również mikrofagi, zarówno nie zawierające cząstek obcych, jakoteż i takie, które pochłonęły drobnoustroje. W odpowiednich doświadczeniach stosunkowo często spotyka się makrofagi, w których protoplazmie tkwią obok ciałek czerwonych mikrofagi, zawierające pochłonięte bakterye. Podczas trawienia wśródkomórkowego niezmiernie wybitnie występuje w makrofagach wakuolizacya ich protoplasmy. (Fig. 15). Zarówno protoplasma, jakoteż jądra mikrofagów trawionych w ciele makrofagów okazują szereg zmian degeneracyjnych, ujawniających się jako zmiany kształtu, oraz zmiany w barwieniu się właściwymi barwikami. (Fig. 16). Ziarna neutrofilowe (amfofilowe) i eozynofilowe zlewają się przytem w większe masy o jednostajnem zabarwieniu; istota chromatynowa rozpadłego jądra zbiera się często w postaci tworów kulistych różnej wielkości, zazwyczaj silnie się barwiących barwikami zasadowymi (Fig. 17).

Trawienie żelatyny, pochłoniętej przez makrofagi, odbywa się także w odczynie kwaśnym. Jest rzeczą możliwą, że neutralizacya jadu tężcowego, pochłoniętego przez makrofagi (Wassermann), polega również na działaniu trawiennem tych tworów; atoli z badań Freunda, Grossa i Jelinka wynika, że już roztwory nukleohistonu neutralizują jad analogiczny, mianowicie jad błoniczy.


Fig. 15.


Fig 16.

Podobnie, jak w ciele fagocytów, różne cząstki obce mogą w pewnych warunkach ulegać zniszczeniu, a względnie strawieniu, poza fagocytami, w ich środowisku ciekłem; z badań, przeprowadzonych w pracowni Miecznikowa wynika, że działają tu te same istoty, co wewnątrz fagocyta, mianowicie cytazy, przechodzące do otoczenia z rozpadłych komórek. Rozpad fagocytów, czyli tak zw. fagoliza, jest zjawiskiem, zachodzącem stale już w warunkach fizyologicznych w tkankach ustroju; w stanach patologicznych naturalnych lub sztucznie wywołanych, np. przez injekcyę do jamy brzusznej drobnoustrojów lub cieczy nieobojętnych, a nawet cieczy pod względem chemicznym obojętnych, ale o ciepłocie niższej od ciepłoty ciała, rozpad fagocytów wzmaga się, a tem samem większa ilość zawartych w nich istot działających przechodzi do otoczenia. Fagoliza ujawnia się zarówno jako plasmoliza, jakoteż jako karyoliza. Rozpad protoplasmy występuje w różnym stopniu; niekiedy pierwoszcze zupełnie rozpuszcza się w danem środowisku. (Fig. 18). Stosunkowo znaczną odporność okazują ziarna amfofilowe oraz


Fig. 17.


Fig. 18.


Fig. 19.

eozynofilowe, które z początku pozostają w kupkach w miejscu rozpuszczonej protoplasmy, która je niegdyś zawierała, potem zaś rozchodzą się pojedyńczo w środowisku, ale i one ulegają różnym zmianom wstecznym, a w końcu zupełnemu rozpuszczeniu. (Fig. 19). Jądra fagocytów tracą własność prawidłowego barwienia się barwikami zasadowymi, okazują zmiany kształtu, nadżarcia i przerwy w ciągłości; i poza fagocytami spotyka się ciała kuliste silnie się barwiące, powstałe z produktów rozpadowych istoty jądrowej. (Fig. 20).

W cieczach bakteryobójczych, nagromadzonych w ustroju żywym, zawierających rozpadające się i rozpadłe już fagocyty oraz drobnoustroje, spostrzega się często obok fagocytozy niszczenie bakteryi wolnych, nie pochłoniętych, czyli bakteryolizę pozakomórkową. Wyniki prac Miecznikowa oraz jego uczniów świadczą, że bakteryolizę sprowadzają istoty pochodzące z fagocytów, zwłaszcza mikrofagów, uchodzące z komórki przy jej rozpadzie. Czy jednak istoty bakteryobójcze, sprowadzające bakteryolizę pozakomórkową, pochodzą jedynie z fagolizy w miejscu działania owych istot, nie jest jeszcze rzeczą ściśle dowiedzioną.

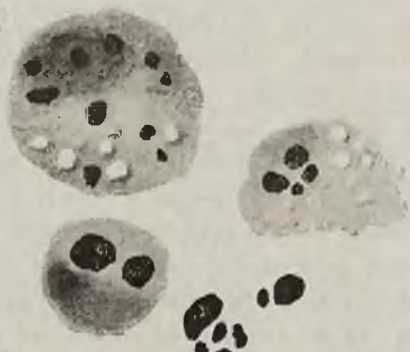


Fig. 20.

Drobnoustroje w stanie bakteryolizy okazują przeróżne zmiany morfologiczne; pałeczki pęcznieją i przybierają kształt kulisty, lub też cieńczeją i wyginają się, okazują miejscowe zgrubienia w środku lub na końcach; prosto ścięte końce pałeczki zaokrąglają się, w pałeczce występują ziarna nieprawidłowe, zazwyczaj silnie się barwiące; ciało mikroba niekiedy wyraźnie rozpływa się w środowisku, a z bakteryi, posiadających grubszą otoczkę, pozostaje niekiedy tylko ta otoczka, zupełnie pusta lub też zawierająca szczątki danego mikroba (Fig. 21). Pod względem barwienia się drobnoustroje okazują zmiany, polegające na nadmiernie silnem lub słabem pochłanianiu właściwych barwików, na barwieniu się niejednostajnem, lub też na przyjmowaniu innej barwy, jak w warunkach prawidłowych.

Bakteryoliza pozakomórkowa ma ze względu na zakażony ustrój niezmiernie wielkie znaczenie; z niszczonych ciał bakteryi uwalniają się bowiem jady, t. z. endotoksyny, które ulegają wchłonięciu i mogą sprowadzić zatrucie, zwłaszcza, że endotoksyny stanowią zazwyczaj silne jady, a ich zneutralizowanie jest dla ustroju sprawą trudniejszą, niż unieszkodliwienie odpowiednich mikrobów przez fagocytozę.

Podobnie jak drobnoustroje w cieczach bakteryobójczych, w pewnych warunkach i obce komórki ustrojów wyższych mogą ulegać rozpuszczeniu pozakomórkowemu, czyli cytolizie, w cieczach zawierających istoty antykomórkowe. Odnośne badania dotyczą głównie rozpuszczania obcych ciałek czerwonych krwi, czyli hemolizy, w ustroju uodpornionym na dane ciałka. Z badań tych wynika, że różnogatunkowe ciałka czerwone krwi mogą być niszczone poza fagocytami, przyczem ciałka te okazują zmiany morfologiczne, oraz zmiany w barwieniu się; co się tyczy rozpuszczania się pozakomórkowego jąder ciałek czerwonych ptaków, to Miecznikow, który badał zachowanie się pod tym względem ciałek gęsi w jamie brzusznej świnki morskiej, twierdzi, że jądra ich podobnie, jak i szkielety, rozpuszczają się jedynie w protoplasmie fagocytów, Wolff zaś, który eksperymentował ze krwią gołębia, podaje, że i karyoliza może odbywać się pozakomórkowo. Zdaniem Miecznikowa hemoliza pozakomórkowa jest skutkiem fagolizy mikrofagów, Wolff zaś utrzymuje, że zjawisko to występuje zupełnie niezależnie od rozpadu fagocytów.

W miarę jak poznawano bliżej rozmaite sprawy życiowe, przybywało coraz więcej spostrzeżeń, świadczących, jak niezmiernie rozpowszechnionem i częstem jest w przyrodzie zjawisko fagocytozy.



Fig. 21.

U całego szeregu tworów niższego rzędu przyjmowanie pokarmów polega na fagocytozie, a pochłonięte cząstki odżywcze ulegają strawieniu wśródkomórkowemu. W ustroju zwierząt wyższych i człowieka fagocyty pośredniczą w sprawie wchłaniania istot białkowych, a jak to wynika z najnowszych badań w tym kierunku, także i istot tłuszczowych. Usuwanie zbędnych dla ustroju cząstek, powstałych przy rozpadzie fizyologicznym pierwiastków tkankowych, odbywa się w znacznej mierze za pośrednictwem fagocytozy.

We fizyologicznych sprawach zanikowych, jakoto w zaniku prostym, występującym w wieku starczym w różnych narządach, zwłaszcza zaś w latach przejściowych w żeńskich narządach rodnych, fagocyty odgrywają według Miecznikowa, ważną rolę, pochłaniają bowiem i usuwają pierwiastki miąższowe narządów, oraz ich szczątki. Tak samo w metamorfozie rozwojowej wielu zwierząt (jeżowców, owadów, płazów) zanik różnych tymczasowych tkanek i narządów odbywa się zapomocą fagocytozy, a u niektórych zwierząt wytworzone w nadmiernej ilości plemniki, nie zużyte do zapłodnienia, ulegają spermatofagii, czyli pożarciu przez własne fagocyty zwierzęcia (Caullery i Siedlecki, Siedlecki).

W stanach patologicznych fagocytoza występuje wszędzie tam, gdzie odbywa się wchłanianie i usuwanie cząstek upostaciowanych, zachowujących się względem danej tkanki jako ciało obce, a więc przy wchłanianiu złogów włókni-

kowych na błonach surowiczych, wylewów krwi, zakrzepów, przy usuwaniu cząstek obumarłych tkanek, złogów i kryształów wypadłych z roztworu soli, wprowadzonych do ustroju drobnych ciał obcych i t. p. Czynność tę sprawiają głównie makrofagi; cząstki wprowadzonych do tkanki ciał obcych pochłaniają przytem zazwyczaj makrofagi stałe, występujące wówczas często w postaci gigantofagocytów (Ribbert). Fagocytoza komórek jest niezmiernie częstem zjawiskiem w sprawach nowotworowych, a jako zjawisko wręcz charakterystyczne występuje fagocytoza w sprawach zapalnych, zwłaszcza powstałych na tle zakażenia; w sprawach tych brak fagocytozy lub też występuje ona w słabym tylko stopniu jedynie wówczas, gdy przebieg sprawy jest niezmiernie ostry i ciężki, a to wskutek działania chemotaktycznego ujemnego zarazków, a względnie wskutek braku działania chemotaktycznego w kierunku dodatnim. W sprawach zakaźnych ostrych występuje głównie fagocytoza przez mikrofagi, w sprawach chronicznych wysuwa się na plan pierwszy fagocytoza makrofagowa.

Zwalczanie zarazków, a względnie pasorzytów zapomocą fagocytozy jest zjawiskiem, stwierdzonem u zwierząt, stojących na różnych szczeblach rozwoju. Jestto więc zjawisko w świecie zwierzęcym zupełnie powszechne, Miecznikow zaś uważa je za wyraz powszechnej walki o byt: twór mniejszy wchodzi do tworu większego i niszczy go, ten zaś we własnej obronie unieszkodliwia napastnika, a potem zabija go przez trawienie wśródkomórkowe; stąd wysnuwa Miecznikow wniosek, że ostać się mogły i dalej rozwijać jedynie takie zwierzęta, które posiadały dobrze funkcyonujące fagocyty.

Zrozumiałą przeto jest rzeczą, jak wielkie znaczenie musi odgrywać fagocytoza w odporności na zakażenia. Fagocytoza mikrobów chroni w znacznej mierze ustrój od zakażenia i samozakażenia. Ona to sprawia w znacznej mierze, że zakażenie z powietrza naogół nie jest niebezpiecznem. Miecznikow uważa, że o odporności na zarazki stanowi jedynie fagocytoza; odporność ta jest jego zdaniem tylko poszczególnym przypadkiem rozpowszechnionego w świecie zjawiska resorbcyi elementów upostaciowanych oraz trawienia wśródkomórkowego, fagolizie zaś przypisuje Miecznikow w odporności znaczenie podrzędne. Jakkolwiek wielu bardzo badaczów zapatrywanie Miecznikowa w tym, względzie obecnie podziela, sprawy tej nie można jeszcze uważać za zupełnie rozstrzygniętą, a to dlatego, że podobnie jak w zakażeniu, znaczenie fagolizy, która sokom ustroju może nadać własności bakteryobójcze, a względnie ciałkobójcze, nie jest jeszcze przez ścisłe badania ustalone. Z dotychczasowych eksperymentów to tylko jasno wynika, że fagocytoza występuje wogóle znacznie wybitniej u indywiduów, uodpornionych na dane zarazki, niż u indywiduów na nie wrażliwych; w szeregu badań doświadczalnych stwierdzono, że fagocytoza występuje bardzo wybitnie w rozmaitych postaciach odporności na czynniki chorobotwórcze, wprowadzone w znacznej ilości do ustroju.

W licznych przypadkach odporności wrodzonej na różne drobnoustroje stwierdzono u rozmaitych zwierząt wybitną fagocytozę i to tem wybitniejszą, im silniejszą jest odporność. Fagocytoza występuje po zakażeniu prątkiem wąglika odpornych na działanie tego zarazka ślimaków, ryb, żaby, kury, gołębia, psa, szczura, po zakażeniu żab drobnoustrojem posocznicy myszy, przecinkowcem cholery, lasecznikiem gruźlicy i duru brzusznego (Kowalewski), kury i gołębia gruźlicą ludzką (Hess), świnki morskiej spirylami Obermeyera, spirylami gęsiemi (spirochaete anserina), paciorkowcami ropnymi o słabej jadowitości, lasecznikiem tężca, różnymi chorobotwórczymi drożdżakami i t. d.

W odporności na drobnoustroje, sztucznie u zwierząt sprowadzonej, a występującej zupełnie niezależnie od odporności na toksyny, wytwarzane przez dane zarazki, nietylko fagocytoza jest wybitniejsza, niż u zwierząt nieuodpornionych, ale zarazem, sądząc z niektórych badań, i trawienie mikrobów przez fagocyty jest dokładniejsze; zmiana ta polega zdaniem wielu badaczów na pewnem przystosowaniu się fagocytów do danych warunków, na pewnem wykształceniu się ich w pochłanianiu i trawieniu mikrobów. W odporności sztucznej stwierdzono fagocytozę u zwierząt zimnokrwistych i ciepłokrwistych po zakażeniu drobnoustrojami ropotwórczymi, przecinkowcem cholery, wibryonem Miecznikowa, drobnoustrojem czerwonki świń, prątkiem wąglika i wielu innymi mikrobami.

Opierając się na doświadczeniach, z których wynika, że u zwierząt, okazujących wrodzoną odporność na jad tężcowy, wysięk, sprowadzony sztucznie przez zastrzyknięcie do jamy surowiczej glutenkazeiny, zawierający znaczną ilość ciałek białych, zawiera zarazem więcej zadanej toksyny niż krew, uważa Miecznikow, że w odporności naturalnej na jad tężcowy, fagocyty przynajmniej w części jad ten pochłaniają i przez to nie dopuszczają go do wrażliwych nań komórek nerwowych. Wiele faktów przemawia za tem, że w sztucznie sprowadzonej odporności na jady fagocyty odgrywają pewną rolę, zdaniem Miecznikowa, nawet rolę ważną. I tak, po zastrzyknięciu różnych jadów zwierzętom, na nie uodpornionym, występuje leukocytoza. Bezredka stwierdził, że zwierzęta, uodpornione na arsen, padają wskutek zatrucia tym jadem, gdy się go wprowadzi do ustroju w ten sposób, że fagocyty nie mają doń dostępu. Odporność zwierzęcia na toksyny bakteryjne nie zależy od zawartej w jego sokach antytoksyny; zwierzęta, których soki zawierają antytoksynę, mogą podlegać działaniu odpowiedniego jadu, a niewrażliwość na jad może się wytworzyć bez wystąpienia własności antytoksycznych we krwi i innych sokach ustroju. U koni uodpornionych na jad tężcowy (Roux i Vaillard), oraz na jad błoniczy (Salomonsen i Madsen) własności antytoksyczne surowicy regenerują się stosunkowo szybko po znacznym nawet upuście krwi. Przytoczone powyżej fakty świadczą przeto, że sztucznie nabyta odporność na toksyny jest co najmniej w pewnej mierze zawisłą od komórek ustroju; według Miecznikowa wchodzą tu w grę głównie fagocyty, które ze stosunkowo małą szkodą dla siebie pochłaniają toksynę, innemi słowy, zapożyczonymi z terminologii, wprowadzonej do nauki o odporności przez Ehrlicha, których receptory łączą się z grupą haptoforową toksyny.

Podobnie jak odporność całego ustroju i odporność miejscowa poszczególnych tkanek i narządów na działanie różnych drobnoustrojów w wielkiej jest zależności od fagocytozy. Łatwość gojenia się ran w jamie ustnej, zawierającej stale nieobojętne dla ustroju, a często wręcz chorobotwórcze mikroby, jest również w ścisłym związku z wybitną fagocytozą, jaka się tam wówczas odbywa.

W miejscowej nieswoistej odporności przejściowej, czyli t. z. rezystencyi na zarazki, a względnie komórki obce, jaka powstaje w jamie brzusznej zwierząt po wprowadzeniu do niej na 12—24 godzin przed zakażeniem rozczynu fizyologicznego soli kuchennej, bulionu, uryny i innych płynów w niewielkiej ilości, fagocytoza również występuje bardzo wybitnie, przyczem nietylko twory obce conajmniej w znacznej części ulegają pochłonięciu przez odpowiednie fagocyty, ale i własne mikrofagi zwierzęcia są pożerane przez makrofagi. Wobec wyniku niektórych nowszych prac w tym przedmiocie, które świadczą, że niszczenie elementów obcych odbywa się w rzeczonych warunkach także i pozakomórkowo, trudno się zgodzić z twierdzeniem Miecznikowa, iż owa przejściowa rezystencya jedynie i wyłącznie na fagocytozie polega. W jakiej mierze polega tu obrona ustroju na fagocytozie, a w jakiej na własnościach bakteryobójczych, a względnie działaniu przeciwkomórkowem środowiska ciekłego, o ile działanie to sprowadzają rozpadłe w niem fagocyty, czyli fagoliza, są to jeszcze kwestye, które dopiero w przyszłości będzie można rozstrzygnąć; atoli już dzisiaj nie ulega wątpliwości, że w rezystencyi przejściowej fagocytoza pewną rolę odgrywa.

Jakkolwiek więc w niektórych sprawach, w których występuje fagocytoza, zachodzą jeszcze obecnie pewne kwestye co do stałości, intensywności, a nawet znaczenia tego zjawiska w danej sprawie, nagromadzony dotychczas materyał naukowy w tym przedmiocie dowodzi, że fagocytoza jest zjawiskiem, w przyrodzie wogóle bardzo częstem, a przytem niezmiernie doniosłem; że w stanach patologicznych zjawisko to często na pierwszy plan się wysuwa i że zejście wielu spraw chorobowych od niego w wysokim stopniu zależy.

Wielką jest przeto zasługa Miecznikowa, że zjawisko to zbadał, w znacznej mierze wyświetlił i właściwe miejsce w fizyologii oraz patologii mu wywalczył. Teorya fagocytozy, oparta na studyach porównawczych i ujęta przez Miecznikowa ze stanowiska biologii ogólnej, stanowi niewątpliwie w nauce tej istotny postęp.

IV. Wyciągi.

P. Nobecourt. **O zakażeniach jelit łańcuszkowcem.** (*La Presse medic.*, 1903, Nr. 78). W ostatnich czasach przez powolne krytyczne badania wyłoniła się zwolna grupa zakażeń, wywołanych przez łańcuszkowca. Beck, Netter i Drasche znajdowali te drobnoustroje w cholerze swojskiej, Kruse, Pascal, Ciechanowski i Nowak w czerwonce, Cerenville, Tavel i Egyet oraz Axel Holst opisali nieżyt jelit na tle łańcuszkowców pod postacią durzycy. U niemowląt przypisywano zrazu obecności łańcuszkowców w zakażeniach jelitowych znaczenie zakażenia wtórnego, dopiero Booker, a potem Escherich i jego uczniowie, oraz Finkelstein zaznaczają swoistą rolę łańcuszkowców w biegunkach u dzieci. Liczne prace późniejsze angielskich i francuskich autorów potwierdzają istnienie zakażeń jelitowych łańcuszkowcami pod rozmaitemi postaciami. Zakażenia jelitowe łańcuszkowcem u dorosłych przebiegają albo gwałtownie pod postacią cholery swojskiej, albo pod postacią posocznico-ropnicową z wysoką gorączką, obrzękiem śledziony, zapaleniem otrzewnej, opłucnej i nerek, albo w końcu pod postacią atypowej durzycy. Zakażenia paciorkowcowe jelit u dorosłych dają przeważnie rokowanie poważne. U dzieci dadzą się wyróżnić trzy postacie zakażenia: 1) Nieżyt niestrawnościowy (dyspeptyczny Escherich) czyli biegunka nieżytowa (West). Lekkie przypadki poronne z stolcami płynnymi, zawierającymi resztki pokarmów i ciałka wypocinowe; brzuch wzdęty, lekkie kolki, niepokój; bladość. Po 2—4 dniach powrót do zdrowia. 2) Drugą postać stanowią formy ciężkie z wysoką gorączką. Liczne (9—16) stolce płynne, zawierające cukier, białko, śluz, ciałka białe i czerwone, ślady hidrobilirubiny, zielenieją na powietrzu. Oddziaływanie niekiedy z początku kwaśne przechodzi w zasadowe, o ile stolce zawierają resztki mleka. Niekiedy ślad białkomoczu. Niema kokków ani w moczu, ani we krwi i często pojawiają się drgawki. W przypadkach lżejszych sprawa kończy się w kilku dniach, w cięższych zaś rozwija się obraz cholery dziecięcej. 3) Do trzeciej postaci należą formy ciężkie, w których paciorkowce przechodzą do krwi i moczu: nawiedzają one dzieci słabowite jako zapalenie kiszek mieszkowe (Wiederhofer). Częste tu bywają różne powikłania. Prócz powyższych trzech form istnieje opisana przez Hutinela „enterocolitis acuta“ z ciężkimi przypadami, czyli t. zw.: „cholera sicca“, pojawiająca się u dzieci starszych, oraz „gastroenteritis chronica“ oseseków Rillieta i Bartheza. W przebiegu zakażeń paciorkowcowych jelit objawy występują w rozmaitych narządach i błonach śluzowych. I tak wymioty nieraz rozpoczynają chorobę i zajmują niejednokrotnie pierwszorzędne miejsce w obrazie chorobowym. Zależą one bądź od podrażnienia zapalnego błony śluzowej żołądka, bądź od zatrucia, bądź też są natury nerwowej. Zmiany zapalne na wewnętrznej stronie policzków i w gardle łączą się nieraz z wrzodami, podobnymi do pleśniawki. Często można spostrzegać zakażenia oskrzelowo-płucne, zwłaszcza u niemowląt, o ile zarodki dostają się do płuc drogą krwi lub przez zakażenie drogami oddechowemi. Obserwowano też zapalenia nerek z mniej lub więcej wybitnym białkomoczem, zapalenia pęcherza i żółtaczkę. Często pojawiają się rumienie i wysypki, przypominające odrę, płonicę i pokrzywkę. Wysypki te, podobnie jak zakażenie, które je spowodowało, mogą występować epidemicznie i być zakaźnemi. Autor miał sposobność spostrzegania małej takiej epidemii. W niektórych przypadkach badanie krwi i jej narządów pozwala stwierdzić zakażenie ogólne łańcuszkowcami, wszelako nie jest to zjawiskiem stałem. Nadto w przebiegu wysypek tych spostrzegano diazo-reakcyę Ehrlicha, indykanuryę, urobilinuryę, silne zmniejszenie się mocznika i białkomocz. Nierzadko pojawiają się zaburzenia ze strony mózgu i opon jak: drgawki, sztywność karku i członków, osłabienie lub podniecenie i szał. Pochodzą one z zaburzeń naczynio-ruchowych w oponie miękkiej. Można w końcu spostrzegać zapalenia otrzewnej, opłucnej, osierdzia i ucha, wywołane paciorkowcami. Żadnej z powyższych postaci chorobowych nie można uważać jako patognomoniczną dla zakażenia paciorkowcem. Wszelako wskazówkę stanowi tu: rodzaj stolców, które bywają surowiczo-białkowe, podobne do białka jaj i zawierają smugi śluzu, oraz czerwone i białe ciałka krwi. Zmiany po wewnętrznej stronie policzków i pojawienie się rumienia zakaźnego. Atoli dopiero badanie bakteryologiczne rozstrzyga stanowczo o istnieniu zakażenia łańcuszkowcami. Przy objawach choleryczych z charakterem epidemicznym, oraz przy objawach atypowych duru, przy braku swoistego odczynu surowiczego należy myśleć o zakażeniu łańcuszkowcami. Zmiany anatomiczne zapalenia jelit łańcuszkowcowego są różne, zależnie od tego, czy śmierć nastąpiła w okresie ostrym, czy przewlekłym. W przypadkach ostrych żołądek jest próżny, skurczony, o ścianach bladych, z treścią barwy szarej lub czarnej, zależnie od obecności krwi. Na błonie śluzowej wybroczyny punkcikowate, niekiedy małe wrzody mieszkowe. W jelicie cienkiem spotykamy ten sam obraz. Obrzęk mieszków Peyera. W miarę natężenia sprawy zmiany zwiększają się ku końcowi jelita biodrowego, wszelako nie w tym stopniu, jak to bywa w durze. Tożsamo napotykamy w jelicie grubem. O ile śmierć nastąpiła w okresie późnym, mniej są zaznaczone nawał krwi i obrzęk mieszków Payera. Zmiany, wywołane przez łańcuszkowce, nie mają w sobie wprawdzie nic swoistego, wszelako ze wszystkich drobnoustrojów, zakażających jelito, łańcuszkowce przedewszystkiem zajmują mieszki. Znachodzą się one zarówno w jamie, jakoteż w ścianach przewodu pokarmowego; mniej liczne w żołądku, przebywają w jelicie cienkiem prawie w czystej hodowli. Znachodzą się w błonie śluzowej dokoła gruczołów, oraz w błonie podśluzowej, brak ich w mięśniach. W jelicie grubem dochodzą aż pod otrzewnę.

Dr. M. Blassberg.

Łondon. **Znaczenie fizyologiczno-patologiczne promieni radu. Działanie radu na różne części oka.** (*Archiw biologiczeskich nauk*, Tom X, Z. 2). Badając wpływ promieni radu na oko w petersburskim Instytucie medycyny doświadczalnej otrzymał Ł wyniki następujące: pudełeczko z 0·3 bromku radu, ustawione w odległości 10—15 ctm. od oka zawiązanego czarną opaską, wywołuje w niem wrażenie światła, którego siła znajduje się w prostym stosunku do ilości radu i w odwrotnym do odległości jego od oka. Podobne wrażenia powstaną w oku, jeśli umieścimy rad przy skroni lub przy czole, a u niektórych osób nawet w okolicy potylicy lub ciemienia. Badania nad chorymi z porażeniem ró-

żnych części narządu wzrokowego (brak gałki ocznej, zanik nerwu wzrokowego, brak soczewki, zaćma) wykazały, iż promienie radu oddziaływają na siatkówkę, wywołując w niej fluorescencyę, odbijają się i nie załamują się w środowisku ocznem, a tylko w małej ilości zostają w niem pochłonięte. Bystrość wzroku pod wpływem radu nie ulega zmianie. Promienie radu działają prawdopodobnie podniecająco na ośrodek wzrokowy, ponieważ ustawienie pudełeczka z radem w części potylicznej sprowadza zawsze fosforescencyę, nie połączoną z okiem i nie usadowioną w jednem miejscu. Długotrwałe działanie radu na oko prowadzi do zmian zapalnych. Mając na względzie te własności promieni radu, przeprowadził L. szereg doświadczeń na ślepych, w celu wywołania u nich wrażeń wzrokowych. W tym celu skorzystał on z własności ekranu, składającego się z platynocyanku baru, wywolywania fluorescencyi pod wpływem pudełeczka z radem, znajdującego się w pewnej odległości. Ekran taki daje w ciemnym pokoju rozsiane promienie świetlne bez domieszki cieplnych. Promienie te mogą być uchwycone przez ludzi ślepych z zachowanemi resztkami siatkówki. Jeśli na takim ekranie postawić przedmiot, to ślepy może rozróżnić jego kształty na tle świecącem, w zależności od siły oświetlenia, wielkości przedmiotu, położenia głowy i ekranu. Doświadczenia autora przeprowadzone były na 3 ślepych, którzy utracili wzrok w pierwszym roku życia, lecz zachowali mniej więcej poczucie światła. Wszyscy ci ślepi nauczyli się w ten sposób powoli rozróżniać na ekranie figury, litery i nawet słowa. Również udały się próby nauczenia ich pisania przez oprowadzanie palcem figur i liter na powierzchni ekranu.
Witold Orłowski (Ptbg).

Grouzdew. **Przyczynek do sprawy rosnących guzów jajnikowych, złożonych z komórek luteinowych.** (*Arch. f. Gyn.*, Tom 70, Zesz. 3). Guzy te, wychodzące z ciałek żółtych, prawdziwych lub fałszywych, rzadko tylko okazują charakter rozrostowy, lecz należą zwykle do rzędu t. zw. torbieli z zatrzymania (retencyjnych). W piśmiennictwie opisane są tylko 2 takie guzy luteinowe rozrostowe, a trzeci przypadek opisuje właśnie autor. Podczas gdy jednak tamte powstały ze względnie świeżych ciałek żółtych, przypadek autora dotyczył kobiety 60-letniej, u której jajniki przed 10 laty przestały funkcyonować, a więc nie zawierały świeżych ciałek żółtych, lecz tylko stare blizny, t. zw. „corpora albicantia“. U kobiety tej znaleziono, oprócz licznych włókniaków na macicy i torbieli obu jajników, w guzie, wychodzącym z jajnika lewego, rozwój nowotworu, złożonego z komórek luteinowych. Pokazuje się więc, że guzy luteinowe mogą także wychodzić z blizn po ciałkach żółtych, a nawet z tkanki jajnikowej, otaczającej je. Z konieczności musimy przyjąć, że tkanki te mogą długo jeszcze wytwarzać komórki luteinowe w czasie, kiedy fizyologiczny ich rozwój w jajnikach już dawno ustał. Te nowe komórki luteinowe rozrastają się następnie do — lub odśrodkowo, wnikając w samą tkankę bliznowatą, lub ku powierzchni jajnika. W ten sposób powstają potem duże nawet guzy o wejrzeniu groniastem, w których środku lub na powierzchni można rozróżnić pozostałości po ciałku żółtem. Przypadek ten wykazuje dalej, że własność wytwarzania komórek luteinowych posiadają także te części tkanki jajnikowej, które otaczają torbielkowato zwyrodniałe torebki (folikuły). Dalej omawia autor rozmaite okresy rozwoju i kombinacye guzów luteinowych z torbielami jajnikowymi. Co się tyczy charakteru tych nowotworów, to dalszy przebieg chorobowy powyższego przypadku przemawia za ich złośliwością. U chorej tej wyjęto przez pochwę całą macicę wraz z przydatkami. Kilka miesięcy potem zauważono u niej znowu guz natury mięsakowej, wielkości głowy dziecka, wychodzący z otrzewnej. Nadto cały charakter anatomiczny guza, budowa komórkowa, skłonność do szybkiego rozwoju, rozszerzanie się nietylko drogą ciągłości, ale i w formie odrębnych ognisk, przemawia stanowczo za jego charakterem złośliwym. Autor zalicza go raczej do kategoryi nowotworów mięsakowych, aniżeli, jak sądzą inni, do rakowych i proponuje nazwę „sarcoma ovarii cysticum luteinocellulare“.
Dr. E. Ehrenpreis.

Morelli. **Trzy przypadki zatrucia się zepsutem mięsem.** (*Ungar. med. Presse,* Nr. 27, 1903). W peszteńskim szpitalu garnizonowym spostrzegał autor trzech żołnierzy, którzy zachorowali po spożyciu zepsutej kiełbasy. Już w 6—10 godzin po zjedzeniu zepsutego mięsa mogą wystąpić objawy ostrego zapalenia żołądka i jelit. Swoiste atoli objawy zatrucia stwierdzamy dopiero po 36—48 godzinach. Chory z początku widzi mglisto, występują obrazy podwójne; nie może dobrze otworzyć ócz z powodu zwisania powiek; wydzielanie łez ustaje, spojówki są suche i nieczułe; źrenice rozszerzone *ad maximum,* często nie są okrągłe, nie oddziaływują na światło i nie akomodują. Równocześnie z objawami ocznymi rozwijają się dolegliwości połykowe, których główną przyczyną jest porażenie mięśni gardła i miękkiego podniebienia, co tłómaczy wypływanie płynów przez nos. Występuje suchość błon śluzowych, uczucie pieczenia i drapania w jamie ustnej. Skóra również jest sucha, łuszcząca się, głos ochrypły, mowa z powodu suchości języka utrudniona; stolec zatrzymany; oddawanie moczu możebne tylko po wielkiem natężeniu. Osłabienie mięśni wielkie; tętno drobne, przepuszczające, sensoryum wolne, ciepłota prawidłowa. Osłabienie mięśni w ciężkich przypadkach dochodzi do wysokiego stopnia, czynność serca jest niedostateczną i 8—10 dnia następuje śmierć skutkiem osłabienia serca (w 20%). Jeśli ten okres minie, budzi się nadzieja wyzdrowienia, zwiększająca się z każdym dniem. Najwcześniejsze objawy ustępują najpóźniej, ostatnie najwcześniej. Uderzającem jest, że poszczególne objawy występują i znikają zawsze w przeciągu krótkiego czasu tak, iż chorzy twierdzą, że cierpienie nagle przyszło i znikło. Objawy zatrucia tłómaczy Kempner tak, iż toksyna zatruwa ośrodkowy układ nerwowy, sprowadzając głównie zwyrodnienie komórek nerwowych istoty szarej. Zupełne zniesienie czynności wydzielniczej skóry wskazuje na ogólne zmiany w rdzeniu pacierzowym, do czego dołącza się zanik czynności ośrodka pęcherzowo-rdzeniowego, co oddziaływa patologicznie na unerwienie pęcherza. Ośrodki umysłowe są nietknięte. Leczenie powinnoby się rozpocząć od wypłókania, a przynajmniej wypróżnienia żołądka i jelit, do czego jednak rzadko przydarza się sposobność, ponieważ właśnie w najcięższych przypadkach objawy występują dopiero w 36—48 godzin — przy dobrym stanie podmiotowym tak, iż często kilka dni minie, zanim nastąpi rozpoznanie. W celu przywrócenia upośledzonej czynności przewodu pokarmowego należy stosować wysokie wlewania, ponieważ środki przeczyszczające nie doprowadziłyby do celu wobec wysokiego stopnia porażenia jelit. Trudności w połykaniu zwalcza się zgłębnikiem; po mechanicznem podrażnieniu wraca zdolność połykowa. Przeciw suchości skóry i błon śluzowych nadaje się pilokarpina. Szczepienia antytoksyną nie próbowano, ponieważ przypadki zapóźno zostają rozpoznane, a szczepienia po pierwszych 24 godzinach nie mają wartości. Wobec tego bardzo wielkie znaczenie ma zapobieganie podobnemu zatruciu. Niebezpieczne są kiełbasy świeżo przygotowane i potem odłożone. Jedna część kiełbasy może być trującą, choć się nie zdradza barwą, wonią, ani smakiem. Zwykle zatruwają się ludzie kiełbasą, na pozór zupełnie dobrą, ponieważ kiełbasę zielonkawą, cuchnącą i tak się odrzuca, jako nieodpowiednią do spożycia. Kiełbasa nieświeża, a później uwędzona nie staje się przez wędzenie nieszkodliwą, jak również nie jest nią przez pieczenie lub gotowanie, jak to miało miejsce w przypadkach autora, które zresztą zakończyły się wyzdrowieniem. *Baschkopf.*

Docent Kostkiewicz (Kijów). **Objawy toksyczne towarzyszące okresowi powstawania i wessania obrzęków pochodzenia sercowego.** (*Russkij Wracz,* Nr. 50, 1903). Na 400 przypadków zaburzonego wyrównania czynności serca z powodu jego schorzenia, spostrzegał autor w 10% objawy zatrucia w okresie powstawania i znikania obrzęków. Wbrew zwykle występującemu zaburzeniu samopoczucia i stanu przedmiotowego w początkowym okresie zwichniętego wyrównania, spostrzegał K. przypadki, w których chorzy uskarżali się na nadzwyczaj męczącą duszność, bicie serca, kaszel, bezsenność i inne objawy, które jednak prawie zupełnie znikały z chwilą utworzenia się obrzęków. Podobne przypadki spotykał autor przeważnie śród chorych sercowych z dobrem odżywianiem, fizycznie nie wyczerpanych, oraz u kobiet, wstępujących w okres pokwitania. Wyrównanie krwiobiegu następowało u tych chorych bardzo powoli. Ponieważ w nerkach stwierdzono tylko objawy zastoinowe, to podobne zjawiska paradoksalne, t. j. wybitne polepszenie stanu chorych z rozwojem obrzęków, naprowadza na myśl o czasowem przeładowaniu krwi wytworami przemiany materyi o własnościach trujących. Wytwory te mogą przyczynić się do upośledzenia czynności serca, nim nie zostaną wydalone ze krwi wraz z obrzękiem do tkanki podskórnej. O wiele częściej objawy samozatrucia spostrzegał K. u chorych sercowych podczas wessania obrzęków. W tym okresie jednocześnie ze zwiększeniem się ilości moczu chorzy uskarżają się nieraz na silne niedomaganie, zawroty, ból głowy, duszność, bicie serca, bezsenność lub przeciwnie senność, nawet omamy; w rzadkich przypadkach do tych objawów przyłącza się podniecenie, bredzenie, uczucie palenia w skórze, bóle w mięśniach, zwężenie źrenic. Badanie wykazuje w tych razach zwiększenie przytłumienia sercowego i osłabienie jego czynności, w porównaniu do stanu przed zastosowaniem leków moczopędnych i sercowych. Jeśli układ naczyniowy przedstawia poczynające się zwapnienie, do tych objawów przyłączają się nieraz napady duszności, przeważnie ruchowej. Ciepłota nieraz podnosi się, nie wyżej jednak nad 37,8—38,5°. Wszystkim tym objawom towarzyszy znaczne zwiększenie ilości moczu. Z odstawieniem leku, gdy ilość moczu obniży się, stan chorych zwykle polepsza się. Powstanie tych objawów K. tłómaczy przeważnie samozatruciem przetworami trującymi, które

przeładowują krew podczas wessania obrzęków, nie wyklucza jednak wpływu i przyczyny dynamicznej, mianowicie przepełnienia naczyń znaczną ilością płynu, spowodowanego szybkiem wessaniem obrzęków, co zmusza serce do wykonywania znacznie większej pracy.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Runge. **Przyczynek do poznania przyczyny, objawów i leczenia ciąży zamacicznej.** (*Arch. für Gyn.*, t. 70, zesz. 3). Stosunki te badał autor na 233 przypadkach, które się zdarzyły w ostatnich 9 latach w berlińskiej „Charité“. Przeciętnie chore te były w wieku lat 31; wieloródek było 195, 33 zaś pierwiastek; stosunek więc 6·3:1; z wieloródek rodziły po 1 razie 61 kobiet; przeciętnie upłynęło 4 lat od ostatniego porodu. Z tego zestawienia wynika, że ciąża trąbkowa może także powstać u kobiet, które wcale nie rodziły i że powstanie jej poprzedza zwykle dłuższy lub krótszy okres bezpłodności (65·6%) tak, że mimowoli nasuwa się przypuszczenie, czy między bezpłodnością, a powstaniem ciąży zamacicznej nie zachodzi jakiś głębszy związek. Głównemi przyczynami ciąży trąbkowej są nieprawidłowe połogi z ich następstwami i wstępująca rzeżączka (*gon. ascendens*). Procesy te wywołują wskutek zrostów już to przemieszczenia i załamania trąbek, już to wskutek sprawy zapalnej zmiany w samej ścianie trąbkowej; następstwem tego zaś są: obrzęk błony śluzowej i zniesienie lub przynajmniej upośledzenie ruchów robaczkowych i ruchu migotnego w trąbce. Wśród takich warunków nie trudno o zatrzymanie i dalszy rozwój zapłodnionego jajka w samej trąbce. Jako przyczyny przypadkowe podają jeszcze t. zw. zewnętrzną wędrówkę jajka, polipy lub inne małe guzy i uchyłki trąbki. Głównym objawem ciąży zamacicznej są krwawienia, które w powyższych 233 przypadkach wystąpiły 192 razy i to przeciętnie 40 dni po ostatniej miesiączce. Krwawienia te pochodzą z macicy i powstają wskutek odklejenia się doczesnej od jej ścian, a tem samem otwarcia naczyń macicznych. Za tem przemawia i to, że w 50% przypadków równocześnie z krwawieniami występowały bóle w podbrzuszu, które należy właśnie odnieść do skurczów macicy. Bole występujące jednostronnie pochodzą od ruchów robaczkowych trąbki, która w ten sposób stara się pozbyć swej treści i od naciągania i rozrywania istniejących zrostów. Są one tem większe, im dotyczą narządu zwykle patologicznie więcej zmienionego. Bole w krzyżach pochodzą od ucisku na nerwy bądź guza trąbkowego, leżącego bardzo często w zatoce Douglasa, bądź też krwisteku zamacicznego. Do tego ucisku na narządy sąsiednie należy również odnieść dolegliwości przy oddawaniu stolca i moczu. Bole wreszcie nagle, kłujące przemawiają za pęknięciem trąbki. Uczucie omdlewania i zawrotu głowy są zwykle objawami wewnętrznego krwotoku. Ważnym objawem ciąży trąbkowej jest odejście doczesnej macicznej, mniej ważnym powiększenie macicy i klej w sutkach. Rozpoznanie jest zupełnie pewnem, jeżeli można wybadać za macicą guz, odnoszący się do krwisteku zamacicznego, co zresztą można stwierdzić nakłuciem próbnem. Ze względu na leczenie należy każdą ciążę zamaciczną usunąć operacyjnie, jak nowotwór złośliwy, szczególnie jeżeli jeszcze jest nietkniętą. Przy pęknięciu bowiem należy indywidualizować. Przy objawach nagłych, ciężkich, wskazujących na krwotok wewnętrzny, musi się natychmiast operować; jeżeli jednak niema tak groźnych objawów, wystarczy na razie bezwzględny spokój, przyczem należy chorą dokładnie obserwować i być zawsze przygotowanym do zabiegu. Również trzeba operować, jeżeli w toku obserwacyi dojdziemy do przekonania, że guz trąbkowy rośnie, coby przemawiało za dalszym rozwojem jaja lub gromadzeniem się krwi do worka trąbkowego; dalej, jeżeli po 2—3 tygodniowem leczeniu zachowawczem nie nastąpi polepszenie stanu ogólnego, guz się nie zmniejszył i nie wystąpiły objawy wessania; następnie, jeżeli wzniesienia ciepłoty wskazywałyby na rozkład guza trąbkowego lub nawet początkujące zapalenie otrzewnej; wreszcie jeżeliby nam nie udawało się zatamować krwotoku i wystąpiły już objawy przewlekłej błednicy. Autor zwraca uwagę, że nawet najcięższy stan błednicy nie jest przeciwwskazaniem do operacyi, lecz jest obowiązkiem lekarza operować w takich przypadkach, jak długo chora w ogóle jeszcze oddycha. Z wielu względów najbardziej polecenia godną jest zawsze „laparotomia“. W ostatnich czasach operują niektórzy drogą cięcia pochwowego przedniego lub tylnego; niektórzy wreszcie wogóle nie usuwają całego guza, lecz przecinają trąbkę wzdłuż, wyjmują całą jej treść i ściany napowrót zaszywają. Ostatnie dwie metody są mniej godne polecenia, a w wykonaniu trudniejsze. Co do zatrzymania lub dokładnego usunięcia wszystkich skrzepów w jamie brzusznej radzi autor usunąć tylko te, do których z łatwością dostać się można. Przez dokładne i pedantyczne poszukiwanie w całej jamie brzusznej drażnilibyśmy niepotrzebnie otrzewnę, zostawiając zaś wszystkie skrzepy, moglibyśmy chorą narazić na możliwy ich rozkład, a wzmocnienie sił możemy osiągnąć wlewaniami soli kuchennej. Leczenie krwisteków zamacicznych powinno być więcej zachowawcze, — o ile szczególne wskazania nie skłonią nas do operacyjnego wystąpienia, n. p. jeżeli guz krwawy ulegnie rozkładowi lub zropieje, lub jeżeli wzniesienia ciepłoty wskazywałyby na zapalenie otrzewnej, pokrywającej guz, wreszcie jeżeli leczeniem 2—3 tygodniowem nie wywołamy zmniejszenia guza, a ucisk jego na kiszkę stolcową, pośrednio i na pęcherz moczowy, sprawiałby chorej znaczne dolegliwości. Również należy operować, jeżeli krwistek jest bardzo duży i wessanie jego wymagałoby długiego czasu, szczególnie jeżeli społeczne stanowisko chorej niepozwala jej długo się leczyć. Operacya polega albo na nacięciu od strony sklepienia pochwowego tylnego, a mianowicie jeżeli nakłucie wykaże zropienie lub rozkład guza, albo też guz usuwa się drogą cięcia brzusznego, jeżeli on leży zbyt wysoko lub dochodzi do znacznych rozmiarów.

Dr. E. Ehrenpreis.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 18 marca 1904 r.

Przewodniczący: R. Dw. Prof. L. Rydygier. Obecnych: 39.

I. Kol. Prof. Dr. E. Machek przedstawia chorą, przyjętą do kliniki przed 6 tygodniami. Stwierdzono całkowite oderwanie siatkówki na obu oczach, ślad poczucia światła, a obok tego ciążę w V m. k.; w moczu zaś znaczną ilość białka i czerwonych ciałek krwi. Odesłano chorą do kliniki ginekologicznej U. L. w celu wywołania poronienia, poczem stan chorej szybko się poprawiał. Obecnie stwierdzić można, że siatkówka całkowicie przylgnęła do naczyniówki, a bystrość zwroku wynosi 5/20, wzgl. 5/30. Jako ślady przebytego cierpienia widzi się na dnie oka zanik przybłonka barwikowego, w naczyniówce zaś ogniska większe z przerostem barwika i wytworzeniem się długich wązkich smug tkanki łącznej, zlepiającej oderwaną siatkówkę z naczyniówką.

II. Kol. Dr. Dybuś-Jaworski przedstawia chorego z *lenticonus anterior oculi utriusque*. Chory liczy lat 32 i zgłasza się do kliniki z powodu upośledzonej bystrości zwroku. Stan chorobowy ma trwać od 15 r. ż. W moczu znaleziono dużą ilość białka. Bystrość wzroku, której szkła nie poprawiają, wynosi 5/30. Rogówki mają krzywiznę prawidłową. Na przedniej ścianie soczewki wyniosłość całkiem przezroczysta, wielkości siemienia. Soczewka bez zaćmień. Refrakcya na obwodzie +4, w środku około —25 oftalmoskopem zmiany odpowiadające *neuroretinitis albuminurica*. Etyologia zmian na soczewce nieznana. Analogiczny obraz na obu oczach przemawiałby za zboczeniem rozwojowem, a więc wrodzonem.

W dyskusyi przemawiają:

A. Bednarski, (który w przebiegu gojenia się oderwanej siatkówki widział w niej okienka wielkości główki od szpilki), A. Szulisławski, A. Burzyński (zaznacza, że tego rodzaju nieprawidłowość w budowie i kształcie soczewki, t. j. *lentiglobus anterior oculi utr.* należy uważać za wrodzoną, że jakkolwiek patogeneza tej nieprawidłości jest niejasną, to mechanizm jej powstawania daje się do pewnego stopnia wytłómaczyć, biorąc na rozwagę pewne czynniki w zarodkowym rozwoju oka. Podaje krótki szkic zarodkowego rozwoju gałki ocznej przyczem wskazuje na chwilę odsznurowywania się pęcherzyka soczewkowego od ektodermy, a następnie na rozmieszczenie i bujanie komórek w pęcherzyku soczewkowym); A. Mars i F. Obtułowicz (interpretując ustawę austryacką o dozwolonem wywoływaniu poronienia wzgl. porodu przedwczesnego).

III. Kol. Prof. Dr. A. Gluziński przedstawia chorego, lat 30 liczącego, przyjętego do kliniki z całkowitem porażeniem kończyn górnych i dolnych. Pnie nerwowe niebolesne, odruchy zniesione, brak zaburzeń odżywczych. Porażenie to powstać miało bardzo szybko w przeciągu 4 dni: najpierw porażoną została kończyna dolna prawa, na której był owrzodziały odcisk. Obecnie stan chorego znakomicie się poprawił. Po wykluczeniu spraw chorobowych, któreby mogły spowodować analogiczny obraz kliniczny (jak *neuritis infectiosa multiplex*, *paralysis paroxysmalis familiaris* Goldflam, *myelitis transversa*, *poliomyelitis anterior*, *hysteria*) rozpoznaje prelegent u chorego porażenie Landryego i rozpoznanie to uzasadnia.

IV. Tenże przedstawia młodzieńca, 20 lat liczącego, przyjętego do kliniki z powodu znacznej duszności. W wywiadach podaje, że przed rokiem wyłuszczono mu guz torbielowaty z pod brody. Przedmiotowo podejrzywanego guza w śródpiersiu nie znaleziono, natomiast stwierdzono porażenie więzadeł głosowych (ustawienie trupie), tłómaczące dostatecznie duszność i rozległe zmiany w czuciu po prawej stronie ciała (na głowie, tułowiu i kończynie górnej), upośledzenie słuchu w uchu prawem, brak odruchu połykowego w gardle, zwłaszcza po stronie prawej, bliznę promienistą na przedramieniu i zgrubienia okostnowe na piszczelach Wszystkie te objawy razem przemawiają za jakąś sprawą patologiczną, toczącą się na podstawie mózgu, może w okolicy rdzenia przedłużonego i to najprawdopodobniej na tle kiłowem.

V. Tenże demonstruje chorego, 55 lat liczącego, który od kilku miesięcy ochrypł i od tego czasu miewa okresowo napady drgawek padaczkowych. Powodem chrypki jest porażenie nerwu zwrotnego, wywołane tętniakiem łuku aorty, dającym i inne objawy. Drgawki zaś odnosi prelegent do zmian kiłowych w mózgu, w wywiadach bowiem chory podaje wyraźnie, że przebywał kiłę.

W dyskusyi zabiera głos: Mahl (przypominając odnośnie do pierwszego przypadku prelegenta, że podobne rozległe porażenia z dobrą prognozą widywał po grypie, błonicy i t. d), Łukasiewicz i prelegent. *Dr. Herman,* sekretarz doroczny.

VI. Stosunki sanitarne w zdrojowiskach i uzdrowiskach w Galicyi.

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

Chorzy wyjeżdżają do zdrojowisk i uzdrowisk w celu odzyskania utraconego zdrowia, przeto w tych miejscowościach powinni znaleźć doskonałe warunki higieniczne, wielką pieczę nad utrzymaniem tych warunków w stanie jak najlepszym, oraz wielką czujność, iżby nie byli znienacka zagrożeni, a w razie zagrożenia, aby znaleźli sprężystą, a skuteczną ochronę i opiekę. To jest warunek *sine qua non* istnienia takich miejscowości — i to im w pierwszym rzędzie zapewni zaufanie publiczności.

Rzecz to tak prosta i jasna, że zdawaćby się mogło, że niepotrzebnie ją poruszam. Tymczasem jest przeciwnie. Niestety, w całym naszym kraju, w całej Polsce uznanie dla nauki higieny i stosowania ustroju życiowego do jej zasad stoi bardzo daleko poza innymi krajami cywilizowanymi. Zdrojowiska i uzdrowiska, nietylko nie wysunęły się naprzód pod tym względem, co uczynić były powinny choćby dla ubezpieczenia swych interesów, ale stoją na stanowisku jeszcze więcej pierwotnem. Ktoby się taką fraszką zajmował? Po części i czasowo sama przyroda i warunki klimatyczne ratują sytuacyę, ale ludzie działają w tym względzie bardzo mało.

Postępując według zasad higieny, to w zdrojowiskach i uzdrowiskach na danym określonym terenie należy: 1) gruntownie zbadać i badać ciągle kardynalne czynniki, t. j. ziemię, wodę i powietrze; 2) należycie zapobiedz i zapobiegać stale wadliwościom tych czynników. Oprócz tego względy sanitarne nakazują, aby 3) stale czuwać, by złe nie zakradło się z sąsiedztwa, a 4) gdy złe mimo wszystko się zjawi, skutecznie je zwalczyć w zarodku.

Badanie ziemi, wody i powietrza ze stanowiska naukowego, tak chemicznie, jak bakteryologicznie, mogłoby nam dawać znakomite wskazówki i mogłoby często mieć wysoką doniosłość praktyczną, ale społeczeństwa wogóle, nietylko nasze, nie stanęły kulturalnie tak wysoko, aby się zawsze i wszędzie kierowano wynikami takich badań; nie mogę więc tego żądać od naszych zdrojowisk i uzdrowisk mimo, że wymagać tu trzeba *super plus* dobroci warunków higienicznych. Zamiast chemii i hodowli bakteryologicznych niechaj nam służą na razie ku celom rozpoznawczym nasze zmysły, wzrok, smak, powonienie, oraz trochę rozumowania.

W zdrojowiskach i uzdrowiskach, gdzie na krótki przeciąg czasu nagle zjeżdża się wielka liczba ludzi, która się gniecie na przestrzeni względnie niewielkiej, to chociażby przed ich przyjazdem skład ziemi, wody i powietrza odpowiadał w zupełności warunkom higienicznym, to jednak gdy nie będzie odpowiednich urządzeń zapobiegawczych, ten stan rzeczy musi się wkrótce zepsuć Dlatego takie urządzenia zapobiegawcze są konieczne. Idzie więc o staranne i szybkie usuwanie odchodów, odpadków, wód zanieczyszczonych, utrzymanie czystości w całym okręgu na placach, ulicach, dziedzińcach i w mieszkaniach. Gdyby to wszystko było spełnione z pedantyczną dokładnością, to w większych miejscowościach nie powinno się jeszcze używać wody studziennej miejscowej, ale wodociągowej, sprowadzonej ze źródeł bezwzględnie zabezpieczonych od zanieczyszczenia.

Tymczasem w naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach prawie żadnych nie zrobiono urządzeń zapobiegawczych; sprawy wodociągowe zaledwie gdzieniegdzie wprowadzono lub poruszono; sposób usuwania tych wszystkich szkodliwości jest bardzo pierwotny, a wykonanie niedbałe i zależy od dobrej lub złej woli jednostki. Nikt nad tem nie czuwa, być może dla tego, że za dużo jest władz, rządzących w każdej takiej miejscowości.

Mógłby mi kto zarzucić, że pominąłem tak zwane komisye sanitarne, które na żądanie jednej z władz miejscowych i na jej koszta zjeżdżają czasem raz na rok, czasem raz na parę lat i to z wiosną. Taka komisya pospaceruje sobie po zakładzie, tu i owdzie coś dostrzeże, bo dostrzedz musi, by napisać elaborat, wydać cały szereg rozporządzeń, mniejsza o to, czy i o ile racyonalnych. To rozporządzenie doręcza odnośna władza do przeczytania osobom interesowanym, które go podpisać muszą. Na tem koniec. Rozporządzeń się nie wykonywa, a komisyi podpis wystarczy.

Tego rodzaju komisye absolutnie nie prowadzą do celu, raz dla tego, że jej członkowie nie znają jądra sprawy, nie są stale czynni na miejscu i nie mają żadnej władzy wykonawczej.

W tym zbrojnym pokoju nie wolno z oka spuszczać spraw zagranicznych: czuwać należy, by nieprzyjaciel nie miał otwartych dróg do szerzenia spustoszeń. Mam tu na myśli gminy, sąsiadujące z miejscowością leczniczą. Są to niemal wyłącznie gminy wiejskie, gdzie, jak wiadomo, często panują i dziesiątkują ludność choroby zakaźne. Dlatego na tę ludność okoliczną potrzeba pilną zwracać uwagę i starać się należy, aby wogóle zmniejszyć stykanie się jej z mieszkańcami zdrojowiska lub uzdrowiska: przeto należy zupełnie zakazać natrętnego domokrążstwa i znieść jarmarki, które dla ludności zdrojowisk i uzdrowisk są niepotrzebne.

Skoro zaś w sąsiedniej gminie zjawi się choroba zakaźna, to powinno się zapobiedz, ażeby nie miała żadnej

styczności z miejscowością leczniczą. Sądzę, że taka ochrona dla ludzi da się uczynić, skoro uczyniono to już — dla bydła.

Zdarza się jednak, że mimo wszystkie te zabezpieczenia nieprzyjaciel wtargnął, chory w drodze się zakaził i od niego następnie szerzy się zarazek wokoło. Występuje panika: wiele osób ucieka, a zarząd wzywa, by zjechała komisya sanitarna. Jej działalność, jak dotychczas, polega na tem, że robi się trochę wrzawy, często wiele przykrości, nieraz zupełnie niewinnym tubylcom i pokrzywdzonym przybyszom — chorym. Przyczem rozkazuje się natychmiast zatruwać powietrze kwasem karbolowym, spisuje się protokoły, rozporządzenia i t. d. Komisya wyjeżdża i koniec.

To nie jest racyonalna walka z zarazkiem w miejscowości leczniczej, ale dokuczliwa walka z ludźmi, którzy często osobiście nic nie zawinili. Tu trzeba walki nie piórem i nie z ludźmi, ale walki ogniem i mieczem z zarazkiem, a szczerej i energicznej opieki dla ludzi, dotkniętych nieszczęściem. Brałem w takiej walce niejednokrotnie udział, dlatego mogę należycie ocenić wartość obu systemów.

Nie chcąc rozwałkowywać sprawy, podniosę tylko, co według mego zapatrywania jest potrzebnem do sanacyi tych stosunków higienicznych i sanitarnych w naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach

1) Przeprowadzenie w każdej miejscowości gruntownych badań i gruntownych opracowań, jakie, w jaki sposób i w jakim przeciągu czasu należy poczynić urządzenia, celem szybkiego a dokładnego usuwania wszelkiego rodzaju nieczystości.

2) Wybudowanie odpowiedniego budynku izolacyjnego w każdej miejscowości, oraz potrzebne jest prawo, aby zmusić zakaźnie chorego, by się przeniósł do tego domu.

3) Utworzenie dla każdej miejscowości odpowiedniej komisyi sanitarnej, odpowiedzialnej, a działającej stale i mającej prawo egzekutywy.

Po zaprowadzeniu tych urządzeń i przy należytej energii i sumienności takiej komisyi sanitarnej, chorzy, udający się dla zdrowia do naszych zdrojowisk i uzdrowisk, mogą być pewni, że nie będą narażeni na niebezpieczeństwo, ale przeciwnie — wyniki lecznicze będą więcej dodatnie przez współdziałanie istotnie doskonałych warunków higienicznych, obok reszty środków leczniczych.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 21 kwietnia.

Z dniem dzisiejszym administracyę »Przeglądu lekarskiego« obejmuje prof. dr. Stanisław Ciechanowski (ul. Wielopole, 4); do niego więc należy się zgłaszać we wszystkich sprawach, dotyczących prenumeraty, odbitek, załączników, ogłoszeń, inseratów i t. d.

* Prof. dr. Jan Raczyński, członek redakcyi i wieloletni administrator „Przeglądu lekarskiego", opuszcza w tych dniach Kraków, w celu objęcia stanowiska naczelnego lekarza w lwowskim szpitalu św. Zofii i katedry pedyatryi w tamtejszym uniwersytecie. Wytrwałą pracą, skrzętną zapobiegliwością, wysokim taktem i koleżeńską uprzejmością położył on nieocenione zasługi dla organu naszych Towarzystw lekarskich i jeśli Komisya redakcyjna wyraża dziś prof. Raczyńskiemu słowa najwyższego uznania i wdzięczności, to czyni to nie ze zwyczaju, lecz z głębokiego przeświadczenia i z poczucia sprawiedliwości względem kolegi i współpracownika, któremu zaciągniętego długu wdzięczności i tak w całości nie będzie mogła spłacić. Tylko to uzasadnione przekonanie, że w stosunku do przymiotów umysłu i serca należy się kol. prof. Raczyńskiemu szersza i samodzielniejsza arena działania, że na nowem stanowisku wytworzy on poważną placówkę naukową i społeczną, która przyniesie krajowi pożytek a stanowi lekarskiemu zaszczyt, może zrównoważyć dotkliwy ubytek tak dzielnego działacza w gronie naszej Komisyi redakcyjnej, w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem, w Uniwersytecie Jagiell. i w tych wszystkich instytucyach, w których prof. Raczyński był czynnym i gorliwym członkiem. Nie żywiąc geograficznego partykularyzmu rozkładowego i nie powodując się pobudkami niższego rzędu, a natomiast doceniając znaczenie dla naszej przyszłości rozwoju szkół wyższych ze stanowiska polskiego i cywilizacyjnego, radować się tylko możemy, że młodemu Wydziałowi lekarskiemu Uniwersytetu lwowskiego, jednej z dwóch dziś istniejących wszechnic polskich, przybywa nowa pracownia wiedzy, a na jej czele staje człowiek uświadomiony o zadaniach swego stanowiska, mogący sprostać talentem, zdolnością, pracowitością i niezawisłością charakteru wzniosłemu i przed historyą odpowiedzialnemu zadaniu profesora polskiego uniwersytetu w czasach tak groźnych dla ducha narodu, starej jego cywilizacyi i posłannictwa dziejowego.

* Dr. Jan Raczyński mianowany został profesorem nadzwyczajnym chorób dziecięcych we Lwowie.

* Z XXXI Sprawozdania Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie dowiadujemy się, że w roku 1903 leczono w szpitalu św. Ludwika chorych stałych 1421, przychodnich 6229; na tę liczbę chorych przychodnich przypada: prawidłowo rozwiniętych 3660, gruźliczych 564, zołzowatych 703, krzywiczych 1242, kiłowatych 38, dotkniętych zimnicą 22. — Do oddziału chirurgicznego zgłosiło się ambulatoryjnie dzieci 1,115; z tej liczby przyjęto na oddział 212, udzielono jednorazowej porady 562 razy, wykonano operacyi 296, założono opatrunków 85. W oddziale chorób zakaźnych leczono na błonicę dzieci 189, zmarło 24,8%; chorych na płonicę było 252, zmarło 31,3%. Śmiertelność roczna wynosiła: oseskow 40%, dzieci od 1 do 12 roku życia 18,55%.

Czynności naukowe: W ciągu roku 1903 wykładali naukę pedyatryi: prof. dr. M. Jakubowski i prof. dr. J. Raczyński. Demonstracyi i prac naukowych, wykonanych w klinice pedyatrycznej i szpitalu św. Ludwika ogłoszono 9.

Do Kolonii leczniczej w Rabce przyjęto dzieci skrofulicznych 104; w ciągu r. 1903 stanął nowy budynek Kolonii tak, że w r. 1904 dzieci znajdą się w nowej siedzibie.

Dla braku miejsca ograniczamy się do tych kilku liczb, odsyłając interesujących się do oryginału „Sprawozdania", które zawiera pełny rzut oka na pożyteczną działalność tej instytucyi.

* Wyszedł z druku zeszyt VII (T. II, Z. 3 A) dzieła wydawanego przez prof. W. Jaworskiego *„Nauka o chorobach wewnętrznych"*. Zeszyt ten obejmuje: Choroby serca (prof. dr. A. Gluziński) i Choroby narządu ruchowego (dr. J. Latkowski). Do nabycia we Lwowie (księgarnia Altenberga) i w Krakowie (księgarnia S. A. Krzyżanowskiego). Następny zeszyt ukaże się w czerwcu b. r.

* Dr. Albin Szwarz, lekarz krak. Dyrekcyi policyi, otrzymał tytuł radcy cesarskiego.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymał Roman Glassner.

* Znaczna liczba polskich lekarzy księstwa Poznańskiego przesłała tamtejszej izbie lekarskiej memoryał, w którym przedstawia następującą sprawę: jest rzeczą gruntownie stwierdzoną, że wielu lekarzy Niemców osiadło w różnych miejscowościach Księstwa, gdzie potrzeba powiększenia sił lekarskich nietylko w istocie nie zachodziła, ale nawet ci przybysze nie mieliby z czego żyć, gdyby nie zapomoga coroczna, którą otrzymują od rządu lub też od stowarzyszenia »Ostmarkenverein«. Lekarze polscy oświadczają, że według ducha ustawy ci lekarze, którzy otrzymują od rządu stałe zapomogi, winni być pozbawieni praw wyborczych; a według § 3 ustawy o Radach honorowych ten uchybia godności stanu lekarskiego, kto przy pomocy bocznych subsydyów podkopuje byt swoich kolegów. Podpisani na memoryale upraszają Izbę o oświadczenie się w tej sprawie.

* Między 29 marca a 4 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi

czortkowskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), gródeckim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (3 gm.), mościskim (2 gm.), podhajeckim (1 gm.), przemyślańskim (5 gm.), skałackim (1 gm.), śniatyńskim (3 gm.), staro-samborskim (3 gm.), stryjskim (1 gm.), tarnopolskim (2 gm.), tarnowskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), turczańskim (4 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Doc. chorób nerwowych Liepmann otrzymał tytuł profesora w Berlinie. Doc. Stolper mian. został profesorem nadzwycz. sądowej medycyny w Getyndze.

Nekrologia. W ostatnim tygodniu dwóch lekarzy powiatowych padło ofiarą duru osutkowego: Dr. Karol Iwański zmarł w Przemyślu i Dr. Antoni Stafina — w Turce: oba byli wzorem zacności charakteru i sumienności w pełnieniu obowiązków, których stali się ofiarą. Dr. B. Paciorkowski, lat 53, zmarł w Lublinie. W Londynie zmarł głośnej sławy chirurg, prof. Thompson.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 15. Dobrzycki: O racyonalnem składzie wód leczniczych i ich stosowaniu według systemu prof. W. Jaworskiego. Uściński: Kilka spostrzeżeń nad wartością odżywczą sanatogenu u niemowląt (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 15. A. Landau: Przyczynek doświadczalny do nauki o zatruciu żółtaczkowem. Róbin: O zachowywaniu się pepsyny w rożnych cierpieniach żołądka (dok.).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 4. Nowicki: Statystyka raków na podstawie protokołów sekcyjnych instytutu anatomo-patologicznego we Lwowie. Serkowski: Wpływ paciorkowców na raka. Hlava: Kilka uwag w kwestyi »carcinogenesis«. Sędziak: Rak pierwotny migdałka językowego. Lachs: »Skir« i »rak« dwa u starożytnych odrębne pojęcia chorobowe. Rydygier: Leczenie raka promieniami Röntgena. Deyl: Rak oka i okolicznych jego organów. Bugiel: Doyenowska surowica przeciwrakowa. Pitha: Przyczynek do kazuistyki pierwotnego raka ciała macicy wraz z jajnikiem.

— *Głos lekarzy* Nr 8 zawiera następujące artykuły: Reforma Izb lekarskich. — Śmiertelność lekarzy lwowskich. — Ordynacya dla lekarzy (c. d.) — Zawód lekarski jako przedsiębiorstwo finansowe (dok.). — Organizacya prasy lekarskiej polskiej. — Służba szpitalna w Galicyi. — Opinie Izb lekarskich w sprawie tytułu specyalisty. — Walka o szpital św. Zofii. — W sprawie służby podatkowej. — W sprawie organizacyi.

— *Kronika lekarska* Z. 7. Miklaszewski: O wpływie fizyologicznym zabiegów gorących na ustrój.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 15. Nový i Mac Neal: O trypanosomiasis a kultivaci mikroorganismů zvířecích, obzvláště trypanosoma Lewisi. Saska: Příspěvek ku tetanické kataraktě (dok.). Pevnickij: Ambulatorium pro léčeni pijákův a jeho význam v boji s alkoholismem (c. d.).

— *La Presse médicale* N. 28. Bard: Śmiertelność i choroby w środowiskach wojskowych. Martinet: Krwawienie z nosa wskutek nadmiernego naprężenia (tętnic).

— Nr. 29. Savariaud: Kostniak podpaznogciowy palucha u nogi. Leredde: Konieczność zapobiegawczego leczenia kiły.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 15. Brieger: Doświadczenia z hidropatycznem leczeniem chorób płucnych. Wolkow: Fizyologiczne poglądy w medycynie klinicznej. Liepelt: Zastosowanie hidrobromku skopolaminy w praktyce lekarskiej. Cohn: Lecznicze próby z elektromagnesem. Cornet: O ogniskach utajonych gruźlicy i o rozpoznaniu tuberkulinowem w świetle nowych badań (dok.). Ruhemann: Drzączka po wypadkach (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 15. Hegar: Teorya i leczenie raka. Hochhaus: Dalsze przyczynki do patologii martwicy trzustki i krwotoku. Hoppe-Seyler: Schorzenie wyrostka robaczkowego w przewlekłem amebowem zapaleniu jelit. Schwarzkopf: Badania doświadczalne nad aglutynacyą w gruźlicy. Fischer: O dziedzicznej kile serca. Kimura: Natura kryształów w kale żółtaczkowym. Oswald: Czy istnieje białkomocz fizyologiczny? Bruns: Zwalczanie czerwiwości (tęgoryjca) w Westfalii nadreńskiej. Voigt: Stosowanie i działanie adrenaliny u chorych. Ehrsam: O „typhus diagnosticum" Fickera. Meyer: Biologiczne badanie materyału z mumii za pomocą odczynu precypitonowego. Just: Wydalenie ciała obcego z prawego oskrzela głównego Müller: Salit, nowy ester kwasu salicylowego do wprowadzania przez skórę. Niedner: Notatka o leczeniu mezotanem. Schrenck-Notzing: Uwagi nad śpiącą tancerką i jej występami w Monachium.

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 15. Peham: Leczenie surowicą gorączki połogowej Żeleński: O aglutynacyi paciorkowców. Bartel: Drogi zakażenia w gruźlicy pokarmowej. Freund: Nowe doświadczenia radiometryczne.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 16. Mikulicz-Radecki: Operacye w klatce piersiowej zapomocą kamery Sauerbrucha (dok.). Tappeiner: Przyczynek do nauki o substancyach świecących (fluorescencya). Küttner: O trzeszczeniu łopatkowem (dok.). Hauser: Odpowiedź na artykuł Wassermanna: „Czy istnieje biologiczne postępowanie dla różniczkowania krwi ludzkiej i zwierzęcej zapomocą precypityny". Uhlenhuth: Odpowiedź na ten sam artykuł Wassermanna. Joseph: Chromocystoskopia (dok.). Frédéric: O t. zw. ludzkiej botryomykozie (dok.).

Redakcya otrzymała. Niedzielski: Amputacya międzyłopatkowo-piersiowa. Spira: Auge und Ohr, ihre Aehnlichkeiten und ihre wechselseitigen Verhältnisse. Kolb: Der Einfluss von Boden und Haus auf die Haufigkeit des Krebses nach Detail-Untersuchungnn in Bayern.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 15 (od 10/IV do 16/IV) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 27, dz. 31; nieżywo: chł. 6, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 11, kob. 18; zamiejscowych: męż. 14, kob. 14.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 8. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 3 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 3. 8) odra: miej. 1, ob. 2. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. 1. 11) czerwonka: miej —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 2. 21) nowotwory: miej. —, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 4, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 29, obcych 28.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 27 b. m., o godzinie 6-tej popołudniu, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy,*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. Doc. Dr. Moraczewski mówić będzie: „O znaczeniu indykanu w moczu".

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLIII. Kraków 30 Kwietnia 1904. Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Uwagi nad powstawaniem chorób zakaźnych.

Napisał

Dr. Adam Wrzosek.

(Podług wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem na posiedzeniu dnia 2 grudnia 1903 r.)

Na międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Paryżu w r. 1900 wygłosił Virchow[65]) odczyt pod tytułem „Uraz i zakażenie“. Omawiając związek, jaki zachodzi między urazem, a powstawaniem ropni mózgowych i zapalenia szpiku kostnego, przychodzi Virchow do wniosku, że drobnoustroje, wywolujące wspomniane wyżej choroby, albo powstają w miejscach, w których się rozwija ropień mózgowy lub zapalenie szpiku kostnego, albo dostają się do miejsc tych z zewnątrz. Ponieważ teorya samorództwa została w mikrobiologii na wieki pogrzebana przez Pasteura, przeto pozostaje tylko drugie przypuszczenie, mianowicie, że drobnoustroje dostają się do tkanek ustroju z zewnątrz. W jaki jednak sposób? — na to pytanie nie daje nam nauka odpowiedzi. Nie pozostaje nic innego, — powiada Virchow, — jak stwierdzić w takich przypadkach zarazki w ropie i we krwi, nie żądając wykazania dróg, któremi wtargnęły one do tkanek.

Rzeczywiście, dwóch zdań co do tego być nie może, że drobnoustroje dostają się do tkanek ustroju z zewnątrz. Lecz powstaje pytanie: kiedy? Czy n. p. przy ropniu mózgu pochodzenia urazowego drobnoustroje dostały się tam dopiero po urazie, czy też może były one tam przedtem, wegetując i nie mogąc się rozmnażać wskutek braku odpowiedniej gleby? Czy uraz, sprowadzając zmiany w tkankach, nie był czynnikiem przygotowującym odpowiedni grunt, na którym przedtem „rzucone nasienie teraz wzeszło?“ To pytanie pominął Virchow w swoim odczycie, a na to pytanie przedewszystkiem należało było dać odpowiedź, gdyż mogłaby ona rzucić światło na zagadkowy dotąd sposób powstawania całego szeregu chorób zakaźnych, w których nie znamy dróg zakażenia.

Od czasów słynnych sporów o samorództwo, którym koniec położył w r. 1862 Pasteur, przyjęto powszechnie w nauce, że tkanki zwierząt prawidłowych nie zawierają w sobie drobnoustrojów. Przez długi czas nie odważył się nikt wystąpić przeciw temu dogmatowi. Uczynili to dopiero Nencki i Giacosa[57]). Praca ich wyszła w czasopiśmie chemicznem i dlatego, być może, nie zwróciła na siebie uwagi bakteryologów. W ciągu kilku ostatnich lat pojawił się jednak cały szereg prac, świadczących wymownie, iż stary dogmat o bezwzględnej jałowości tkanek utrzymać się nadal w nauce nie może, że musi on ustąpić miejsca nowemu poglądowi, według którego tkanki zwierząt prawidłowych mogą zawierać w sobie drobnoustroje, co więcej, iż niektóre narządy wewnętrzne są stale siedliskiem drobnoustrojów. Prace Manfrediego[44]) i jego uczniów (Perez, Viola, Mirto, Frisco), wykazały, że w gruczołach chłonnych prawie stale, a czasem w śledzionie i wątrobie, znajdują się drobnoustroje w stanie zdolnym do rozmnażania się. Uczeni ci, zbadawszy bakteryologicznie narządy wewnętrzne 85 zwierząt (świnek morskich, królików, psów, gołębi, wołów, cieląt, jagniąt) i 3 trupów ludzkich w kilka godzin po śmierci, przekonali się, że gruczoły chłonne tylko 10 zwierząt były jałowe, natomiast gruczoły pozostałych 75 zwierząt i 3 trupów ludzkich zawierały 12 gatunków drobnoustrojów, przeważnie roztoczy, a z jadowitych drobnoustrojów — gronkowca białego i złocistego, oraz jedną nową odmianę sarcyny.

Na zasadzie tych wyników badań stworzył Manfredi swoją teoryę utajonego życia drobnoustrojów w gruczołach chłonnych. Zdaniem Manfrediego drobnoustroje, które dostaną się do gruczołów chłonnych, osiadają w nich. Tutaj w ciągu pewnego czasu żyją, nie szkodząc ustrojowi; — wreszcie giną, ale zanim się to stanie, tracą swą jadowitość bądź zupełnie, bądź tylko w pewnej mierze. Z drugiej strony drobnoustroje, znajdujące się w gruczołach chłonnych, mogą w sprzyjających po temu warunkach stać się źródłem zakażenia całego ustroju. Manfredi przypuszcza, że ustrój może nabyć w mniejszym lub większym stopniu odporności na zakażenie, dzięki temu mianowicie, że drobnoustroje, osiadając w gruczołach chłonnych, tracą w nich stopniowo jadowitość i wreszcie giną.

Wyniki prac badaczów włoskich zostały rychło potwierdzone co do gruczołów oskrzelowych przez Kälblego, a co do gruczołów krezkowych przez Rogozińskiego[59]).

Ale nietylko gruczoły chłonne są siedliskiem drobnoustrojów. Według Carrièrea i Vanvertsa[15]) również śledziona psa, królika i świnki morskiej zawiera w stanie prawidłowym rozmaite drobnoustroje, przeważnie prątek okrężnicy, rzadziej gronkowce i paciorkowce. Wreszcie z badań Forda[23]) wynika, że nerki i wątroba zwierząt świeżo zabitych w 70% zawierają w sobie drobnoustroje.

Wszyscy wspomniani wyżej badacze, prócz Carrièrea i Vanvertsa, szczepili do pożywek w celu wyhodowania drobnoustrojów, całe narządy lub ich kawałki; natomiast Carrière i Vanverts po przypaleniu otoczki śledziony wkłuwali w miejscu przypalenia pipetę Pasteura, wciągali do niej kilka kropel krwawej cieczy i natychmiast szczepili je do bulionu.

Ponieważ Carrière i Vanverts stosowali w doświadczeniach swoich metodę, wykluczającą niemal zupełnie zanieczyszczenie z powietrza, przeto wyniki ich badań za-

sługiwały na sprawdzenie, tembardziej, że, jak to utrzymuje Ford, również nerki i wątroba mogą zawierać w sobie drobnoustroje.

W celu sprawdzenia wyników pracy Carrièrea i Vanvertsa, jak również w celu zbadania, czy i inne narządy zwierząt prawidłowych mogą zawierać drobnoustroje, wykonałem dwa szeregi doświadczeń na psach, królikach i morskich świnkach [67]). W pierwszym szeregu doświadczeń posługiwałem się metodą Carrièrea i Vanvertsa, z tą jedynie różnicą, że czasem podczas szczepienia używałem zamiast pipety Pasteura drucików platynowych, zakończonych w kształcie dłutka lub toporka. Po przypaleniu otoczki narządu wkłuwałem weń drucik, poruszałem nim w rozmaitych kierunkach i naskrobawszy w ten sposób trochę miazgi, przenosiłem ją natychmiast do pożywek. W drugim szeregu doświadczeń wycinałem z zachowaniem wszelkich wymagań aseptyki kawałki narządów, wynoszące mniej więcej $^1/_2$ ctm.^{3}, po uprzedniem przypaleniu ich otoczki rozpalonem do czerwoności żelazem i niezwłocznie szczepiłem wycięte kawałki narządów do pożywek bulionowych, żelatynowych i agarowych. Zaszczepione pożywki trzymałem w cieplarce w ciepłocie 37° C w ciągu kilku lub kilkunastu dni.

Wyniki doświadczeń w obu szeregach nie były jednakowe. W pierwszym szeregu doświadczeń, w którym szczepiłem pipetą Pasteura lub drucikiem platynowym z narządów wewnętrznych 16 zwierząt, wyhodowałem drobnoustroje tylko z narządów 2 zwierząt. W drugim natomiast szeregu doświadczeń, badając bakteryologicznie kawałki narządów 10 zwierząt, wyhodowałem drobnoustroje z narządów 9. Co się tyczy oddzielnych narządów, to w pierwszym szeregu doświadczeń:

ze śledziony	16	zwierząt wyhodowałem drobnoustroje	2 razy
z wątroby	13	„ „ „	2 „
z płuc	11	„ „ „	1 „

natomiast w drugim szeregu doświadczeń:

ze śledziony	10	zwierząt wyhodowałem drobnoustroje	5 razy
z wątroby	10	„ „ „	3 „
z płuc	10	„ „ „	5 „
z gruczołów krezkowych	3	„ „ „	3 „
z nerki	1	„ „ „	1 „

Ogółem wyhodowałem z narządów wewnętrznych 19 razy prątki i 15 razy ziarenkowce (*cocci*).

Badania przeto moje potwierdziły wyniki prac wyżej przytoczonych autorów, a mianowicie, że w narządach wewnętrznych zwierząt prawidłowych mogą się znajdować drobnoustroje. Liczba jednak tych drobnoustrojów zapewne jest nieznaczna, skoro do wykazania ich trzeba szczepić spore kawałki narządów; metoda Carrièrea i Vanvertsa dawała przeważnie wyniki ujemne.

Po stwierdzeniu tego faktu należało zbadać, skąd się biorą drobnoustroje w narządach wewnętrznych. Jak wiadomo, w przewodzie pokarmowym stale znajduje się mnóstwo najrozmaitszych drobnoustrojów. Można przeto z góry przypuszczać, że stąd dostają się one do narządów wewnętrznych. Przypuszczenie to tembardziej jest uzasadnione, że w warunkach prawidłowych odbywa się w jelicie wchłanianie drobnoustrojów, jak tego dowiódł Rogoziński. Rogoziński na zasadzie bardzo sumiennych badań wykazał, iż w gruczołach krezkowych zwierząt prawidłowych stale znajdują się drobnoustroje, pochodzące z jelita. Nie rozstrzygnął on jednak pytania, czy drobnoustroje przechodzą z przewodu pokarmowego tylko do naczyń mleczowych, oraz czy wszystkie wchłonięte w jelicie drobnoustroje osiadają w gruczołach krezkowych. Aby sprawę tę wyjaśnić, wykonałem [68]) wspólnie z kolegą Rzegocińskim [69]) szereg doświadczeń, w którym podawaliśmy zwierzętom wraz z jadłem hodowle bulionowe *b. prodigiosum*, *b. fluorescens non liquefaciens*, *b. violaceus* i *b. pyocyaneus*. Po upływie pewnego czasu badaliśmy bakteryologicznie narządy wewnętrzne karmionych w ten sposób zwierząt, przyczem kawałki narządów, mocz i żółć braliśmy do szczepienia ze zwierząt żywych lub natychmiast po ich zabiciu.

Z 69 zwierząt ciepłokrwistych i zimnokrwistych, użytych do doświadczeń, wyhodowaliśmy wprowadzone do przewodu pokarmowego drobnoustroje z narządów wewnętrznych 36 zwierząt, co stanowi przeszło 52% wyników dodatnich, przyczem odsetek wyników dodatnich u zwierząt ciepłokrwistych był wyższy, niż u zimnokrwistych, wynosił bowiem blizko 64%. Najwięcej wyników dodatnich otrzymaliśmy, używając do doświadczeń psów, kotów i gołębi; najmniej, gdyśmy doświadczenia wykonywali na królikach.

Prócz drobnoustrojów, podawanych z jadłem, otrzymywaliśmy częstokroć w hodowlach z narządów wewnętrznych również inne drobnoustroje, co jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, gdyż w przewodzie pokarmowym zwierząt, użytych do doświadczeń, znajdowały się nietylko te drobnoustroje, któreśmy im z jadłem podawali, ale także mnóstwo innych.

Co się tyczy wyników szczepienia poszczególnych narządów, to badając:

			wyhodowaliśmy podawany z jadłem szczep		inne drobnoustroje	
śledzionę	43	zwierząt ciepłokrw.	2 r.	(4,5%)	16 r.	(37%)
wątrobę	49	„ „	3 „	(6%)	19 „	(38,5%)
płuca	41	„ „	11 „	(26,5%)	20 „	(48,5%)
gruczoły krezkowe	22	„ „	13 „	(59%)	6 „	(27%)
nerki	43	„ „	2 „	(4,5%)	5 „	(11,5%)
mięsień	34	„ „	3 „	(8,5%)	12 „	(35%)
serce z krwią	38	„ „	1 „	(2,5%)	5 „	(13%)
mocz	33	„ „	0 „	(0%)	6 „	(18%)
żółć	34	„ „	0 „	(0%)	0 „	(0%)
krew z żyły bramnej lub krezkowej	14	„ „	0 „	(0%)	1 „	(7%)
gruczoł oskrzelowy	6	„ „	2 „	(33%)	4 „	(66,5%)
szpik kostny	52	„ „	5 „	(9,5%)	33 „	(63,5%)

U żab badając:

		podawany z jadłem szczep wyhodowaliśmy		inne drobnoustroje	
wątrobę	19 razy	6 razy	(31,5%)	6 razy	(31,5%)
płuca	15 „	3 „	(20%)	4 „	(27%)
serce z krwią	14 „	1 „	(7%)	2 „	(14%)
śledzionę	9 „	0 „	(0%)	3 „	(33%)
mięsień	20 „	3 „	(15%)	4 „	(20%)
kość udowa ze szpikiem	11 „	0 „	(0%)	2 „	(18%)

Z przytoczonego wyżej zestawienia wynika, iż u zwierząt ciepłokrwistych drobnoustroje, wprowadzone do przewodu pokarmowego, najczęściej można było wyhodować z gruczołów krezkowych, gruczołów oskrzelowych i płuc; rzadziej ze szpiku kostnego, z mięśni, z wątroby, ze śledziony, z nerki i ze krwi z serca; zaś nigdy nie wyhodowałem ich ze krwi żyły bramnej lub krezkowej, z moczu i żółci.

Szczep, wprowadzony do przewodu pokarmowego żab, najczęściej można było wyhodowć z wątroby i płuc.

Wobec przytoczonych wyżej wyników mamy prawo wysnuć z badań naszych wniosek, że u zwierząt prawidłowych, zarówno ciepłokrwistych, jak i zimnokrwistych, drobnoustroje, podane zwierzętom z jadłem, mogą przechodzić z przewodu pokarmowego do narządów wewnętrznych.

Z kolei nasuwało się pytanie do rozwiązania, jakiemi drogami odbywa się ta wędrówka drobnoustrojów? Co się tyczy przechodzenia drobnoustrojów jelitowych do gruczołów krezkowych, to jest rzeczą niewątpliwą, że dostają się one tam drogą naczyń mleczowych. Co się zaś tyczy przechodzenia tych drobnoustrojów do innych narządów wewnętrznych, to w warunkach prawidłowych możliwem jest ono następującemi drogami:

1) albo rzeczone drobnoustroje przechodzą tylko do naczyń mleczowych krezki, skąd do limfy przewodu piersiowego, a z nią do krwiobiegu;

2) albo dostają się one do krążenia jedynie za pośrednictwem żył krezkowych;

3) lub wreszcie za pośrednictwem obu wspomnianych dróg.

Zdawało mi się, że najprostszym sposobem rozwiązania tej sprawy będzie bakteryologiczne badanie limfy z przewodu piersiowego i krwi z żył krezkowych, czerpanej podczas trawienia zwierząt[69]). W tym celu karmiłem psy w ciągu jednego lub dwóch dni jadłem, do którego dodawałem znaczne ilości (kilkaset ctm.^{3}) hodowli bulionowych rozmaitych drobnoustrojów niejadowitych, a zarazem łatwo dających się wykazać w hodowlach, a mianowicie *b. prodigiosum*, *b. fluorescens non liquefaciens* i *b. violaceus*. W kilka godzin po ostatniem nakarmieniu usypiałem zwierzęta poczem odpreparowywałem przewód piersiowy na szyi i tuż przy ujściu jego do żyły wprowadzałem doń wyjałowioną szklaną rurkę. W miarę jak się nagromadzało w rurce około $^1/_2$ ctm.^{3} limfy, zbierałem ją do wyjałowionej pipety Pasteura, uprzednio przez płomień kilkakrotnie przeprowadzonej i natychmiast przenosiłem do pożywek bulionowych lub żelatynowych.. Przed każdorazowem zbieraniem limfy z rurki opalałem otwarty jej koniec. W takich warunkach szczepienia łatwo było uniknąć zakażenia limfy drobnoustrojami z powietrza, gdyż po pierwsze: limfa znajdowała się w zetknięciu z powietrzem sali operacyjnej bardzo krótko, upływało albowiem najwyżej kilkadziesiąt sekund, zanim zebrała się w rurce dostateczna ilość limfy do szczepienia; a powtóre powietrze w sali podczas doświadczenia, dzięki specyalnym zabiegom, zawierało mało drobnoustrojów.

Do czerpania krwi z żyły bramnej i z żył krezkowych używałem prócz pipety Pasteura także kaniuli moczowodowej pomysłu prof. Kleckiego, umożliwiającej zbieranie i szczepienie płynu w sposób, prawie zupełnie wykluczający zakażenie go drobnoustrojami z powietrza.

Prócz limfy i krwi szczepiłem także kawałki narządów wewnętrznych. Ogółem badałem bakteryologicznie limfę 10, a krew 8 psów. Wyniki otrzymałem zgoła ujemne. Nie wyhodowałem ani razu bądźto z limfy, bądźto ze krwi drobnoustrojów, podawanych zwierzętom z jadłem, a inne drobnoustroje tylko wyjątkowo, bo na dwieście blisko zaszczepionych pożywek tylko w kilku.

Możnaby przypuszczać, że wyniki ujemne, jakie otrzymałem, są skutkiem bakteryobójczych własności krwi i limfy. Należało przeto przedewszystkiem sprawę tę rozstrzygnąć.

Bakteryobójcze własności krwi i surowicy były już wielokrotnie przedmiotem badania, a w nauce został ustalony pogląd, że krew odwłókniona i surowica krwi posiadają własności bakteryobójcze dla wielu drobnoustrojów. Natomiast rzeczone własności limfy nie zostały dotąd należycie zbadane. Badali je tylko Löwet*), oraz Meltzer i Norris ([47]), a i to jedynie dla prątka durowego i gronkowca. Należało przeto zbadać, czy limfa działa bakteryobójczo także na inne drobnoustroje, a przedewszystkiem czy działa zabójczo na te drobnoustroje, które zwierzętom z jadłem dawałem.

Wykonawszy odnośne badania metodą Buchnera i metodą Nuttala z *b. fluoroscens non liqu.*, *b. prodigiosum*, *b. colli commune*, *staphylococcus pyogenes aureus*, *streptococcus pyogenes* i *b. pyocyaneus*, przyszedłem do przekonania, że limfa z przewodu piersiowego psa *in vitro* wpływa szkodliwie na rozwój wspomnianych drobnoustrojów bez względu na to, czy będzie to limfa z psa nakarmionego, czy też głodzonego, czy będzie odwłókniona, lub też nie.

Ponieważ bakteryologiczne badania krwi i limfy, czerpanej u psów podczas ich trawienia, nie doprowadziło wskutek bakteryobójczych własności tych cieczy *in vitro* do rozwiązania pytania, jakiemi drogami drobnoustroje z przewodu pokarmowego dostają się do krążenia, a stąd do narządów wewnętrznych, spróbowałem przeto wyjaśnić tę sprawę innym sposobem.

Dziesięciu psom, których użyłym do tego szeregu doświadczeń, podwiązywałem przewód piersiowy tuż przy ujściu do żyły dwiema podwiązkami, między któremi przewód przecinałem. Gdy operowane w ten sposób zwierzęta przyszły do siebie po paru dniach, a ciepłota podniosła się do normy i gdy wróciło im łaknienie, dawałem im przez dwa dni jadło z jedno- lub dwudniowemi hodowlami bulionowemi *b. prodigiosum*, *b. fluorescens non liqu.* i *b. kiliense*. W kilka godzin po ostatniem nakarmieniu usypiałem zwierzęta, poczem szczepiłem kawałki narządów wewnętrznych w taki sam sposób, jak w poprzednich szeregach doświadczeń. Podawane z jadłem drobnoustroje wyhodowałem tylko dwa razy z gruczołów krezkowych i raz z gruczołu oskrzelowego. Dodać przytem należy, że podawane z jadłem drobnoustroje wyhodowałem z gruczołu oskrzelowego psa, któremu wlewałem hodowle drobnoustrojów wprost do żołądka przez zgłębnik. A jeśli się zważy, że podczas tego zabiegu zwierzę zwykle się niepokoi, nieraz do tego stopnia, iż trudno je utrzymać, to łatwo zrozumieć, że podczas wyjmowania zgłębnika żołądkowego drobnoustroje mogą się dostać

*) M. Lövit: Ueber die Beziehung der Leukocyten zur bactericiden Wirkung und zur alkalischen Reaction des Blutes und der Lymphe. Zieglers Beiträge Bd. XXII. 1897.

do płuc, skąd do gruczołu oskrzelowego. Bardzo być może, że i w tym przypadku podobna rzecz zaszła.

Gdy dla porównania zestawimy wyniki bakteryologicznego badania narządów wewnętrznych 10 prawidłowych psów, którym podawaliśmy z jadłem hodowle rozmaitych drobnoustrojów, z wynikami szczepienia narządów wewnętrznych 10 psów z podwiązanym przewodem piersiowym, karmionych w ten sam sposób, to zauważymy znaczną różnicę.

Gdy bowiem

z gruczołów krezkowych	10	prawidłowych psów wyhodowałem podawane z jadłem drobn.	razy	7
ze śledziony	10	«	«	1
z wątroby	10	«	«	0
z nerek	10	«	«	1
z płuc	6	«	«	1
z gruczołów oskrzelowych	4	«	«	1
ze szpiku kostnego	4	«	«	1
z mięśni	3	«	«	2

to

z gruczołów krezkowych	10	psów z podwiązanym przewodem piersiowym wyhodowałem podawane z jadłem drobnoustroje	«	2
ze śledziony	10	«	«	0
z wątroby	10	«	«	0
z nerek	10	«	«	0
z płuc	10	«	«	0
z gruczołów oskrzelowych	10	«	«	1
ze szpiku kostnego	4	«	»	0

Rzecz godna zaznaczenia, że u psów z podwiązanym przewodem piersiowym podawane z jadłem drobnoustroje przechodziły stosunkowo bardzo rzadko nawet do gruczołów krezkowych. U psów tych po otwarciu brzucha stale spostrzegałem silne wypełnienie naczyń chłonnych krezki. Zapewne wskutek spotęgowanego ciśnienia w tych naczyniach wchłanianie przez nie było upośledzone, a stąd utrudnione przechodzenie drobnoustrojów z jelita do gruczołów krezkowych.

Przytoczone wyżej wyniki doświadczeń przemawiają za tem, że drobnoustroje zostają wchłaniane z jelita do naczyń mleczowych, skąd przechodzą do limfy przewodu piersiowego, a z nią do krążenia, aby wreszcie osadzić się w narządach wewnętrznych. Nie wszystkie jednak drobnoustroje, które zostały wchłonięte do naczyń mleczowych, przechodzą później do przewodu piersiowego, gdyż pewna ich część osiada w gruczołach krezkowych.

Wobec tego, że po podwiązaniu przewodu piersiowego nie znajdowałem u psów w narządach wewnętrznych nigdy, z wyjątkiem jednego przypadku wątpliwego, drobnoustrojów, wprowadzanych do przewodu pokarmowego, należy przeto przypuścić, iż pośrednictwo żył krezkowych w przenoszeniu drobnoustrojów jelitowych do narządów wewnętrznych nie odgrywa żadnej zgoła roli, albo bardzo nieznaczną. Całokształt badań nad jałowością tkanek zwierząt prawidłowych wskazuje, że tkanki te zawierają częstokroć drobnoustroje, zdolne do rozmnażania się, oraz, że drobnoustroje, znajdujące się w tkankach, pochodzą conajmniej w znacznej mierze z przewodu pokarmowego. Jeżeli bowiem zważyć, że blizko u 64% zwierząt ciepłokrwistych wyhodowałem z narządów wewnętrznych drobnoustroje, które im podawałem z jadłem, to twierdzić można, że drobnoustroje jelitowe stale przechodzą przez błonę śluzową przewodu pokarmowego podczas trawienia, gdyż 36% wyników ujemnych raczej przypisać należy brakom sposobu wykonywania doświadczeń. Szczepiąc kawałki narządów, przypalałem ich otoczkę rozpalonem do czerwoności żelazem. Być może, iż w ten sposób zabijałem nieraz drobnoustroje, które się znajdowały w powierzchownych częściach narządów. Być może, iż pewną część wyników ujemnych należy przypisać temu, że drobnoustroje, wprowadzone do przewodu pokarmowego z jadłem, mogły zostać tam zagłuszone przez właściwe drobnoustroje jelitowe, albo już w samem jelicie, albo dopiero w pożywce, do której był zaszczepiony kawałek jakiegokolwiek narządu. Za przypuszczeniem tem przemawia poniekąd ta okoliczność, iż często otrzymywałem z narządów hodowle rozmaitych drobnoustrojów, ale nie tych, które zwierzętom podałem z jadłem. Nie jest również rzeczą wykluczoną, iż więcej otrzymałbym wyników dodatnich w mych doświadczeniach, gdybym był szczepił większą liczbę kawałków rozmaitych narządów. Dlatego uważam, iż przynajmniej u zwierząt mięsożernych przechodzenie drobnoustrojów jelitowych do narządów wewnętrznych stanowi prawidło. Albowiem badając narządy wewnętrzne 14 psów i 3 kotów, wyhodowałem drobnoustroje, podawane zwierzętom z jadłem, z narządów 13 psów i wszystkich 3 kotów. A więc tylko raz jeden otrzymałem wynik ujemny. Badając mianowicie narządy wewnętrzne wspomnianych 14 psów, wyhodowałem podawane z jadłem drobnoustroje dziesięć razy z gruczołów krezkowych, dwa razy z płuc, dwa razy z mięśni i po razu z gruczołu oskrzelowego, szpiku kostnego, śledziony i nerki.

Zapewne przewód pokarmowy nie jest jedyną drogą, przez którą dostają się drobnoustroje w warunkach prawidłowych ze świata zewnętrznego do tkanek zwierzęcych. Być może, że i płuca odgrywają tu pewną rolę, lecz rola ta prawdopodobnie jest mniejszą, niż rola przewodu pokarmowego. Gdy bowiem mnóstwo drobnoustrojów, stale się znajdujących w przewodzie pokarmowym i stale odbywające się w warunkach prawidłowych wchłanianie ich do naczyń mleczowych krezki znakomicie ułatwiają przechodzenie drobnoustrojów z przewodu pokarmowego do narządów wewnętrznych, to w płucach natomiast znajdujemy zgoła inne warunki. Drobnoustroje z powietrza nie tak łatwo mogą się dostać do pęcherzyków płucnych, a z nich w głąb tkanek, gdyż zwykle w powietrzu, którem oddychamy znajduje się stosunkowo niewiele drobnoustrojów, a i z tych bardzo znaczna część zostaje zatrzymywaną po drodze w jamie nosowej i rozgałęziających się oskrzelach. Dzięki migawkowemu przybłonkowi, wyścielającemu błonę śluzową dróg oddechowych, oraz dzięki wydzielaniu przez tę błonę śluzu, który zostaje następnie na zewnątrz wydalany, pozbywa się narząd oddechowy drobnoustrojów, które dostawszy się doń z powietrza, osiadły na błonie śluzowej oskrzeli. I w rzeczy samej, badając bakteryologicznie płuca wielu zwierząt, przyczem szczepiłem nieraz do pożywek bulionowych i żelatynowych całe płaty płuc małych zwierząt, w trzeciej części przypadków nie wyhodowałem w zwykłych pożywkach żadnych drobnoustrojów. W przypadkach zaś, w których z płuc wyhodowałem drobnoustroje, nie wiadomo, czy one pochodziły z miąższu płuc, czy też z powierzchni błony śluzowej drobnych oskrzeli, oraz, jeśli pochodziły z miąższu płuc, czy nie dostały się tam z przewodu pokarmowego. Jak ważną rolę odgrywają rzęski przybłonka migawkowego

w wydalaniu na zewnątrz drobnoustrojów, dowodzi ta okoliczność, iż w głębszych częściach jamy nosowej znajdujemy zaledwie niewielką liczbę drobnoustrojów, podczas gdy w części zewnętrznej przewodu nosowego jest ich mnóstwo. Według Thomsona i Hewletta (49) głębokie części jamy nosowej są często pozbawione zupełnie drobnoustrojów, bo prawie w 80% przypadków. A więc mamy prawo przypuszczać, że drobnoustroje, przynajmniej w znacznej mierze, znajdujące się w tkankach zwierząt zdrowych, pochodzą z przewodu pokarmowego. Prawidłowy ustrój zwierzęcy przez całe życie, od wczesnej młodości do późnej starości, zakaża się ciągle drobnoustrojami. Zakażenie to, odbywające się drogami naturalnemi (przez przewód pokarmowy, a może i płuca), byłoby może właściwiej nazywać nie samozakażeniem, lecz zakażeniem fizyologicznem. (C. d. n.).

II Z oddziału bakteryologicznego Zakładu weterynaryi Uniw. Jag. prof. Jul. Nowaka.

Badania nad etyologią czerwonki z uwzględnieniem dwóch epidemii panujących w Galicyi w roku 1903.

Opracował

Prof. Dr. Jan Raczyński.

(Dokończenie).

Na podstawie wyniku tych badań możemy zatem stanowczo twierdzić, że wyhodowaliśmy z przypadku czerwonki epidemicznej prątka, identycznego z prątkiem Shigi i Krusego. Z wykazaniem tego faktu wiązało się pytanie, jakie znaczenie przypisać mamy temu drobnoustrojowi w naszych przypadkach chorobowych. Pewne światło na wyjaśnienie tej sprawy rzucić mogły badania aglutynacyi. Wzmiankowano już powyżej, że pierwsze badania w tym kierunku podjął Shiga, a wynik dodatni tych prób, t. j. aglutynowanie badanego prątka surowicą krwi chorych na czerwonkę, jak znów z drugiej strony brak aglutynacyi z surowicą krwi osób zdrowych, uważał Shiga za jeden z głównych dowodów, przemawiających za swoistością tego drobnoustroju. Od tego czasu zapatrywania nasze na ocenianie wartości tego zjawiska się zmieniły; Escherich i jego szkoła wykazali, że szczepy „b. coli“, przebywające w przewodzie pokarmowym, posiadają w wysokim stopniu własności aglutynowania z surowicą krwi ludzkiej, tem też możemy wytłómaczyć, że surowica ozdrowieńców z czerwonki aglutynuje również w wysokich rozcieńczeniach prątki czerwonki rzekomej.

Jakkolwiek więc na podstawie obecnego stanu nauki nie mogliśmy wynikom badań nad aglutynacyą przypisywać tego znaczenia, które im nadał w swej pracy Shiga, to jednak z innego powodu przedstawiały one dla nas pewną wartość.

Wspomniano wyżej, że dwa przypadki czerwonki u dzieci dostały się do szpitala w tym okresie choroby, w którym badanie kału na prątka czerwonkowego nie dawało widoków powodzenia; dlatego też ograniczyliśmy się do badania kału z świeżego przypadku posługaczki, która uległa zakażeniu w szpitalu. Jeżeli jednak surowica krwi tych dwojga dzieci zachowywać się będzie co do zjawiska aglutynacyi wobec wyhodowanego prątka podobnie, jak i surowica chorej, z której ten drobnoustrój wyhodowano, to będziemy mogli stąd wnosić, że rola tego drobnoustroju była we wszystkich trzech przypadkach jednakową.

Aglutynacyę badano tylko makroskopowo w odpowiednich małych rurkach nakształt próbówek; rozmącano w wyjałowionym fizyol. rozczynie soli 24-godzinną hodowlę agarową w stosunku (w przybliżeniu) 2 milgr. hodowli na 1 sz. ctm. rozczynu soli i do zawiesiny tej dodawano odpowiednią ilość surowicy krwi osobnika badanego. Dla dokonania badań porównawczych nastawiano także próby na aglutynacyę z oryginalnych szczepów prątka Shigi i prątka Krusego z zakładu Krala.

Wyniki przedstawiają się, jak następuje:

1. Surowica krwi naszej chorej aglutynuje w stosunku 1:200 tak dobrze przez nas wyhodowanego prątka, jak i prątka Shigi i Krusego.

2. Surowica krwi dziecka pierwszego, ozdrowieńca z czerwonki, aglutynuje zawiesinę wszystkich trzech drobnoustrojów, t. j. naszego, Shigi i Krusego w stosunku 1:200 bardzo wyraźnie, 1:400 — w części.

3. Surowica krwi dziecka drugiego (objawy czerwonki dużo słabsze) aglutynuje wszystkie trzy drobnoustroje 1:100 wyraźnie, 1:200 do połowy.

Jeżeli wyniki naszych prób z aglutynacyą porównamy z tem, co prace dotychczasowych badaczy przyniosły, to przekonamy się, że wyniki nasze z tamtymi są zgodne. Z dotychczasowych badań wiemy, że własność aglutynacyjna surowicy waha się w granicach od 1:50 do 1:600, że najczęściej trzyma się średnio 1:200—1:300; zauważono przy tem, że własność ta stoi w prostym stosunku do ciężkości objawów chorobowych. Rozpatrując wyniki nasze, musimy podnieść zachowanie się zupełnie identyczne wszystkich trzech badanych drobnoustrojów, t. j. prątka przez nas wyhodowanego, prątka Shigi i Krusego, co utwierdzało nas tem więcej w przekonaniu o identyczności naszego prątka z tamtymi; musimy też zauważyć, że surowica wszystkich trzech ozdrowieńców posiadała prawie te same własności aglutynacyjne, a więc stąd wniosek, że i rola tego prątka we wszystkich trzech przypadkach była ta sama.

W szeregu faktów, które przytaczamy, przeprowadzając dowód swoistości danego drobnoustroju dla pewnej choroby, najważniejszym zawsze jest wynik doświadczeń na zwierzętach, t. j. wywołanie analogicznej choroby przez zakażenie zwierzęcia. Z prątkiem czerwonki dokonywano już licznych doświadczeń. Na pierwszem miejscu wspomnieć należy o wzmiankowanem już powyżej doświadczeniu Stronga i Muzgrava wywołania u człowieka czerwonki przez podanie wewnętrzne hodowli i o przypadkowych zakażeniach w pracowniach bakteryologicznych. Shiga, Strong, Drigalski i w. i. wykazali, stosując odpowiednie dawki bakteryi w różnej postaci, że zwierzęta są wrażliwe na to zakażenie, że jednak niełatwo jest wywołać zmiany podobne do czerwonki u człowieka. W przeważnej części doświadczeń zwierzęta zakażone, czyto drogą przewodu pokarmowego, czy odbytnicy, czy też podskórnie, zapadają na chorobę przewodu pokarmowego, dostają biegunki, porażenia kończyn, chudną i t. d., a przy sekcyi zwierząt padłych stwierdzamy przekrwienie i rozpulchnienie błony śluzowej jelit, wynaczynienia, jednak nie stwierdzamy tych

zmian, które znamionują czerwonkę ludzką. Dopiero Vaillardowi i Dopterowi udało się po przeprowadzeniu doświadczeń na wielkiej ilości różnych zwierząt uzyskać zmiany bardzo wybitne, analogiczne do zmian w przebiegu czerwonki u człowieka.

Wobec skąpego materyału z powodu wygaśnięcia epidemii czerwonki, który mogliśmy poddać badaniu bakteryologicznemu, wyniki doświadczeń i wykazanie tą drogą właściwości naszego prątka nabierały wielkiego znaczenia. Wykonaliśmy więc kilkanaście doświadczeń na królikach, psach i kocie. Jad stosowaliśmy przeważnie drogą wstrzykiwań podskórnych lub śródotrzewnowych. Używaliśmy do tego celu hodowli bulionowej 24—48 godzinnej, lub też zawiesiny hodowli agarowej w wyjałowionym roztworze soli.

Po wstrzyknięciu odpowiedniej dawki zauważyć można było u wszystkich zwierząt podniesienie ciepłoty, która w razie silniejszego rozwolnienia po kilku dniach opadała, często schodząc w ostatnich chwilach życia poniżej prawidłowej; u wszystkich zwierząt pojawiało się rozwolnienie, osłabienie ogólne, porażenie kończyn tylnych.

Przy sekcyach znachodziliśmy zawsze u królików zmiany w jelicie grubem (jednak nie w odchodowem) i to w postaci silnego nastrzykania błony śluzowej, wynaczynień, a w niektórych przypadkach i owrzodzeń na szczycie fałdów błony śluzowej. Najwięcej znamiennym był przebieg kliniczny zakażenia u psa; kilkotygodniowemu szczeniakowi wstrzyknięto 30/X 2 hodowle naszego prątka; już w ciągu pierwszych 24 godzin zauważono podniesienie się ciepłoty ciała; z końcem trzeciej doby pojawiło się rozwolnienie. Stolce, początkowo śluzowe przybierały coraz więcej cechę stolców czerwonkowych, śluzoworopiastych z dużą domieszką krwi, a częste parcie, ogólne osłabienie brak łaknienia, obniżenie ciepłoty ciała dopełniały obrazu czerwonki, której wśród objawów znacznego wychudnienia zwierzę uległo. Sekcya wykazała obecność sprawy chorobowej w jelitach, zwłaszcza w grubem; największe jednak zmiany stwierdzić można było na błonie śluzowej odbytnicy, na przestrzeni od rzyci aż około 15 ctm. w górę, gdzie błona śluzowa była silnie przekrwiona z licznemi wynaczynieniami.

Najwybitniejsze natomiast zmiany anatomiczno-patologiczne w jelicie uzyskaliśmy u jednego z królików, szczepionego hodowlą bulionową 24-godzinną do otrzewnej w ilości 10 ctm. i padłego po upływie trzeciej doby.

Największe zmiany umiejscowiały się w odbytnicy i całem jelicie grubem, mniejsze w dolnym odcinku jelita cienkiego. Błona śluzowa jelita grubego w świeżym preparacie obrzękła, w całości szkarłatno-czerwono zabarwiona. Na szczytach fałdów w miejscach największych zmian owrzodzenia, pokryte strupami, brudno zabarwionymi. Ściana jelita w całości zgrubiała.

W preparatach mikroskopowych ze ściany jelita grubego z miejsc z owrzodzeniami wykazują powierzchowne ubytki błony śluzowej obumarłe, powierzchowne warstwy błony śluzowej, oddzielające się od głębszych warstw, dobrze zabarwionych. Wśród tkanki obumarłej gromadki prątków, odpowiadających morfologicznie prątkom Shigi. W utrzymanej błonie śluzowej widać liczne i często bardzo rozległe wynaczynienia. W błonie podśluzowej naczynia krwionośne silnie rozszerzone i nastrzykane.

Oddziaływanie zwierząt na wstrzyknięty jad było rozmaite: ciężkość objawów była zależną od wieku zwierzęcia, osobniczych właściwości ustroju, pozostawała też w prostym stosunku do wysokości dawki jadu. Z trzech królików mniej więcej jednej wagi, najwcześniej padł ten, któremu zastrzyknięto 2 hodowle; później ten, którego zakażono 1 hodowlą; najdłużej utrzymał się przy życiu zakażony połową hodowli.

Do nieudałych zaliczyć możemy doświadczenia z zakażeniem kota drogą przewodu pokarmowego: w tym celu podaliśmy młodemu kotowi kawał mięsa z miejscem wstrzyknięcia z psa, który padł z powodu czerwonki; obok tego podawaliśmy przez dłuższy czas mięso tarte, polewane hodowlą naszego prątka. Zauważyliśmy potem pewne objawy chorobowe jak: rozwolnienie, brak łaknienia, jednak stan ten szybko się poprawił. Zawód z tego powodu nietylko nas spotyka; z piśmiennictwa dowiadujemy się, że prawie każdy badający próbował tego sposobu zakażenia zwierząt, pomyślny skutek odniósł jednak tylko Kazarinow, który wywołał objawy czerwonki przez podawanie wewnętrzne hodowli u zwierząt, odpowiednio przygotowanych głodzeniem, zobojętnieniem soku żołądkowego i podawaniem nalewki makowca.

Wogóle musimy uważać nasze doświadczenia za udałe; wywołaliśmy u zwierząt chorobę, do czerwonki podobną, a fakt ten przekonał nas w zupełności o tem, że wyhodowaliśmy prątka, identycznego z prątkiem Shigi i Krusego, którego mogliśmy uważać za przyczynę czerwonki w naszych przypadkach tak, jak na podstawie dotychczasowych badań mamy prawo do uważania prątka Shigi za wywołującego czerwonkę w strefie umiarkowanej. Dowodów na poparcie tego twierdzenia nie brak już dzisiaj; stwierdzono bowiem badaniami, podjętemi w różnych krajach i epidemiach, że prątka Shigi wykazać można w kale osób chorych na czerwonkę, niema go zaś w kale zdrowych lub chorych na inne choroby; doświadczeniami umyślnemi lub przypadkowemi na ludziach, jak również doświadczeniami przez podawanie jadu do wewnątrz i stosowanie go podskórnie, wywołano chorobę identyczną z czerwonką, wreszcie doświadczeniami z aglutynacyą wykazano, że istnieje ścisły związek biologiczny między prątkiem Shigi a surowicą krwi osobników, które przebyły czerwonkę. Wszystkie te fakty przemawiają niezbicie za swoistością prątka Shigi.

Inaczej przedstawi się rzecz, gdybyśmy mieli odpowiedzieć na pytanie, czy drobnoustrój ten jest wyłączną przyczyną czerwonki, czy w niektórych przypadkach i poszczególnych epidemiach nie mogą jej wywołać inne szkodliwości. Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, musielibyśmy wziąć pod uwagę doniesienia różnych badaczy, którzy w poszczególnych przypadkach lub też epidemiach czerwonki nie wykazali prątka Shigi. W kilku przypadkach, badanych przez Lewkowicza, przyczyną czerwonki był enterokok. Jürgens wyhodował w epidemii czerwonki (26 chorych) prątka, który jednak nie był identyczny z prątkiem Shigi. Takich doniesień możnaby zapewne przytoczyć więcej. Czy doniesienia te osłabią nasze przekonanie o swoistości prątka czerwonki, wynalezionego przez Shigę? Sądzimy, że nie; nie będzie to bowiem zjawisko odosobnione w naszej patologii, lecz przeciwnie potwierdzi ono ogólną regułę, że te same lub klinicznie bardzo do siebie zbliżone stany patolo-

giczne mogą być wywołane różnemi przyczynami. Mimowoli nasuwa się porównanie ze sprawami chorobowemi na błonie śluzowej gardła; i tu badania bakteryologiczne wykazały istnienie prątka swoistego tylko dla pewnej sprawy chorobowej, nazywanej błonicą; obok tego istnieje cały szereg spraw chorobowych o podobnych objawach, zależnych jednak od zupełnie innych przyczyn. Wykrycie więc przypadków, czy nawet epidemii, w których prątka czerwonki nie stwierdzono, tylko inny drobnoustrój, który w tych przypadkach chorobę wywołał, nie sprzeciwia się przyjęciu prątka Shigi za wywołującego epidemiczną czerwonkę; rzeczą zaś dalszych badań będzie określenie częstości pojawiania się tego prątka, jego stosunku do innych bakteryi i t. d. Nie należy też wątpić, że znajdą się z czasem, podobnie jak w błonicy, sposoby określenia choćby z prawdopodobieństwem tej postaci, wywołanej prątkiem Shigi, od innych, na podstawie klinicznego badania.

Po zbadaniu naszego przypadku zależało nam bardzo na rozszerzeniu już wykonanych badań; poszukiwaliśmy więc świeżych przypadków czerwonki w krakowskich szpitalach dla chorób zakaźnych, usiłowania nasze jednak spełzły na niczem: epidemia w okolicy Krakowa wygasła zupełnie. Tymczasem doszły nas prywatne wiadomości o epidemii czerwonki w niedawno spalonem mieście Złoczowie i jego okolicy. Zwróciłem się więc z prośbą do p. kolegi Jarosza, dyrektora szpitala, o przesłanie kału z świeżego przypadku czerwonki. Kał otrzymałem 6/XI; pochodził z przypadku czerwonki u dorosłego mężczyzny w 5 dniu choroby. Kał ten natychmiast po otrzymaniu poddano badaniu bakteryologicznemu na pożywkach, a wyhodowany drobnoustrój badano surowicą z naszych chorych na aglutynacyę. Przeprowadzono również doświadczenia na zwierzętach. Badania te wypadły pod każdym względem analogicznie z poprzedzającemi; prątek, wyhodowany z przypadku czerwonki złoczowskiej, okazywał te same własności morfo- i biologiczne, co prątek z epidemii krakowskiej.

Na podstawie badania kału jednego wprawdzie przypadku, lecz wyrwanego z środka epidemii, która, jak mi to ze sprawozdań, zestawionych przez lekarza powiat. kol. Dra Coghena, wiadomo, ze znacznem nasileniem szerzyła się w powiecie złoczowskim (stwierdzono 250 przypadków czerwonki) możemy, wobec wyłuszczonych już powyżej faktów twierdzić, że i w epidemii złoczowskiej odgrywał prątek Shigi rolę drobnoustroju swoistego, wywołującego chorobę.

W związku z wykryciem prątka wywołującego czerwonkę, pozostaje poruszona w ostatnim czasie myśl leczenia tej choroby swoistą surowicą. Zasadniczo myśl ta znachodzi oparcie w klinicznem spostrzeżeniu, że czerwonkę przebywa się w regule tylko raz w życiu. Kliniczny przebieg wskazuje także, że sprawa chorobowa, umiejscowiona w jelicie grubem, wywołuje tylko u osobników młodszych objawy ogólnego zakażenia; z drugiej strony badania bakteryologiczne pouczyły, że prątek czerwonkowy silnych jadów nie tworzy, stąd też w tym razie raczej myśleć należy o surowicy, zapobiegającej rozwijaniu się drobnoustrojów, więc bakteryobójczej, niż o surowicy niweczącej jady, jaką jest n. p. surowica przeciwbłonicza. Z dotychczasowych usiłowań wspomnieć należy doświadczenia Shigi, który pierwszy wytworzył surowicę i leczył nią 300 chorych z świetnym wynikiem, gdyż śmiertelność w porównaniu z przypadkami nieleczonymi surowicą obniżyła się do $^1/_3$. Kruse leczył surowicą, przez siebie wytworzoną, 100 chorych, z których zmarło 8 Jeśli uwzględnimy, że śmiertelność nawet w łagodnych epidemiach wynosi najmniej 11%, że nadto między leczonymi było 19 osobników poniżej lat 10, u których odsetek śmiertelności jest zwykle znacznie wyższym (do 50%), to musimy powiedzieć, że doświadczenia te budzą zaufanie i zachęcają do dalszych prób, tembardziej, że dotychczasowe nasze środki, używane w czerwonce, są zupełnie niedostateczne.

Asystent Zakładu weteryn. Dr. St. Droba, mając na celu wytworzenie surowicy uodparnia właśnie zwierzęta prątkiem czerwonkowym, możemy więc mieć nadzieję, że wkrótce będziemy mogli tę surowicę stosować.

Po zamknięciu badań uzyskaliśmy od Dr. Eisenberga wysoko wartościową surowicę dysenteryczną, która oba nasze szczepy, t. j. krakowski i złoczowski podobnie jak oryginalne szczepy prątków Shigi i Krusego aglutynowała w jednakowym stopniu do wysokości 1:1600. Tak więc to ostatnie badanie potwierdziło wyniki, otrzymane drogą hodowli, że nasze szczepy są identyczne ze szczepami Shigi i Krusego, a łącznie z wynikami dodatnimi, otrzymanymi w doświadczeniach na zwierzętach, dały nam niewątpliwy dowód, że przyczyną epidemii czerwonki w krakowskim i złoczowskim okręgu w jesieni 1903 r. był prątek Shiga-Kruse

Piśmiennictwo. Chantemesse i Widal: Sur le microbe de la dysenterie. Bulletin de l'Academie de Médecine. 1888. — Celli i Fiocca: Ueber die Aetiologie der Dysenterie. Centralblatt f. Bacteriologie. 1895. T. 17. 9. 10. — Janowski: O etyologii dysenteryi. Gaz. lek. 1896. — Ciechanowski i Nowak: Przyczynek do badań nad etyologią dysenteryi. 1897. — Shiga: Ueber den Erreger der Dysenterie in Japan. Centralblatt für Bacter. 1898. Tom 23. 14 — Shiga: Ueber den Dysenteriebacillus Tamże. 1898. Tom 24. 22—24. — Shiga: Studien über die epidemische Dysenteriae in Japan unter besonderer Berücksichtigung des Bacillus Dysenteriae. Deutsche med. Wochschft. 1901. 43—45. — Shiga: Weitere Studien über den Dysenteriebacillus. Zeitschrift f. Hygiene. 1902. T. 41. 3. — Flexner: The etiology of tropical dysenterie. Centralblatt f. Bacteriol. 1900 T. 29. 10 — Kruse: Ueber die Ruhr als Volkskrankheit und ihren Erreger. Deutsche med. Wochenschrift. 1900. 40. — Kruse: Der jetzige Stand der Dysenteriefrage. Deutsche Aerzte-Zeitung. 1902. 2. — Kruse: Weitere Untersuchungen über die Ruhr und die Ruhrbacillen. Deutsche med. Wochenschrift. 1901. 23. 24 — Th. Müller: Ueber den bacteriologischen Befund bei einer Dysenterie-Epidemie. Centralblatt f. Bacteriologie. 1902. T. 31. 12. — Rosenthal: Zur Aetiologie der Dysenterie. Deutsche med. Wochenschrift. 1903. 6. — Weder i Duval: The etiology of acute dysentery in the United-Stats. Centralblatt f. Bacteriologie. 1902. — Martini i Lentz: Die Differenzierung der Ruhrbacillen mittelst der Agglutination. Zeitschrift f. Hygiene. 1902. T. 41. 2. — Lewkowicz: O enterokoku jako zarazku czerwonkowym. Przegl. lek. 1901. — Lentz: Ueber Dysenterie. Handbuch der pathogen. Mikroorganismen Jena. 1902. — Hetsch: Weiteres zur kulturellen Differenzierung der Ruhrbacillen gegenüber ruhrähnlichen Bacterien. Centralbl f. Bacteriol. 1903. T. 34. 6. — Vailard i Dopter: La dysenterie épidémique. Annal. de l'Institut Pasteur. 1903. 7. — Kruse: Die Blutserumtherapie bei der Dysenterie. Deutsche med. Woch. 1903. 1. — Kazarinow; Wracz. 1903. Nr. 41.

• • •

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Przypadek niezwykły rozedmy podskórnej.

Podał
Dr. Maurycy Ameisen
w Nowym Sączu.

Najczęstszą przyczyną powstania rozedmy podskórnej są uszkodzenia płuc, krtani lub tchawicy bez równoczesnego zranienia skóry, jak to ma miejsce przy złamaniach żeber lub zgnieceniu krtani albo tchawicy. W tych przypadkach jednak rozedma zajmuje zwykle tylko najbliższe otoczenie miejsca uszkodzonego i nie zdradza skłonności do szerzenia się. W przypadkach zranienia klatki piersiowej i płuc powstaje często obok odmy piersiowej i rozedma podskórna klatki piersiowej. Przy drobnych pęknięciach pęcherzyków płucnych, jakie zdarzyć się mogą przy forsownych ruchach wydechowych podczas błonicy, krztuśca, jakoteż przy silnem parciu u rodzących, spostrzegano także często rozedmę podskórną na twarzy i na szyi.

Rzadszemi przyczynami powstania rozedmy podskórnej są złamania nosa, kości sitowej, czołowej w okolicy jamy czołowej. Nieliczne są także przypadki, gdzie rozedma podskórna była spowodowana przez wtargnięcie powietrza atmosferycznego od zewnątrz, jak to może wydarzyć się przy złamaniach kości, powikłanych nieumiejętnem manipulowaniem odłamkami kostnymi; wtedy przez aspiracyę niejako dostaje się powietrze pod skórę i wywołuje rozedmę podskórną. Również przez aspiracyę powstaje często rozedma przy ranach w okolicy pachy, gdyż wówczas ruchy ramienia działają na wzór mechanizmu ssącego i przyczyniają się do wessania powietrza pod skórę.

Powstać może również rozedma przy zranieniach błony śluzowej warg i jamy ustnej i to albo wskutek ruchów ssących warg, albo wskutek nasilonych ruchów wydechowych przy równoczesnem szczelnem zamknięciu ust. Wtedy znaczne ciśnienie dodatnie jest przyczyną, wpędzającą powietrze, zawarte w jamie ust, przez drobną nawet szczelinę w błonie śluzowej jamy ustnej popod błonę śluzową i pod skórę.

Opisano n. p. przypadek, gdzie rozedma podskórna powstała w następstwie wyjęcia zęba. Podobnie niezwykły przypadek, osobliwy ze względu na sposób powstania, mam zamiar właśnie opisać, tem więcej, że ogłoszenie to może zwróci uwagę kolegów, że badanie jamy ustnej i gardła, zwłaszcza u dzieci, należy uskuteczniać ostrożnie i przy użyciu narzędzia o brzegach tępych, gdyż ostre brzegi blaszanej łyżeczki mogą stać się, jak w tym przypadku, przyczyną tak niemiłego powikłania, jakiem jest rozedma podskórna.

Dnia 18 stycznia b. r. zostałem wezwany na wieś do dwunastoletniej dziewczynki, chorej na odrę, u której poprzedniego dnia nagle miało powstać znaczne obrzmienie twarzy, szyi, klatki piersiowej, połączone z dusznością, niepokojem i bezsennością. Przybywszy na miejsce znalazłem chorą w łóżku, w pozycyi siedzącej, przedstawiającą oprócz wyraźnej osypki odrowej i nieżytu oskrzelowego, towarzyszącego odrze, obrzęk znacznego stopnia na twarzy szyi, przedniej ścianie klatki piersiowej, obu kończynach górnych i przedmiotowe objawy silnej duszności, oraz sinicę warg. Przy obmacywaniu obrzękłej skóry wyczuwa się wszędzie trzeszczenie, przypominające skrzypienie śniegu. Na błonie śluzowej prawego policzka tuż koło wyrostka zębowego szczęki górnej znalazłem szczelinowatą rankę długości $1^1/_2$ ctm. o brzegach obrzękłych, bolesnych przy dotyku.

Bliższe wywiady wykazały, że wkrótce po zbadaniu gardła łyżeczką blaszaną, którą mi okazano, a która miała brzegi dość ostre, dokonanem poprzedniego dnia przez kolegę, którego wówczas wezwano, wystąpił obrzęk prawego policzka, później szyi, drugiego policzka, klatki piersiowej i t. d. Równocześnie z zwiększającym się obrzękiem wzmagała się i duszność i niepokój tak, że chora noc całą spędziła bezsennie, siedząc w łóżku.

Zaleciłem mięsienie okolic obrzękłych i okłady z octanu glinowego. Po tygodniu odwiedziłem chorą i zastałem ją zupełnie zdrową bez śladów przebytego cierpienia.

Mechanizm powstania rozedmy podskórnej w tym przypadku był taki, że przy badaniu gardła łyżeczką wytłoczoną z blachy o brzegach ostrych i niespokojnem zachowaniu się chorej powstało skaleczenie błony śluzowej policzka, a przy silnej ekspiracyi i przy równoczesnem kurczowem zaciśnieniu warg powietrze z jamy ustnej zostało wparte przez ranę w błonie śluzowej policzka pod błonę śluzową tegoż, a następnie w wiotką tkankę podskórną szyi, klatki piersiowej i t. d.

Stąd wskazówka, że przy badaniu gardła należy zawsze zwrócić uwagę na łyżeczkę, którą w domach prywatnych zazwyczaj się posługujemy zamiast szpatulki, czy nie ma brzegów ostrych, aby uniknąć niemiłego wypadku.

IV. Wyciągi.

Strass. **Krytyczne uwagi nad stosowaniem niektórych nowych przetworów.** (*Wiener klin. Rundschau*, Nr. 50, 1903). 1. Aristochinę podawał autor w 15 przypadkach chorobowych, w których chinina była wskazaną; — jednorazowa dawka wynosiła 0·25—0·5 grm. W jednym przypadku nerwobólu nerwu trójdzielnego o znamiennie napadowo występującej bolesności znikły zupełnie napady po 5 dniach po zastosowaniu aristochiny w gramowych dawkach. W każdym jednak razie pomimo znośnego dość smaku, nie można było stwierdzić jakiejś wybitnej wyższości aristochiny nad zwykłą chininą.

2 Hedonal, jako lek nasenny, nie ziścił pokładanych w nim nadziei: stosowano w 40 przypadkach bezsenności po 1—1·5 grm. Sen występował jedynie wówczas, jeśli spełniono i wskazania przyczynowe, a więc podając suchotnikom kodeinę, sercowo-chorym „strophantus", nerwowym przetwory bromu itd.

3. Mezotan jest, jak wiadomo, „zewnętrznym" środkiem przeciwgośćcowym; — doświadczenia, przeprowadzone na całym szeregu chorych, dały wynik bardzo korzystny, zwłaszcza w tych przypadkach, w których na okolicy, gdzie ma być stosowany mezotan wywołano poprzednio sztuczne przekrwienie zapomocą termoforu lub suchych baniek. Przy tej sposobności nadmienić trzeba, że działanie mezotanu nie ogranicza się tylko do chorych gośćcowych, — ale skutecznie można nim zwalczać poty, trapiące suchotników: należy tylko $^1/_2$ łyżeczki mezotanu (z oliwą) natrzeć wieczorem piersi i plecy chorego, a wynik będzie wprost zadziwiający. Chorzy, którzy dawniej prawie że kąpali się w potach i którym trzeba było bieliznę 1—2 razy zmieniać, znakomicie się czuli pod wpływem tego środka; niestety takie działanie mezotanu trwa 8—14 dni, co jednak nie przeszkadza stosowaniu go w odpowiednich przypadkach.

4. Teocyna (teophyllina) środek moczopędny, bardzo zalecany w ostatnich czasach: znakomite jednak działanie występuje wyraźnie w tych przypadkach, w których nie ma zaburzeń ze strony serca, lub też parcie krwi nie jest nadmiernie nizkie; — w niewyrównanych zaś wadach serca ustępowała puchlina, skoro się czynność serca poprawiła. Zwykła dawka wynosiła 0·20—1 grm. w odwarze *adonis vernalis* 5:150, by zapobiedz ubocznemu drażniącemu wpływowi teocyny. *Dr. Písek* (Podgórze-Kraków).

Spieler. **Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i jelita ślepego w wieku dziecięcym.** (*Wien. klin. Wochenschrift*, 1904, Nr. 1—3). Na mocy własnych 14 przypadków i bardzo bogatego piśmiennictwa dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Zapalenie wyrostka robaczkowego jest w wieku dziecięcym o wiele częstsze, niż w wieku dojrzałym. 2) W wieku dziecięcym przeważają ciężkie, rozległe postacie chorobowe. Zgorzel wyrostka robaczkowego, prowadząca bardzo szybko do ciężkiego zapalenia posocznicznego otrzewnej, nie jest tu rzeczą rzadką. 3) Czynniki przyczynowe t. zw. ciężkich zapaleń wyrostka robaczkowego są następujące: a) wielka żywotność drobnoustrojów chorobotwórczych; b) kamienie kałowe, podczas gdy prawdziwe ciała obce, żyjące (glisty) lub nieżywotne, nie odgrywają z powodu swej względnej rzadkości żadnej wybitnej roli; c) nieprawidłowe stosunki w poło-

żeniu, kształcie i wielkości wyrostka robaczkowego; d) zaburzenia w krążeniu, n. p. skręcenie wyrostka. 4) Zadziwiającą jest odporność ustroju dziecięcego w przezwyciężaniu ciężkiego, rozległego, nawet posoczniczego zapalenia otrzewnej przy zajęciu wyrostka robaczkowego. I tylko bardzo wysokie zmniejszenie się ciałek białych (leukopenia) pozwala na bezwzględnie złe rokowanie. 5) Z powodu przewagi przypadków ciężkich i bardzo szybko przebiegających, nadto ze względu na niepewność rokowania i rozpoznania anatomicznego, należy u dzieci jeszcze energiczniej rozszerzyć wskazania do operacyi i postawić zasadę, że każde zapalenie wyrostka robaczkowego należy bezwarunkowo i natychmiast operować, jeżeli się je klinicznie rozpoznało. 6) Co się tyczy operacyi, to polecić należy zasadnicze otwarcie jamy brzusznej, natychmiastowe usunięcie chorego wyrostka, jakoteż wynalezienie i wypróżnienie wszystkich ognisk ropnych. 7) Dla dokładnej oceny, czy się w danym przypadku nie miało do czynienia z zapaleniem rzekomem wyrostka robaczkowego, należy wyrostek odcięty dokładnie zbadać pod względem histologicznym. *B. Żmigród.*

Baldassari i Gardini. **Wytworzenie się kości po resekcyi żebra.** (*Münch. medic. Wochenschrift*, 1904, 3). Autorowie robili na zwierzętach próby zastąpienia części wyciętego żebra przy resekcyi podokostnowej i doszli na podstawie tych prób do przekonania, że najbardziej nadającym się materyałem do zupełnego zastąpienia wyciętego żebra są kości, wyjałowione gotowaniem. Mają one kształt i rozmiary wyciętej kości, zawierają sole wapniowe, potrzebne do odrodzenia kości, dają się łatwo wyjałowić, nieprzesuwają się i są wogóle pod każdym względem lepsze od kości odwapnionej i w tym celu użytej. *B. Żmigród.*

Jaffé. **Zaśniad groniasty, a jajnik; przyczynek do patologii ciałka żółtego.** (*Arch. für Gyn.*, tom 70, zeszyt 31). Dotąd jeszcze nie rozwiązano pytania, czy zaśniad groniasty jest następstwem pierwotnego schorzenia jajka, czy też zmian chorobowych w samej macicy. Autor omawia krytycznie wypowiedziane na ten temat teorye, poczem podaje historyę choroby i wynik badania makro- i mikroskopowego swego przypadku. Dotyczył on wieloródki, która rodziła 9 razy i u której rozwinął się zaśniad groniasty. Po dobrowolnem odejściu zaśniadu chora ciągle krwawiła i straciła na wadze 40 funtów; równocześnie pojawiły się krwawe plwociny. Ze względu na te objawy i wynik badania przedmiotowego rozpoznano przypuszczalnie „chorioepithelioma malignum“ i wyjęto macicę przez pochwę wraz z przydatkami. Chora do tego czasu jest zdrowa. Drobnowid wykazał istotnie „chorioepithelioma uteri“ a nadto „degeneratio polycystica e corporibus luteis“ obu jajników. Zmiany te w jajnikach znajdowano już niejednokrotnie przy równoczesnym rozwoju zaśniadu groniastego i myślano o jakimś związku przyczynowym między tymi dwoma stanami (Runge, ref. w „Przegl. lekar.“ Nr. 50, 1903). Ilość i wielkość tych torbieli waha się w szerokich granicach i przemawia za tem, że one niekoniecznie muszą się rozwinąć z ciałek żółtych prawdziwych, ale i rzekomych, a nawet z niepękniętych torebek (folikułów) i mogą wskutek tego zmienić jajniki na tak duże guzy, że już ze względu na swą wielkość musi się im przypisać ważne znaczenie kliniczne. Zwykle występują obustronnie. Przy szybkim i znacznym rozwoju tkanki luteinowej można znaleźć komórki luteinowe rozprószone po całej tkance jajnikowej. Autor sądzi, że w tym właśnie nadmiernym rozwoju tkanki luteinowej, a nie w zwyrodnieniu torbielkowatem, leży główna istota zmian jajnikowych przy rozwoju zaśniadu gronistego, bo zwyrodnienie torbielkowate może wystąpić także poza ciążą lub przy ciąży prawidłowej. Istotnie znaleziono dotąd we wszystkich przypadkach zaśniadu groniastego, jeżeli nie zawsze makro-, to mikroskopowo ten nadmiar tkanki luteinowej; przyczyna tej spotęgowanej wytwórczości pozostanie bądź co bądź niewytłómaczoną. Autor wyjaśnia powstanie zaśniadu w ten sposób: wiemy już dzisiaj prawie na pewno, że ciałko żółte prawdziwe ma ważny wpływ na usadowienie się i dalszy rozwój zapłodnionego jajka — i to dzięki wydzielaniu wewnętrznemu jakiejś nieznanej nam substancyi (Fraenkel: ref. w „Przegl. lek.“ Nr. 31, 1903). Przy zagnieżdżeniu się zaś jajka najważniejszą rolę przyjmuje przybłonek kosmkowy. Jeżeli więc ciałko żółte, wskutek spotęgowania wytwórczości tkanki luteinowej, wydziela znacznie więcej tej jakiejś swoistej substancyi, to tem samem i czynność przybłonka kosmkowego musi się znacznie zwiększyć i w ten sposób w następstwie nadmiernego rozwoju i zwyrodnienia kosmków przychodzi do wytworzenia się zaśniadu groniastego. Może z tego samego powodu należy temu bujaniu tkanki luteinowej przypisać ważne znaczenie w powstawaniu „chorioepithelioma malignum“, które jest również następstwem nadmiernego rozwoju i bujania przybłonka kosmkowego. Dla wyjaśnienia tej kwestyi powinno się w następnych przypadkach bardzo dokładnie badać jajniki i to przedewszystkiem mikroskopowo. *Dr. E. Ehrenpreis.*

M. Gaudin. **O wskazaniach operacyjnych przy leczeniu zapaleń wyrostka robaczkowego.** (*La Presse médicale*, Nr. 72, 1903). Autor przedstawia stanowisko w tej sprawie profesora Rouxa w Lozannie i jego szkoły. Da się ono streścić w następujących punktach: 1) Dla szkoły Rouxa nie istnieje właściwie żadne wskazanie do szybkiej operacyi zapalenia wyrostka robaczkowego „na gorąco“ pod pozorem ocalenia życia chorego. 2) Samo rozpoznanie nie ma żadnego znaczenia przy zabiegach. Chęć operowania jak najszybciej jest zgubną, czekanie przynajmniej przez 2—3 dni jest najlepszem, naturalnie przypuściwszy, że lekarz został wezwany w samym początku napadu. 3) Jeżeli mimo racyonalnego leczenia przez 2—3 dni gorączka i wysięk się zwiększają, można ten ostatni wypuścić cięciem zwalniającem w okolicy największego napięcia, ażeby potem sączkować sposobem zwyczajnym. 4) W bardzo skąpej liczbie przypadków, gdy poprzednie napady pozwoliły uczynić pewne rozpoznanie, lub też jeżeli chory godzi się na operacyę jak najszybszą, można podjąć się ryzykownego wkroczenia chirurgicznego „na gorąco.“ Lecz w tym przypadku do trudności odszukania wyrostka robaczkowego, które i przy operacyi „na zimno“ istnieją, dołącza się możność zakażenia ognisk, będących w początkowym okresie zapalnym. 5) „Na gorąco“ należy w tem miejscu robić nacięcie, w którem ono jest najracyonalniejsze, bez względu na szczegółowe wskazanie co do wyboru okolicy i zabiegu, a nawet można, o ile to jest korzystne, naciąć w jelicie prostem lub w pochwie. 6) Operując „na gorąco“ nie należy nigdy szukać wyrostka, przynajmniej jeżeli się sam z łatwością nie nawinie. 7) Jeżeli zapalenie wyrostka robaczkowego operowano na gorąco, należy potem sączkować, co ułatwia powstawanie następowej przepukliny. Jest to również czynnik, przemawiający przeciw operacyi „na gorąco“. 8) Operacya wykonana „na zimno“ jest najlepszą i powinna być naszym celem. Jest ona niekiedy bardzo powikłaną z powodu zrostów, przebicia, poszukiwań wyrostka i t. d.; atoli jest zabiegiem doszczętnym, bez obawy nawrotu. W dobrych rękach jest zabiegiem nieszkodliwym. Zapalenia wyrostka robaczkowego bez obecności ropy i zapalenia otrzewnej, rozpoznane w pierwszych 24—28 godzinach, są przeważnie sprawami dobrotliwemi, nie nadającemi się do operacyi. Roux o ile możności unika operacyi „na gorąco“, aby módz stworzyć warunki lecznicze dobre, bez ropy i zapalenia otrzewnej. *Dr M. Blassberg.*

Brugsch. **Zachowanie się nerek podczas leczenia przetworami salicylowymi.** (*Therapie d. Gegenwart*, Nr. 2). Podając w 300 przypadkach salicylan sodowy, aspirynę i mezotan poczynił autor swe doświadczenia. Dawka 3-gramowa czyto salicylanu sodowego, czyto aspiryny, u mężczyzn zdrowych na nerki, nie gorączkujących, nie sprowadza żadnych następstw; jednorazowa dawka 5 gr. drażni nerki w ciągu kilku dni. U mężczyzn gorączkujących i starszych już dawka 2 gr. wywołuje silne zadrażnienie nerek, występuje białkomocz, lecz wałeczków nigdy nie znaleziono. U kobiet 3 gr. aspiryny wywołuje kilkudniowe zadrażnienie nerek. Chorzy, którzy skłonni są do obfitych potów, znoszą znacznie większe dawki bez wpływu na nerki. *J. Opolski.*

Ostrjanin. **Wydalanie przez nerki substancyi skupiających.** (*Sprawozdanie z prac Towarzystwa lekarskiego w Charkowie*, 1903, zesz. 1). Autor przekonał się doświadczalnie, że skupiająca właściwość moczu jest bardzo nizką i niejednakowo wyrażoną u tego samego zwierzęcia; własność ta może być czasową, połączoną poniekąd z białkomoczami; mocz, który nie zawierał białka, nigdy nie wykazywał własności skupiających. Na podstawie tych wyników i spostrzeżeń klinicznych z piśmiennictwa O. odmawia badaniu moczu chorych durzycowych na aglutynacyę wszelkiego znaczenia klinicznego. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Kuszew. **Objaw Oliver-Cardarellego w zwyrodnieniu rakowatem gruczołów oskrzelowych.** (*Wracz. Gazeta*, 1903, Nr. 48). Autor przytacza spostrzeżenia nowotworu w jamie piersiowej, w którym wyraźnie występował objaw Oliver-Cardarellego pomimo to, że tętniaka tętnicy głównej nie było wcale. Przypadek dotyczył chorego w wieku lat 52, który przed 8 miesiącami dostał chrypki, a wkrótce stracił głos; po 4 miesiącach do tych objawów dołączyło się kłucie w lewym boku i strzelające bole w grzbiecie; pomimo zachowanego łaknienia chory szybko chudł. Badanie wykryło porażenie lewej struny głosowej, objaw Oliver-Cardarellego, szmer tarcia w lewej okolicy pachowej i obrzmienie gruczołów chłonnych nad lewym obojczykiem. W dalszym ciągu szybko rozwinęło się lewostronne zapalenie opłucnej, gruczoły szyjne powiększyły się i po stronie prawej, wreszcie pod prawym mięśniem mostkowo-obojczyko-sutkowym wystąpił nowotwór. Wśród objawów wyniszczenia chory zmarł w 3 miesiące po wstąpieniu do szpitala. Badanie zwłok stwierdziło rozpoznanie nowotworu i przerzutów w gruczołach okołooskrzelowych; pierwotne ognisko okazało się w gruczole tar-

czykowym. Objaw Oliver-Cardarellego był wywołany znacznem obrzmieniem gruczołów oskrzelowych i zrośnięciem ich z tętnicą płucną i lewem oskrzelem. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

De. Seigneux: **Przyczynek do mechanicznego rozszerzania szyjki i ujścia macicy podczas ciąży i porodu.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 70, zesz. 3). Dotychczas używano rozszerzacze tylko przy ścisłem wskazaniu, n. p. drgawkach porodowych, łożysku przodującem, gruźlicy płuc, wadzie sercowej i wogóle w przypadkach, gdzie groziło niebezpieczeństwo matce lub płodowi. Autor chciałby zastosować ten przyrząd także w przypadkach prawidłowych, celem skrócenia I okresu porodowego, t. j. rozwarcia się ujścia macicy, który wskutek swego niekiedy bardzo długiego czasu trwania wyczerpuje cierpliwość lekarza, otoczenia i rodzącej, a nadto zupełnie niepotrzebnie i siły tej ostatniej. Osiągnięcie tego celu byłoby ideałem, do którego powinni zmierzać wszyscy lekarze, a błogosławieństwem dla rodzących. Dotychczasowe rozszerzacze, w szczególności Bossiego, nie odpowiadają celowi głównie dla tego, że nie mają wygięcia miednicowego, nadto trudno je wyjałowić, sama manipulacya nie jest łatwa, a czapeczki ochronne stanowią wielką niewygodę w zastosowaniu. Autor zrobił zupełnie nowy czteroramiennny rozszerzacz, który dzięki wygięciu miednicowemu pozwala na rozszerzenie ujścia macicy równolegle do powierzchni wchodu miednicy, nie jest tak złożony i odpowiada wszelkiem wymogom nowoczesnej chirurgii pod względem anty- i aseptyki, nadto nie posiada wcale czapeczek ochronnych, tylko różne ramiona, które z łatwością dają się dostosować do wspólnej rękojeści. Najcieńsze końce pozwalają przyrząd ten zastosować także do celów ginekologicznych. Dodatnia strona tego nowego rozszerzacza polega jeszcze na tem, że można go w każdej chwili podczas zabiegu łatwo i szybko wyjąć, nawet przy zupełnie otwartych ramionach; przy dotychczasowych zaś trzeba ramiona przed wyjęciem zamknąć. U ciężarnych narzędzie to powinno się stosować tylko w następstwie ścisłego wskazania, natomiast u rodzących zawsze, jeżeli tylko część pochwowa jest zupełnie zatarta. Z początku należy kręcić śrubą bardzo powoli, dopóki się nie przekonamy o stopniu odporności i elastyczności szyjki; to też zupełne rozszerzenie ujścia powinno trwać przeciętnie godzinę. Przy okazaniu się krwotoku, choćby najmniejszego należy narzędzie to natychmiast wyjąć. Po dostatecznem rozszerzeniu ujścia można albo czekać na dobrowolny poród, albo ukończyć go sztucznie, przyczem naturalnie tylko kleszcze wchodziłyby w rachubę. Sam rozszerzacz najlepiej wprowadzić pod kontrolą wzroku w ten sposób, że odsłoniwszy sobie część pochwową we wzierniku łyżkowym, zaczepiamy kulaciąg o jej przednią wargę. Autor użył go dotąd w kilku przypadkach i był bardzo zadowolniony i mimo, że ostatnie, a zarazem i rozstrzygające zdanie w tej sprawie, należy się klinikom, rokuje jednak już na podstawie tych kilku przypadków swemu rozszerzaczowi wielką i stałą przyszłość, jako narzędziu, które zawsze spełni swoje zadanie bez bolu i niebezpieczeństwa dla rodzącej. Kto wie, czy i chorobliwość w połogu nie zmniejszy się, gdyż poród nie będzie trwał tak długo, a nadto powoli będzie się poród uważało za zabieg chirurgiczny, który będą wykonywali tylko specyaliści, obznajomieni z anty- i aseptyką. Nie bez znaczenia będzie fakt, że kobiety znacznie szybciej wrócą do sił, jeżeli nie będą tak wyczerpane długotrwałymi i męczącymi bólami. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Z. Auerbach. **Ból głowy guzkowy czyli modzelowaty.** (*Knötchen- o. Schwielenkopfschmerz*) **i jego leczenie wraz z uwagami o odróżnianiu bolu głowy różnego pochodzenia.** (*Volkmanna klin. Vortr.*, 1903, Nr. 361). W uporczywym bolu głowy należy zbadać cały ustrój. Przedewszystkiem trzeba myśleć o guzie mózgowym (badanie wziernikiem ocznym), miażdżycy tętnic mózgowych, przydarzającej się nierzadko już w średnim wieku; dalej o kiło mózgowej i kiłowem zapaleniu okostnej czaszki, jeżeli ból w nocy się wzmaga. Nie należy też zapomnieć o możliwości rzadszej krwotocznego zapalenia opony twardej. Następnie trzeba uwzględnić wady refrakcyi i inne choroby oczne; choroby nosa i jego zatok bocznych, wreszcie i choroby uszne. Jednostronny ból skroniowy bardzo często łączy się z chorobami zębów. Z ogólnych chorób należy pamiętać o przewlekłem zapaleniu nerek (mocznica), o cukrzycy i niedokrwendości. Często bóle głowy są następstwem chorób żołądka i jelit. Nie rzadko też chorzy gorączkujący oskarżają się ból głowy. Od tych objawowych bolów głowy należy odróżnić: 1) nerwobóle głowy; 2) ból głowy neurasteniczny i ze zmęczenia; 3) ból głowy macinniczy; 4) ból głowy migrenowy; 5) ból głowy guzkowy lub modzelowy. Ten jest mało znanym. Zwykle jestto ból długotrwały, gwałtowny, nadzwyczaj męczący, umiejscowia się w głowie, a rozpoczyna się prawie bez wyjątku w tyłogłowiu i karku, często rozpromienia ku plecom i barkom; nie ustaje także w nocy, nawet może się jeszcze wzmagać; bardzo rzadko łączy się z nudnościami i wymiotami. Częste zaziębienia (mycie głowy) odgrywają ważną rolę przyczyny wywołującej. W tkance łącznej podskórnej głowy, w rozścięgnie potylicy i karku znajdujemy guzki wielkości prosa do wielkości soczewicy, bardzo bolesne i to już przy lekkim ucisku. Prócz tego stwierdzamy w różnych miejscach głowy, szyi, karku stwardnienia modzelowate, już to płaskie, już to wyniosłe, bardzo tkliwe na ucisk. W rozpoznaniu należy brać w rachubę: początek w późniejszym wieku, nigdy w dzieciństwie, czasem tylko w młodości; prawie regularnie punkt wyjścia bolów w tyłogłowiu, prawie nigdy w czole lub skroni; stwierdzenie zaziębienia, od czasu do czasu pogorszenia, niezależne od umysłowego przepracowania itp.; utrzymywanie się bolu bez zupełnie wolnych przerw, nadzwyczaj rzadko jednostronność jego, brak dziedziczności, wymiotów itp., wykazanie guzków i modzeli. Rokowanie dosyć pomyślne, o ile stosuje się odpowiednie leczenie, którem jest miętsienie. Po pierwszych posiedzeniach, często bardzo bolesnych, następuje znaczne pogorszenie, na co trzeba zwrócić uwagę chorych we właściwym czasie. W tym okresie podaje się leki przeciwnerwobólowe i narkotyczne. Chory musi unikać sposobności do zaziębienia się, napojów wyskokowych, a pamiętać o uregulowaniu stolca; spać ma na podwyższeniu, głowę myć tylko płynami wyskokowymi; dokładnie osuszać włosy przed wyjściem. Miętsienie stosować codziennie aż do wystąpienia wyraźnego polepszenia, poczem co drugi dzień. Trwanie posiedzenia 15 do 20 minut. Zwyczajnie stwierdza się poprawę po trzeciem tygodniu. Całe leczenie przy codziennem miętsieniu trwa 2—3 miesiące. Autor opisuje szczegółowo sposób miętsienia i kończy podaniem kazuistyki. *Baschkopf.*

Usow. **Kliniczne znaczenie kryoskopii moczu w wypocinowem zapaleniu opłucnej.** (*Miedicinskoje Obozrenije*, 1903, Nr. 20). Prof. Korányi, jak wiadomo, przypisuje kryoskopii moczu bardzo ważne znaczenie w zapaleniu opłucnej, mianowicie: w razie gromadzenia się wypociny równoznacznik $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ podnosi się; przy wsysaniu się jej — obniża się, wreszcie, jeśli wypocina pozostaje na jednym stopniu, równoznacznik nie ulega zmianie. Zachowanie się takie tłómaczy Korányi tem, że wysięk przedstawia przeszkodę dla pracy serca i wskutek tego wywołuje mniej szybkie przechodzenie moczu w kanalikach nerkowych; okoliczność ta sprowadza spotęgowane wchłanianie się wody i chlorków do krwi i większe zagęszczenie moczu przetworami, nie zawierającymi chlorków. Autor podjął się sprawdzenia teoryi Korányego na 5 chorych w propedeutycznej klinice w Moskwie. Okazało się, że wskazany przez Korányego związek między równoznacznikiem $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ i stanem wypociny spostrzega się niezawsze, wysokość równoznacznika waha się w zależności od kilku czynników, przedewszystkiem od gorączkowego nasilenia ciepłoty i zwiększenia dobowej ilości moczu. Wzmożenie dobowej ilości moczu sprzyja obniżeniu wysokości równoznacznika niezależnie od przyczyny tego wzmożenia; przeciwnie, stan gorączkowy podnosi wysokość równoznacznika, wskutek wzmożonego wydzielania podczas gorączki przetworów, nie zawierających chlorków, jak również wskutek zatrzymania w niektórych przypadkach chlorków w ustroju. *Witold Orłowski* (Ptbg).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Zawiesiny kreozotalowe. Aptekarz Georgi podaje w *Pharmac. Ztg*, Nr. 74, 1903 następujące 2 przepisy do przyrządzania trwałych i w smaku przyjemnych zawiesin kreozotalowych.

I. Rp. Traganth.
Gummi arab. pulv. aa 3·0
Ol. amygd. dulc. 50·0
Creosotal »Heyden« 20·0
Glycerin 27·0
Aq. dest. 35·0
f. emulsio, adde
Ol. aromatic. gtt. 30
$^1/_2$% Sol. Saccharini gtt 20
Cognat 20·0
Aq. dest. ad 200·0

II. Rp. Traganth.
Gum. arab. aa 2·0
Creosotal »Heyden« 20·0
Aq. dest. 12·0
f. emulsio, adde
Ol. aromatic gtt. 30
$^1/_2$% Sol. Saccharini gtt 20
Aq. dest. 12·0

Oba przepisy przedstawiają tę zaletę, iż dodawać można roczyny wyskokowe, tynktury lub, jak w przepisie I, kognak aż do 20 prc., następnie roczyny solne, nie potrzebując obawiać się wydzielania się kreozotalu. Przepisy te umożliwiają też przygotowanie zawiesin z jeszcze większą ilością kreozotalu. Osoby, które nie chciały już brać czystego kreozotalu, zażywały chętnie zawiesiny kreozotalowe według powyższych przepisów. *Baschkopf.*

Leczenie zapalenia naczyń chłonnych i róży zapomocą asterolu w 5 prc. roczynie oddało bardzo dobre usługi w berlińskiej poliklinice prof. Schülera. Okłady z tego przetworu

pozostawiano 24 godzin, poczem stwierdzano wyraźne zblednięcie zajętej skóry i ustępowanie obrzmienia, a w krótkim czasie i całej sprawy chorobowej. Zdolność asterolu przenikania skóry i wnikania głęboko do tkanek należy przypisać nietylko zawartości w nim rtęci, lecz po części i połączeniu siarko-fenylowemu. Asterol (połączenie siarki i fenylu z rtęcią), jest proszkiem bezwonnym, silnie odkażającym, rozpuszczającym się łatwo w wodzie, a przed sublimatem posiada tę wyższość, iż białka nie strąca, więc nie niszczy tkanek zwierzęcych. Przez skórę, jak się zdaje, działa na zajęte zapaleniem tkanki, a może nawet też i na drobnoustroje, znajdujące się w tkance skórnej. (*Neue Therapie*, Nr. 6, 1903).

Baschkopf.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 16 marca 1904 r.

Przewodniczy kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 20.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Uchwalono jednogłośnie wniosek Komitetu w sprawie wręczenia kol. Gwiazdomorskiemu adresu uznania za jego dotychczasową znakomitą działalność dla Towarzystwa.

III. Kol. Bier wygłosił zapowiedziany odczyt: »Zasady oświetlania szkół i higieniczne metody fotometryi«. Prelegent ograniczył temat, wykreślając ze swego wykładu sprawę oświetlenia sztucznego, jako przedmiotu odrębnego. Omawiając zasadę oświetlenia sal szkolnych światłem dziennem ogólnie u nas stosowaną, polegającą na zachowaniu pewnego stosunku powierzchni okien do powierzchni podłogi, wykazał braki tej zasady na przykładach, nierzadkich w miastach większych i szkołach nowszych. Zasada ta, stosowana w szkołach, położonych przy ulicach, których domy co do wysokości równają się szerokości ulicy, nie jest wystarczającą, szczególnie dla klas parterowych i na 1-szem piętrze. Jako zasadę oświetlenia szkół należałoby raczej przyjąć za komisyą francuską, by z każdego miejsca w klasie widocznym był rąbek nieba. Wielkość tej przestrzeni nieba widzialnej określić można według Förstera kątem, utworzonym z miejsca badanego przez promienie przebiegające koło górnej krawędzi okna i szczytu domu naprzeciw położonego; wynosić on winien najmniej 5°. Oświetlenie miejsca zależy prócz tego i od kąta, pod jakim promienie z nieba nań padają; kąt ten nie powinien być mniejszym od 27°. Przestrzegając tych zasad obok zachowania stosunku powierzchni podłogi do okien można szkołom, warsztatom i biurom zapewnić ilość światła potrzebną do pracy delikatniejszej. Przechodząc do metod badania o ile miejsca do pracy są dostatecznie oświetlone, objaśnił prelegent na odnośnych przyrządach budowę fotometru Webera, Wingena, kątomierza przestrzeniowego Webera, przyrządu Cohna i metodę fotograficzną, oraz zasady, któremi posługuje się higiena przy określaniu *minimum* oświetlenia z zastosowaniem odnośnych metod. W końcowym ustępie wykładu przedstawił prelegent wyniki badań, podjętych przez siebie w 2 krakowskich szkołach średnich, zapowiadając dalsze badania na odpowiedniejszą do badań porę jesienną i zimową.

Kol. prof. Wicherkiewicz zwraca uwagę na ogłoszoną w ostatnich czasach metodę fotometryi Rużiczki-Andersena.

Kol. doc. Majewski: Kol. prelegent wspomniał, że przy użyciu przyrządu Webera oznacza się natężenie światła przepuszczonego przez szkło czerwone, względnie zielone, a uzyskane liczby mnoży się przez stały współczynnik, aby uzyskać wartość dla światła białego. Otóż ze względu, że fotometr Webera uchodzi za przyrząd bardzo dokładny, nie od rzeczy jest zwrócić uwagę, że ilościowy stosunek promieni czerwonych widma do reszty promieni podlega w różnych porach dnia bardzo znacznym wahaniom, a o zmroku astronomicznym znikają one zupełnie. Tym brakiem promieni czerwonych w świetle zmroku tłómaczy Noiszewski znane zjawisko Purkinjego, polegające na tem, że w tej porze wszystkie przedmioty czerwone przybierają kolor czarny. Bądź co bądź różnice ilościowe promieni czerwonych we widmie słonecznem mogą wpływać ujemnie na dokładność wyników, uzyskanych za pomocą fotometru Webera (*Streszczenia własne*).

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Piąte posiedzenie dnia 30—X (12—XI) 1903 roku.

Obecnych członków 21, gości 2.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego ogólnego zebrania udziela prezes dr. Strawiński głosu prof. dr. Ziemackiemu, który wygłasza rzecz pod tyt.: »W sprawie przyczyn nawrotów zapaleń wyrostka robaczkowego«. Prelegent wygłasza swe spostrzeżenia, dotyczące zapalenia wyrostka robaczkowego, znanego pod nazwą *epityphlitis recurrens*. Już oddawna zauważył prelegent, że każdy nawrót tej choroby przebiega u tegoż osobnika zadziwiająco jednakowo i to do tego stopnia, że chorzy inteligentni często nieomylnie wnioskują z początkowych objawów o natężeniu napadu. Zdarza się również, że nawrót ma przebieg niejednakowy: śmiało rzec można, że jak niema 2 przepuklin o jednakowym przebiegu, tak niema zarówno dwóch osobników, u których nawroty zapalenia wyrostka robaczkowego byłyby zupełnie podobne do siebie. Sekcya patologiczno-anatomiczna nie wyjaśnia przyczyny podobnego stanu rzeczy: wykazuje ona jedynie ogólne gnilne zapalenie otrzewnej, którego punkt wyjścia stanowił wyrostek robaczkowy — i nic więcej. Dopiero wczesna operacya, więc *autopsia in vivo* wyjaśnia prelegentowi przyczynę nawrotów tej choroby, a zarówno przyczynę niejednakowego przebiegu jej u różnych chorych, a jednostajnego u tegoż osobnika.

Pierwszy przypadek dotyczył chorej, w wieku lat 32, która uczuła silne bole w prawej okolicy biodrowej; w ciągu następnych 2 lat napady bolów powtórzyły się 4 razy. Wszystkie nawroty zdradzały się bolami w okolicy jelita ślepego i wątroby, rozdęciem brzucha, czkawką, odbijaniem; po napadach zostawała skłonność do zatwardzenia. Lekarze, których porady zasięgała chora, rozpoznawali bądź macicznictwo, bądź nieżyt żołądka lub jelit, bądź też skazę moczanową, cierpienie nerkowe i t. d. Przy badaniu chorej udało się prelegentowi pomimo grubych powłok brzusznych wyczuć w okolicy jelita ślepego naciek wielkości orzecha laskowego i wykazać bolesność przy nacisku w punkcie Mac-Burneya; badanie przez pochwę wykazało silną bolesność około prawej trąbki i jajnika. Prelegent zaproponował chorej operacyę. Okazało się, że położenie wyrostka było prawidłowem, lecz u samej jego podstawy było zwężenie obrączkowe, poniżej którego wyrostek przedstawiał się zgrubiałym, rozciągniętym i znacznie przekrwionym; w wyrostku okazały się dwa kamyki kałowe wielkości grochu i odpowiednio do ich usadowienia, nadżerki błony śluzowej; kamyki nie mogły wystąpić przez zwężony otwór. Błona śluzowa wykazywała pod drobnowidem wyraźne zmiany zapalne. Chora wyzdrowiała zupełnie.

Drugi przypadek dotyczył studenta, lat 22 liczącego, który na 5 lat przed operacyą uczuł nagle ból w okolicy jelita ślepego ze znacznem podniesieniem ciepłoty; napad trwał 2 tygodnie. W następnych latach chory przebył jeszcze kilka napadów, którym towarzyszyły silne bóle, wzdęcie brzucha i wysoka gorączka; w przerwach między napadami chory cierpiał na zaparcie stolca. Przy badaniu prelegent znalazł jedynie bolesność w punkcie Mac-Burneya, jakkolwiek żadnego obrzmienia wykryć nie mógł. Wobec stanowczej prośby chorego prelegent wykonał operacyę. Wyrostek robaczkowy okazał się nadzwyczaj długim, przeszło 12 ctm.; miał dużą krezkę, wskutek czego był bardzo ruchomy; obwodowy jego koniec był buławkowato zgrubiały i mocno przekrwiony; zwężeń nie stwierdzono. Badanie drobnowidowe wykazało zapalenie wyrostka robaczkowego. Chory więcej nawrotów nie doznał. Powtarzanie się nawrotów w tym przypadku prelegent tłómaczy w ten sposób, że wyrostek łatwo załamywał się pod prostym lub nawet ostrym kątem wskutek swojej nadzwyczajnej ruchomości i wielkości, co sprowadziło zatrzymanie stolca i rozkład treści w zagiętej części odśrodkowej. Istotnie wszystkie napady kończyły się oddaniem wielkiej ilości gazów.

Trzeci przypadek dotyczy kadeta, liczącego lat 17. Na 3 lata przed operacyą uczuł on silny ból w okolicy jelita ślepego, który trwał 3 tygodnie. Po upływie miesiąca bole wróciły z taką samą siłą. W pierwszym roku miał chory 3 napady, w drugim 5, w ostatnim — co kilka dni. Ponieważ badanie nic nie wykrywało, traktowano chorego jako udawacza. Przy badaniu prelegent znalazł jedynie bolesność, ściśle ograniczoną do punktu Mac-Burneya. Podczas operacyi zaraz po rozcięciu otrzewnej ukazał się w ranie wyrostek robaczkowy, nie zaś sieć; był podniesiony ku górze, miał u podstawy obrączkowe zwężenie i zawierał koprolit wielkości pestki daktylowej. Chory wyzdrowiał. Oczywiście w tym przypadku dzięki nieprawidłowemu położeniu wyrostka i zwężeniu jego światła utworzyły się w nim zatrzymanie stolca i ciągłe gnicie, które było przyczyną nawrotów.

Czwarty przypadek dotyczył również kadeta, liczącego lat 17, który miał kilka napadów bardzo ostrego bolu w okolicy jelita ślepego. Chory uchodził również za udawacza, ponieważ badanie nie wykrywało żadnych zboczeń. Prelegent nie znalazł także żadnych nieprawidłowośc przedmiotowych, postanowił jednak wykonać operacyę. Wyrostek oka

cał się długim względnie do wieku chorego, silnie zgrubiałym i skręconym prawie o 180° niedaleko od jelita ślepego; światło jego w miejscu zagięcia było zupełnie niedrożne; jama części obwodowej była przepełnioną gnijącym kałem i ropą; błona śluzowa uległa nadżerkom i gnilnemu zapaleniu. Skręcenie wyrostka było spowodowanem zmianami w jego krezce, która przedstawiała zbliznowacenie. Chory obecnie zdrów.

Piąty przypadek dotyczy inżyniera, liczącego lat 26. Na 5 lat przed operacyą chory przebył ostre zapalenie jelit, następnie ulegał zaparciu stolca, które wymagało użycia wielu środków rozwalniających w dużych dawkach. Na rok przed operacyą wystąpiły bole w okolicy jelita ślepego, którym towarzyszyło wzdęcie brzucha, wymioty i gorączka. Wszystkich nawrotów miał 3. Prelegent znalazł nieokreślony obrzęk w okolicy jelita ślepego i wyraźną bolesność punktu Mac-Burneya. Wyrostek okazał się nawpół przegiętym i w miejscu zagiecia zwężonym w znacznej mierze. Drobnowid wykazał znaczne zmiany w wyrostku, zwłaszcza w odśrodkowej jego części, której nabłonek został zupełnie złuszczonym. Chory wyzdrowiał. W tym przypadku nawroty powstawały również wskutek zamknięcia światła i spraw gnilnych w obwodowej jego części.

W następnych przytoczonych przez prelegenta przypadkach operacya wykazywała również zagięcia wyrostka, zwężenia lub nawet zatkanie jego światła. Na mocy tych spostrzeżeń prelegent wnioskuje, że napady zapalenia wyrostka robaczkowego mogą być wywołane nader licznemi przyczynami o cechach mechanicznych, jak n. p. zwężeniem jego światła, skręceniem, przegięciem i t. d. Nic więc dziwnego, że każdy przypadek wyróżnia się innemi zmianami anatomicznemi i odrębnym przebiegiem klinicznym i że u każdego osobnika nawroty przebiegają jednakowo wobec jednostajnej przyczyny podstawowej. Przyczyna ta może być wykrytą tylko podczas operacyi wczesnej, nie zaś podczas sekcyi, gdy widzimy przed sobą gnilne zapalenie otrzewnej i podziurawiony wyrostek. Na podstawie tych spostrzeżeń prelegent tworzy teoryę powstawania zapalenia wyrostka robaczkowego, bliską teoryi Dieulafoya. Według niego wskutek zmian anatomicznych u podstawy wyrostka lub na jego przestrzeni powstają niby zastawki, które pozwalają wchodzić treści jelit do wyrostka, lecz nie dają możności następnego wyjścia jej z wyrostka; wyrostek rozciąga się, powstaje w nim zastój kału i sprawy gnilne, w których następstwie rozwija się zapalenie. Odczyt ilustrował prelegent okazami anatomicznymi.

Dyskusya: Doc. W. Orłowski podkreśla badania, które wykazały, że rozwój i jadowitość drobnoustrojów potęgują się w znacznym stopniu, jeśli wprowadzimy hodowle ich do ustroju w woreczkach celoidynowych Nocarda. Podobne warunki przedstawia w tych razach i wyrostek, gdy drożność jego zostaje przerwana przez zatkanie śluzem, kamykiem kałowym, lub wskutek załamania wyrostka i t. d. W tych warunkach drobnoustroje, znajdujące się zawsze w wyrostku, mogą stać się chorobotwórczymi i wywołać zapalenie wyrostka o różnem natężeniu. — W odpowiedzi prof. Dr. Ziemacki utrzymuje, że w każdym razie największą rolę w powstawaniu zapalenia odgrywa utworzenie zastawki, po za którą szerzą się sprawy gnilne; na dowód przytacza swe spostrzeżenia, dotyczące przerywania napadu w początku choroby przez odpowiednie ułożenie chorego; tego sposobu używał u chorych, którzy nie zgadzali się na operacyę. — Dr. Strawiński zapytuje prelegenta, czy poddawano badaniu koprolity, czy wreszcie prelegent nie znajdował w nich ziarnek ze spożytych jagód? — Prof. Dr. Ziemacki: koprolity składały się z kału, zmięszanego z ropą i śluzem; podczas przechowywania koprolity zwykle wysychają, kurczą się i kruszą; ciała obcego nigdy nie znajdował. — Dr. Syliwanowicz: Co należy rozumieć przez »wczesną operacyę« i kiedy trzeba ją wykonywać? — Prof. Ziemacki: Po pierwszym napadzie chorzy nie zgadzają się zwykle na operacyę; zabieg operacyjny jest wskazany wtenczas, gdy napady powtarzają się w krótkich odstępach czasu. — Dr. Łukawski zapytuje prelegenta o zdanie w tych przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, w których po 2—3 napadach następuje wyzdrowienie. — Prof. Dr. Ziemacki stwierdza, że podobne przypadki zdarzają się dość często, o czem miał możność przekonać się jeszcze niedawno, będąc w Essentukach; wytłómaczyć ich nie łatwo. — Zdaniem doc. W. Orłowskiego przypadki te, które również spostrzegał przeważnie w Essentukach, mogą być wytłómaczone na podstawie zapatrywania, przed chwilą wypowiedzianego przez niego, mianowicie, że niedrożność przewodu wyrostka może być spowodowaną nie tylko zmianami anatomicznemi, nieusuwalnemi bez operacyi, jak to ma miejsce w przypadkach prelegenta, lecz i przez zatkanie śluzem lub innemi ciałami, które z czasem może ustąpić. — Dr. Piotrowicz, powołując się na Miecznikowa, zapytuje prelegenta, czy zwracał uwagę na obecność w koprolitach szczeciny z szczoteczek do zębów? — Prof. Dr. Ziemacki odpowiada przecząco, przytacza przypadek z piśmiennictwa, w którym znaleziono w treści wyrostka emalię i wreszcie zaznacza, że zapalenie wyrostka robaczkowego zdarza się często u osób, nie czyszczących wcale zębów szczoteczką. — Dr. Syliwanowicz: Czy nie jest możebne wytłómaczenie wyzdrowienia po kilku napadach choroby rozwojem tkanki łącznej i zarośnięciem jamy wyrostka? — Prof. Dr. Ziemacki odpowiada twierdząco i przytacza jeden ze swoich przypadków, zakończony podobnem zejściem. Dotyczył on chorego, które przebył bardzo ciężkie zapalenie wyrostka z gnilnem zapaleniem otrzewnej w ostatnim napadzie. Gdy chory wyzdrowiał z tak groźnej sprawy, prelegent wykonał operacyę, podczas której okazało się, że wyrostek został zniszczony do tego stopnia, że było niemożliwem go rozpoznać; był on pochłonięty przez duży guz z tkanki łącznej. — Doc. W. Orłowski zaznacza, że jakkolwiek podobne zejście zapalenia wyrostka jest możliwe, należy ono jednak do bardzo rzadkich; statystyka Sudsuki, oparta na badaniu 500 trupów i niedawno ogłoszona praca Rostowcewa wykazują, że zarośnięcie przewodu wyrostka w młodym wieku zdarza się nieczęsto; występuje ono przeważnie w wieku podeszłym, lecz jest niezależnem od zapalenia wyrostka. Wyzdrowienie z zapalenia wyrostka bez operacyi może być wytłómaczone w ten sposób, że śluz lub kamyk, zatykający światło wyrostka, zostaje wreszcie wydalony, na podobieństwo tego, jak to bywa z kamykami żółciowymi. — Dr. A. Karnicki uważa nazwę *epityphlitis recurrens* za niewłaściwą, ponieważ w niej słowo greckie jest połączonem z słowem łacińskiem. — Prof. Dr. Ziemacki: Utarło się tworzenie nazwy choroby ze słów greckich, nie zaś łacińskich; więc nazwa *appendicitis* jest barbaryzmem; słuszniejszą jest nazwa *epityphlitis* od słowa ἐπιτύφλον, co znaczy wyrostek.

Prezes Dr. Strawiński zaznacza, że zajmujący odczyt prelegenta wywołał żywą wymianę myśli, wyraża mu w imieniu Koła podziękowanie i zamyka posiedzenie naukowe.

Po przerwie 10-minutowej rozpoczęło się posiedzenie administracyjne. *Witold Orłowski.*

VII. Urządzenia higieniczne w zdrojowiskach i uzdrowiskach Galicyi.

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

W urządzeniach higienicznych dwie sprawy mają dominujące znaczenie, mianowicie dostarczanie dobrej wody do picia, oraz usuwanie nieczystości. Doniosłość pierwszej sprawy — wodociągi — znaną już była przed tysiącami lat, a starożytne *aquaeducti*, to były arcydzieła sztuki inżynierskiej. Sprawa ta potem na długie wieki średniowiecza zasypia i budzi się z epoką nowego rozwoju cywilizacyi. Wznawia się potrzeba zaopatrywania miast w dobrą wodę i budowa wodociągów znowu wchodzi w życie, ale nie z tym przepychem, jak u Rzymian —, jeno skromnie, a odpowiednio celowi. Tak też było i u nas. — Potem znowu w okresach walk i pożóg niszczeją te urządzenia, zapomina się o ich użyteczności i dopiero w ostatnich dziesiątkach lat odżyła na nowo i kwestya wodociągowa coraz szersze zatacza kręgi, jako podstawa do zmniejszenia chorobowości, a przedłużenia przeciętnej długości życia ludzkiego.

Skoro w zdrojowiskach i uzdrowiskach warunki higieniczne nie powinny być traktowane jako przeciętne, istniejące w zwykłym sposobie życia, zwłaszcza w miastach, ale powinny być doskonałe, lepsze, niż w miejscu stałego pobytu pacyentów, a tem samem występować jako środki lecznicze, przeto i urządzenia ku stwarzaniu tych warunków i ich utrzymanie w stanie doskonałym muszą się wysuwać ponad wszystkie inne sprawy.

Budowa wodociągów jest bądź co bądź kosztowną, a nasze zdrojowiska i uzdrowiska są co do sił finansowych rozmaite, dlatego nie można brać rzeczy ryczałtowo, — ale należałoby zbadać każdą miejscowość z osobna i wyszukać sposobu, w jaki w każdej miejscowości rozwiązać to ważne zadanie, aby chorzy, udający się po zdrowie, znaleźli tam wodę pewną i dobrą i w odpowiedniej ilości, żeby z powodu niej zdrowie osób, przybywających na leczenie, nie było narażone na niebezpieczeństwo. Wodociągi posiada u nas Rabka, Iwonicz, tylko częściowo Krynica, a w Zakopanem budowa ich dopiero wychodzi ze sfery projektów, a zbliża się do rozwiązania. Co do Krynicy, to już na innem miejscu podniosłem, że sprawa wodociągowa powinna tam być rozwiązaną gruntownie, nie przez utworzenie paru publicznych studzienek, ale przez przymusowe zaopatrywanie się wszystkich domów w wodę wodociągową. W Zakopanem znowu finansowo rozwija się sprawa wodociągów ciekawie: Wydział krajowy ma udzielić pożyczki 200.000 zlr. na wodociągi i kanalizacyę, którą to pożyczkę ma zagwarantować gmina. Tymczasem budowa wodociągów pochłonie całą tę sumę, a kanalizacya musiała spaść na razie z porządku dziennego. Ale dochody gminy wynoszą 11.000 zlr., gdy 4% od pożyczki wodociągowej wynosi 8.000 zlr., zatem 3.000 zlr. pozostaje na spłacenie kapitału, oraz na prowadzenie całego i dużego gospodarstwa gminnego. *Audaces fortuna juvat*: — zacząć trzeba było koniecznie, a potem? „jakoś to tam będzie!“

Przy rozwiązywaniu kwestyi zaopatrzenia zdrojowisk i uzdrowisk w dobrą wodę zachodzić mogą tylko trudności pieniężne, gdyż w miejscowościach tych, przeważnie leżących w górach, woda się znajduje w bliższem lub dalszem oddaleniu. Ale o wiele więcej trudności nasuwa druga sprawa — usuwanie nieczystości, — bo bezwzględnie doskonałych systemów jeszcze nie posiadamy, każdy ma swoje *za* i *przeciw*.

W zdrojowiskach sprawa ta jest jeszcze tem trudniejszą, że jej rozwiązanie i prowadzenie nie opiera się na stosunkach całorocznych, ale sezonowych, a przytem wiele zależy od stosunków i warunków miejscowych; dlatego ogólnie można tyle tylko powiedzieć, że w naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach, prócz może Rabki i Iwonicza, sprawa usuwania nieczystości jest bardzo naglącą, a wybór sposobu jej rozwiązania wiele zależy od warunków miejscowych.

Dr. Bier wraz z inżynierem Horoszkiewiczem opracowali, w jaki sposób można usuwać nieczystości w Zakopanem. Jestto praca wielostronna; omówiono każdy system z osobna i podano kosztorysy. W Krynicy warunki są zupełnie inne. Przedewszystkiem w Zakopanem długość wszystkich kanałów do odprowadzania nieczystości przedstawia się w poważnej liczbie 67140 m. bieżących, gdy zaś w Krynicy, nie wiem, czy byłaby potrzebna jedna dziesiąta część tej długości. Gdyby przeprowadzono wodociągi takie, iżby wszystkie domy były zmuszone z nimi się połączyć, to dla samej Krynicy, jako zdrojowiska, najlepszym byłby system kanalizacyi spławnej pełnej. Nie sądzę jednak, aby to było możliwe ze względu na mieszkańców wsi poniżej leżących. Wobec tego dla Krynicy jest potrzebną kanalizacya taka, którąby odprowadzała wody zanieczyszczone, wody z kuchni, pralni, z mycia i t. p., wolne od składników stałych, a ta nie przedstawia się ani zbyt kosztowną, a da się łatwo przeprowadzić pod korytem Kryniczanki po za zdrojowisko.

Gdyby jednak przeprowadzono wodociągi i przeprowadzono regulacyę Kryniczanki, której w różnych petycyach domagano się od dwudziestu kilku lat, to taka kanalizacya dla wód zanieczyszczonych, ale starannie przesączonych, byłaby jeszcze łatwiejszą, odprowadzając takową kanałami, czy to od pojedynczych, czy to od kilku domów bezpośrednio do środka strumienia, a w takim razie należałoby w te kanały ująć także wody opadowe.

Usuwanie odchodów ludzkich systemem dołowym dla Krynicy uważam za nieodpowiednie, raz dlatego, że wiele domów i to dużych jest dla beczek i dla przyrządów Tallarda zupełnie niedostępnych i że opróżnianie takich dołów w czasie sezonu rozszerza woń bardzo niemiłą; zatem trzebaby te doły zrobić tak duże, iżby pomieściły odchody z całego sezonu. Nie mogę sobie wyobrazić sposobu, którymby można zabezpieczyć się na pewne od tak wstrętnych wyziewów, szerzących się z olbrzymich zbiorników gnijących odchodów, które zwłaszcza w domach drewnianych przeciskać się będą wszystkiemi szczelinami. System dołowy w Krynicy taki, aby przez cały sezon goście nie byli narażeni na woń przy opróżnianiu dołów, przedstawia mi się tak, jakby Krynica stała przy końcu sezonu na olbrzymiej petardzie, obejmującej przeszło pół miliona litrów zgnilizny.

Gdyby mimo wszystko postanowiono system dołowy dla zdrojowiska Krynicy, to jeszcze stanowczo z pod tego systemu należy wyłączyć, jak również z pod systemu kanalizacyi właściwej, znaczną część terenu obszaru dworskiego, gdyż najmniejsza wadliwość czy przy budowie, czy też wystąpić mogąca później z przyczyn przewidzieć się nie dających, grozi wielkiem niebezpieczeństwem zdrojom, tym potężnym lekom, tym podstawom całego zdrojowiska, które godzi się za każdą cenę otoczyć najwyższą bacznością, przezornością i pieczołowitością i za każdą cenę nie należy zamykać oczów na niebezpieczeństwo, nie należy chować go pod ziemię, ale na nie patrzeć, ale je szybko i starannie usuwać.

System beczkowy zwany „heidelberskim“ uważam dla Krynicy za najodpowiedniejszy. Dodatnich stron ten system posiada wiele, a dla zdrojowisk i uzdrowisk najważniejszem jest to, iż złe usuwa się możliwie jak najszybciej. Najważniejszą zaś stroną ujemną tego systemu ma być ta okoliczność, że łatwiej zakazić się mogą ludzie, mający z treścią beczek do czynienia, gdyż treść świeża ma łatwiej zakażać, niż treść przegniła. Ale w zdrojowiskach i uzdrowiskach wogóle powinni być zakaźnie chorzy z domów mieszkalnych usuwani do domu izolacyjnego, a w tym domu treść beczek powinna być skutecznie odkażana. Przytem treść beczki ma być hermetycznie zamkniętą i z nią się służba stykać nie powinna, chyba przypadkowo przy myciu beczek.

Ten system wymaga jedynie doskonałej organizacyi służby wywozowej i ścisłej kontroli nad czystością tak beczek, jak i wycementowanego miejsca, gdzie beczki stoją.

Ten system tem się zaleca, że jednostki nie mogą ubocznemi drogami wprowadzać zła, nie może być dróg niedostrzegalnych, któremiby się zakażało grunt i psuło powietrze.

Dobrze zorganizowany system beczkowy — po wywiezieniu beczek łatwo i prędko uprzątnie resztę nieczystości

z domów, odpadki kuchenne, śmiecie, oraz szkło, żelaziwo i t. p.

Już dr. Bier w pracy o Zakopanem podniósł doniosłe znaczenie ekonomiczne odchodów ludzkich i odpadków. Tem więcej to jeszcze podnieść należy dla okolicy Krynicy, gdzie tysiące morgów gruntu uprawia się bez nawozu, gdyż go rolnicy z braku inwentarza żywego nie mają, a uprawia się grunt przeważnie powietrzem, t. j. ugorując co drugi rok. Tak skromny posiłek dla roli nie może wydać wyników i nie wydaje; ale wieśniacy, szanując tradycyę, pracują bezowocnie. Z drugiej strony wielu włościan dużo wydaje pieniędzy na zakupno sztucznych nawozów, zwłaszcza kości. Te jednak dają tam dodatnie wyniki jedynie dla koniczyny, gdy zboża są bardzo marne skutkiem braku nawozu. Jeżeli się uwzględni, że w najbliższej okolicy znajduje się kilka tartaków, gdzie trociny są bardzo tanie, że można mieć łatwo szpilki drzewne, oraz borowinę zużytą, to niewielkim nakładem można utworzyć wyrób doskonałego kompostu, który w niedługim przeciągu lat tę dziś nieurodzajną okolicę mógłby zupełnie przeistoczyć w okolicę bardzo urodzajną, a ludność, dzisiaj ubogą, uczynić dostatnią.

Krynica jako zdrojowisko zyskałaby na tem również, gdyż tam, gdzie dzisiaj są pustkowia, nieużytki w pobliżu domów, zamieniłoby się wszystko w ogrody, których obecnie niema głównie z powodu braku nawozu. Przed kilkunastu laty doświadczony rolnik, gdym mu powiedział, że zamierzam założyć ogród warzywny dla mego zakładu, stanowczo twierdził, że i klimat i gleba nie nadaje się ku temu. Tymczasem już w parę lat otrzymałem takie dodatnie wyniki, że za jarzyny z tego ogrodu w Krynicy na Wystawie warzywa w Krakowie w 1897 r. otrzymałem srebrny medal. Najcięższą miałem biedę z nawozem, którego kupić nie można, dlatego musiałem go zastępować kompostami, wyzyskując cały materyał nieczystości z domu.

To zło, które dzisiaj grozi Krynicy, jako zdrojowisku, ujęte w ręce umiejętne, a sprężyste, da się przeistoczyć w dobrobyt całej okolicy, a to tem łatwiej, że po przeprowadzonej komasacyi gruntów i system uprawy gruntów musi uledz zmianie, bo u ludu tradycya silnie zostanie zachwianą.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 28 kwietnia.

Z dniem 23 kwietnia administracyę »Przeglądu lekarskiego« objął profesor dr. Stanisław Ciechanowski (ul. Wielopole, 4); do niego więc należy się zgłaszać we wszystkich sprawach, dotyczących prenumeraty, odbitek, załączników, ogłoszeń, inseratów i t. d.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło: 1) d. 20 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem kol. doc. Łepkowski mówił: »O reinplantacyach, transplantacyach i inplantacyach zębów; 2) d. 27 bm. posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. doc. Moraczewski miał odczyt „O znaczeniu indykanu w moczu".

* Rada m. Krakowa przyjęła dar Dr. Wacława Lasockiego, ofiarowany na rzecz krakowskiego Muzeum Narodowego. Dar ten jest nadzwyczaj cennym księgozbiorem kilkunastu tysięcy dzieł, prawie wyłącznie poświęconych historyi polskiej, dalej — liczny zbiór rękopisów i kilka tysięcy rzadkich rycin, — przytem, w myśl warunków podanych przez Dr. Lasockiego, zobowiązała się Rada miejska utworzyć do d. 1 stycznia 1910 r. »publiczną bibliotekę przy Muzeum Narodowem«, której podstawą będzie ofiarowany księgozbiór Dr. Lasockiego.

Dr Wacław Lasocki jest wołynianinem, urodził się r. 1837 w Bisowcach powiatu ostrogskiego, gimnazyum odbył w Żytomierzu, a Wydział lekarski ukończył r. 1859 w Uniwersytecie kijowskim. Dnia 15 września 1863 r. zesłany do ciężkich robót w Ussolu (warzelnia soli) pod Irkuckiem, znosił ten los do r. 1868; następnie pięć lat trzymany był w Rosyi północnej, mianowicie w Galiczu gub. kostromskiej i w samem mieście Kostromie. W r. 1875 uzyskał pozwolenie na osiedlenie się w Królestwie Polskiem, był długi szereg lat lekarzem kolei nadwiślańskiej; obecnie zaś mieszka w Nałęczowie. Społeczność krakowska wyraziła Drowi Lasockiemu przez usta swej reprezentacyi miejskiej szczerą wdzięczność za hojny i cenny dar. Podziwiać trzeba wielką duszę ofiarodawcy, który, niezłamany ciosami losu, całe życie wypełnił gorącem pragnieniem służenia wzniosłej myśli i owoc swej pracy składa w darze narodowi, dając podstawę do założenia tak doniosłej instytucyi, jak publiczna biblioteka w Krakowie.

Dr. Lasocki skreślił swoje pamiętniki, które wyjdą po zgonie autora: zawierają one najpełniejsze źródło do dziejów polskich na Rusi w tej epoce, w której Dr. Lasocki żył i działał.

* Walne Zgromadzenie „Kasy chorych lekarzy we Lwowie" odbędzie się dnia 14 maja b. r. o godzinie 5 po południu w lokalu Izby lekarskiej lwowskiej (ul. Dominikańska, l. 11, na dole). Na porządku obrad między innemi zmiana statutu.

* Od Komitetu kursów wakacyjnych dla lekarzy dowiadujemy się, że w roku bieżącym kursa te nie odbędą się ze względu na ogólne położenie polityczne.

* Czeskie piśmiennictwo lekarskie wzbogacił nowy miesięcznik, wychodzący od 1 stycznia b. r. pod redakcyą Doc. dra Hačkoveca w Pradze p. t. «Revue v neurologii, psychiatrii, fisikálni a diaetetické therapii«. Adres redakcyi i administracyi: Praha. Perlová ul. č. 9.

* Między 5 a 18 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bobreckim (1 gm.), czortkowskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), jaworowskim (4 gm.), kolbuszowskim (2 gm.), mościskim (1 gm.), nadwórniańskim (1 gm.), przemyślańskim (3 gm.), przeworskim (3 gm.), rawskim (1 gm.), samborskim (1 gm.), skałackim (2 gm.), śniatyńskim (4 gm.), stanisławowskim (1 gm.), staro-samborskim (1 gm.), stryjskim (4 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), turczańskim (5 gm.), złoczowskim (1 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Profesorem pedyatryi w Odesie mianowany został Dr. Jakubowicz. Dr. Mitropolski mian. prof. nadzw. szczegółowej patologii i terapii. Mianowani w Gracu: Dr. Zoth profesorem zwycz. fizyologii i Doc. Pregl profesorem nadzw. fizyolog. chemii. Doc. Bail mian. profesorem nadzw. higieny w niemieckim Uniw. w Pradze. Dr. Clivio (położnictwo) i Dr. Albanese (farmakologia) mianowani profesorami w Pawii.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Adam Zarzecki, lat 64, zmarł w Moskwie.

* *Z wydziału Towarzystwa samopomocy lekarzy otrzymujemy następujące „Zawiadomienie":*

Wydział Towarzystwa samopomocy lekarzy zawiadamia wszystkich Kolegów, że Wysokie c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych reskryptem z d. 25 marca r. 1904, l. 11220 zezwoliło na przekształcenie stowarzyszenia: »Towarzystwo samopomocy lekarzy w W. ks. krakowskiem, Galicyi, na Śląsku i Bukowinie« z siedzibą w Krakowie według osnowy nowego statutu, uchwalonego przez nadzwyczajne Walne zgromadzenie Towarzystwa w dniu 1 listopada 1903 r., a następnie poprawionego przez zwyczajne Walne zgromadzenie d. 28 lutego 1904 r.

Wobec tego w miejsce dotychczasowego statutu, wszedł w życie z d. 10 kwietnia b. r. nowy statut, który odtąd obowiązuje członków Towarzystwa. Statut ten, którego projekt ogłoszono w Nrze 4 »Głosu lekarzy« z d. 15 lutego 1904, zostanie bezzwłocznie wydrukowany i rozesłany wszystkim członkom.

W myśl § 5 nowego statutu, mogą obecnie być zakładane »Reprezentacye Towarzystwa« w miastach Galicyi, Śląska i Bukowiny, w których mają siedzibę sądy obwodowe. Do utworzenia »Re-

prezentacyi« wymagana jest liczba członków, wynosząca przynajmniej $^2/_3$ liczby lekarzy, zamieszkałych w obwodzie (sądowym), dla Lwowa zaś przynajmniej 50 członków.

Członkowie, życzący sobie utworzenia takiej »Reprezentacyi« w zamieszkałym przez nich obwodzie, zechcą zawiadomić o tem centralny Wydział Towarzystwa w Krakowie, który, rozpatrzywszy, czy warunki odpowiadają statutowi, udzieli w danym razie zezwolenia.

Dr. Adam Langie generalny sekretarz. *Dr. Henryk Jordan* prezes.

Bibliografia:

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 4. Sterling: O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu. Fidler: O zaraźliwości trzeciorzędnych objawów przymiotu i o jego dziedziczeniu. Grodecki: Birsztany. Mazurkiewicz i Sochacki: Pierwszy rok zakładu dla umysłowo chorych w Kochanówce (dok.). Sonnenberg: O błędach lekarskich ze stanowiska nauki i w obliczu prawa (c. d.).

— *Postęp okulistyczny* (marzec — kwiecień). Wicherkiewicz: O wyrwaniu gałki w czasie porodu. Wicherkiewicz: O niektórych nieprawidłowościach przyrodzonych górnych dróg łzowych. Noiszewski: Znaczenie zmętnienia ciała szklistego przy oderwaniu siatkówki.

— *Medycyna* Nr. 16. Łapiński: Opocerebryna w padaczce. Dobrzycki: O racyonalnym składzie wód leczniczych i ich stosowaniu według systemu prof. W. Jaworskiego.

— *Gazeta lekarska* Nr. 16. Rzętkowski: Badania nad losem roztworów solnych w żołądku ludzkim. Dembiński: O możliwości uodpornienia królików przeciwko martwym prątkom gruźlicy. Landau: Przyczynek doświadczalny do nauki o zatruciu żółtaczkowem (dok.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 2. Bier: O asanacyi Zakopanego (c. d). Dr. Cz.: Rozwój i potrzeby Krynicy.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 2. Praschil: Rozwój Truskawca w świetle cyfr. Ozga: O wodach mineralnych wysowskich.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 16. Mareš: Energetická bilance živého těla. Krutina: Favus v Bosně a Hercegovině. Pelnář: Další dva případy jednostranné obrny břišních svalů. Pěvnickij: Ambulatorium pro léčeni pijákův a jeho význam v boji s alkoholismem (c. d.).

— *Liečnički Viestnik* Nr. 4. Herzog: Obturator kod uranoschizme i uspjesi u govoru. Spiller: Dvie tri „ladanjske" prakse.

— *La Presse médicale* N. 30. Lapersonne: Stowaina, nowy lek do znieczulania miejscowego. Gaucher: Kiłowe pochodzenie zapalenia wyrostka robaczkowego. Nattan-Larrier: Nowy sposób rozpoznawania zapomocą tuberkuliny.

Nr. 31. Dujarier i Lecène: Torbiele urazowe ręki. Martinet: Namok wyskokowy tojadu.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 16. Mitulescu: Przyczynek do badań z zakresu hematologii. Meyer: Przypadek wędrującej wątroby u człowieka. Sachs: Budowa tetanolizyn. Köhler: Kazuistyczne przyczynki 1) do etyologii tłuszczaków i 2) do leczenia swędzenia kwasami podług Leo. Deetjen: Wpływ jonów na istotę komórkową. Wolkow: Fizyologiczny pogląd na medycynę kliniczną (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 16. Hahn: Benzynowy wyciąg z krwi zwierząt prawidłowych i uodpornionych. Hippel: Nowe badania nad fizyologią i patologią objawu źreniczego. Marx i Ehrenroth: Niektore proste metody sądowo-lekarskiego rozróżnienia krwi ludzkiej od krwi zwierząt ssących. Groedel i Kisch: Wartość mierzenia parcia krwi zapomocą sfingmomanometru Riva-Rocci i skombinowanie jego z przyrządem dla kontroli. Galli: Ciepłota żołądka i jego wydzielanie u jednej kobiety z przetoką żołądkową. Asmus: W sprawie uciskowej opaski przy oderwaniu siatkówki. Klar: Urazowy torbielo-nabłoniak. Neu: Przyczynek do praktycznego znaczenia próby Valsalvy. Fries: Przyczynek kazuistyczny do sprawy zatrucia lysolem. Veith: Godny uwagi przypadek porodu na pełnem morzu. Georgii: Rękawiczki ochronne od duru. Seitz: O nowych narzędziach Liesego. Tapeiner: Czy działanie substancyi fluoryzujących polega na uczuleniu. Bruns: Zwalczanie czerwiwości (tęgoryjca) w Westfalii nadreńskiej (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 17. Kurschmann: Niezwykły przebieg i nagłe skony w durze brzusznym. Hoffmann: Badanie serca. Trendelenburg: O wynikach operacyjnych przy zapaleniu otrzewnej, powstałej w następstwie zapalenia wyrostka robaczkowego. Zweifel: O niebezpieczeństwach wstrzykiwań śródmacicznych. Klien. Trwały rytmiczny skurcz mięśni połykowych. Sattler: Zasady leczenia krótkiego wzroku. Barth: Wrzodliwe zapalenie ucha zewnętrznego. Rille: Przyczynek do poznania zmian w pochwie i części pochwowej. Soltmann: Choroby wieku dziecięcego i podstawy do ich leczenia. Tillmanns: Powstawanie wrodzonych guzów okolicy krzyżowej z szczególnem uwzględnieniem torbielowatej tarni dwudzielnej. Perthes: Doświadczenia nad wpływem promieni Röntgena i promieni radu na dzielenie się komórek. Kölliker: Zapobieganie i leczenie bocznego skrzywienia kręgosłupa po wypocinie opłucnowej, surowiczej i ropnej.

Redakcya otrzymała: Majkowski: W sprawie większego rozpowszechnienia naszych wód mineralnych i możności zastąpienia wód zagranicznych krajowemi.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 16 (od 17/IV do 23/IV) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 27, dz. 27; nieżywo: chł. 5, dz. 1. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 17, kob. 23; zamiejscowych: męż. 18, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych 2. 2) gruźlica: miej. 14, ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 9, ob. 5 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 2. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 2, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. 4. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 6, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 1. **Razem** miej. 40, obcych 26.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIII. Kraków 7 Maja 1904. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Replantacya, transplantacya i implantacya zębów.

Według wykładu mianego w Tow. lek. krak. d. 21 kwietnia 1904.

Podał

Doc. Dr. Wincenty Łepkowski.

Powrotne wszczepianie zębów, które bądźto przypadkiem wskutek urazu, bądź też przez wyjęcie na czas pewien zostały ze szczęki wydalone, nazywamy replantacyą. Przeszczepienie zęba z jednej strony szczęki na drugą stronę, lub też przesadzenie zęba z jednego osobnika do szczęki drugiego osobnika, nazywamy transplantacyą. Wszczepienie zęba w nowo utworzony drogą operacyjną zębodół znane jest pod nazwą implantacyi.

Najczęściej wykonywanym zabiegiem z tych trzech rodzajów jest replantacya, czyli powrotne wszczepienie. Historya medycyny wykazuje, że zabieg ten nie jest rzeczą bynajmniej nową; owszem, jest on rękoczynem, sięgającym czasów, kiedy jeszcze dentystyka była na bardzo nizkim stopniu rozwoju, i można powiedzieć, że replantacya jest jedną z pierwszych operacyi, jaką poznaliśmy z historyi medycyny w zachowawczej dentystyce. Paré (1594), którego dzieła szczególnie dla dentystyki są, że tak powiem, fundamentem całej jej przyszłości, już wspomina o pomyślnych próbach replantacyi zębów.

Zachowawcze leczenie zębów, t. j. zatruwanie i niszczenie miazgi zębowej, leczenie korzeni z rozpadłą miazgą, jest rzeczą ostatnich czasów, sprawą, która rozwijała się ręka w rękę z chirurgią i bakteryologią. Podstawą tego leczenia jest cała antyseptyka. Ona pozwala wyjaławiać korzenie zębów, przeprowadzić wyleczenie w jamie ustnej i uchronić schorzałego na wskróś zęba przed kleszczami. Przed wprowadzeniem antyseptyki zachowawcze leczenie zębów było nadzwyczaj ograniczone, a jedyna replantacya w przypadkach, które dzisiaj z łatwością dają się wyleczyć metodami zachowawczemi, mogła dawać zadawalniające wyniki. Mimo to cały szereg autorów, jak Dionisan (1714), Berdmore (1771), bardzo sceptycznie zapatruje się na usiłowanie replantowania zębów, a i w późniejszych czasach, bo w XIX wieku, Gariot (1805) w swojem dziele „*Traité de maladie de la bouche*“ wspólnie ze współczesnymi sobie Tomaszem, Bellem i Galletem odradzają replantacyę, jako rzecz nie dająca odpowiedniego wyniku i częstokroć zawodząca nadzieje operatora.

Pesymistyczne zapatrywania tych autorów tłómaczyć można niewykształconą techniką operacyjną i brakiem antyseptyki i aseptyki, które obydwie muszą być uważane za jedyne warunki do spełnienia w mowie będącego rękoczynu. Przez wprowadzenie całego szeregu metod zachowawczego leczenia zębów, przez umożliwienie zaplombowania schorzałego zęba i pozostawienie go jako martwego, ale zdolnego do wykonywania swojego zadania rozmiażdżania pokarmów, replantacya ograniczyć musiała swój teren i zejść do rzędu operacyi, mających wartość li tylko doświadczalną i historyczną. Kto zna zabiegi lecznicze, używane dziś w dentystyce i kto specyalnie wykonywaniem praktyki dentystycznej się zajmuje, nie wiem, czy tak często odczuwa potrzebę wykonywania replantacyi, transplantacyi i implantacyi. Są jednak pewne przypadki, w których replantacya jest nieuniknioną, konieczną i wskazaną; są zaś inne, gdzie replantacya daje tak znakomite wyniki, jakich żadna z zachowawczych metod naszej nauki dać nie jest w stanie.

Dziś w każdej gałęzi medycyny idziemy szybkim krokiem naprzód. Nowe zdobycze w każdym kierunku dają nam możność robienia rzeczy, które dawniej były niedościgniona i były tylko marzeniem lekarzy. To wszystko ma swoją ugruntowaną podstawę w historyi medycyny, ma tam swoje szczeble, po których jedynie możemy dojść do szczytu. Wznawianie rzeczy starych z wprowadzeniem ich w dzisiejsze warunki, w dzisiejszy stan naszej wiedzy z pomocą tego, czem dzisiaj dzięki bakteryologii i nowoczesnemu postępowaniu chirurgicznemu rozporządzamy, dać może zdumiewające wyniki i tchnąć w tę starą i odłogiem leżącą, a dawno używaną operacyę nowego ducha, nadającego jej młodzieńczą siłę i prawo bytu.

Historya medycyny daje nam obfite piśmiennictwo w sprawie replantacyi i transplantacyi. Są autorowie, przemawiający za tymi zabiegami, lecz sporo i takich, którzy występują przeciwko z całą stanowczością, jak sławny chirurg XVIII stulecia Dionisan, który wprost nie wierzył, aby ząb mógł wrastać, skoro raz został wyrwany. Piotr Fauchard, jeden z ojców dentystyki, człowiek, którego pisma stanowią po dziś dzień podstawę do różnych badań, poświęca replantacyi i transplantacyi obszerniejszy ustęp i przytacza kilka przez siebie wykonanych tego rodzaju operacyi. W tymże samym wieku De la Motte opisuje przypadek replantowania przez siebie zęba, a po kilku latach z powodu wystąpienia bolów musiał go znowu wyciągnąć, a ząb ten okazał się tak mocno osadzonym, że operacya wyjmowania była tak trudną, iż wraz z zębem oderwał się kawałek kości. Dowód to, jak wielkie było obrośnięcie tkanki kostnej około zęba. Nie myślę tutaj zestawiać całkowicie obszernego piśmiennictwa, dotyczącego tego przedmiotu, gdyż to niejednokrotnie zostało uczynione przez różnych autorów. Zwrócę tylko uwagę na ważniejsze w tym kierunku prace, których jest bardzo wiele. Po większej części są to spostrzeżenia kliniczne. I tak Mouton jest jedyny, który replantował z dobrym skutkiem zęby mleczne, czego

przedtem nikt nie przedsiębrał. Do zwolenników replantacyi należał także l'Ecluse.

Już wtenczas spostrzegano, że efektowna operacya replantacyi zębów częstokroć ulega zniszczeniu przez to, że następuje wessanie korzeni, a ząb po dłuższym przeciągu czasu, bo nawet po kilku latach, wypada. Pierwszą pracę doświadczalną, która wyszła w „Archiwie Langenbecka", jest praca Mitscherlicha, który chciał się przekonać o jakości zrośnięcia obumarłego replantowanego zęba z żywą kością. Mitscherlich stwierdził, że kość wrasta w zaułki korzenia, który częściowo został wessany. Rabatz w roku 1876 podał warunki, śród których replantacya udać się może. — Widoki jej zależą od wieku i ogólnego stanu danego osobnika; dalej — czy wyjęcie nastąpiło bez obrażenia części miękkich i twardych, czy też miało ono miejsce.

Opierając się na doświadczeniu Huntera, który wszczepił w grzebień koguta wyrwany ząb ze zdrową miazgą, byli tacy, którzy wprost przypuszczali, że ząb taki może wrosnąć w szczękę. Miazga zębowa, zróslszy się, może być zdolną do życia i funkcyonować tak, jak poprzednio. Tego zdania byli: Arnemann, Bell, Wiesemann i Linderer. Sądzili oni, że ząb replantowany rzeczywiście staje się napowrót żyjącą częścią żywego ustroju. Twist na podstawie klinicznego doświadczenia twierdzi, że ząb, będący w rozwoju u dziecka, replantowany, nie tylko z powrotem wrasta, ale w rozwoju swym dalej postępuje. Geist widział ząb, który w trzy miesiące po replantowaniu okazywał zapalenie miazgi zębowej. To samo stwierdzili i inni autorowie, jak Iszlai, w ostatnich czasach Marroneaud. Istotnie, w przypadkach, w których ząb natychmiast po wyjęciu zostaje replantowany, stwierdzić można to samo oddziaływanie na słabe prądy elektryczne w zębie replantowanym, jak i w zębach sąsiednich. Wiadomą jest rzeczą, że zęby z obumarłą miazgą zmieniają barwę; te zaś, które natychmiast po wyrwaniu zostały osadzone, czasami tej zmianie nie ulegają. Spostrzeżenia tego rodzaju byłyby dowodem, że miazga zębowa zdrowa i nieuszkodzona może zatrzymać swoją żywotność po replantacyi.

Schirner zaprzecza temu w zupełności, a według Fredla następuje w miazdze zębowej zwyrodnienie i wystąpienie cholestearynowych kryształów. Doświadczenia Scheffa z Wiednia, które przeprowadzone zostały na szeregu psów, wykazują, że los miazgi zęba, który raz został wyrwany i natychmiast replantowany, prowadzi do martwicy (*necrosis*). Stwierdził on pod mikroskopem, że po jakimś czasie mogą wrosnąć w otwarte szczyty korzenia nawet naczynia krwionośne, które się dadzą nastrzyknąć, lecz co raz obumarło, nie da się napowrót powołać do życia. Nie może tu być mowy ani o zrośnięciu się, ani o odrodzeniu się, jakie niektórzy autorowie przypuszczali. Doświadczenia Scheffa nie są jednak w tym kierunku dość ścisłe, gdyż on wkładał zęby, wyjęte psom, przed replantacyą do sublimatu $^1/_{1000}$. Rzecz naturalna, że sublimat, przenikając bardzo szybko tkankę, ustalał ją, a więc tem samem miazga zębowa nie żyła. Nie może więc w tym przypadku być dwóch zdań o jego zdolności do zrośnięcia się lub też odrodzenia. Część pracy Scheffa o obrastaniu nowo wytworzoną tkanką kostną replantowanych korzeni wzbogaca nas ścisłem doświadczeniem o losie zębów replantowanych lub transplantowanych, co zresztą zgadza się w zupełności ze spostrzeżeniami klinicznemi innych autorów.

W udałych przypadkach replantacyi lub transplantacyi los zęba jest dwojaki:

1) Następuje częściowe wessanie korzeni, a w uchylki i zagłębienia, powstałe w korzeniu przez to wessanie, wrasta świeża tkanka z pozostałej okostnej. Ząb unieruchomia się i replantowany i transplantowany jest użyteczny przez szeregi lat. Tę formę nazywamy zagojeniem się przez rychłozrost zęba replantowanego.

2) Ząb, zrazu silnie umocowany i spełniający swoją czynność, traci przez wessanie korzeń i z czasem wypada.

Najłatwiejsze replantacye są zębów jedno- i dwukorzeniowych, gdyż wprowadzenie napowrót trzech rozbieżnych korzeni zęba trzonowego górnego jest częstokroć rzeczą niemożliwą.

Na udanie się replantacyi wpływają następujące warunki:

1) Osobnik ma być młody i zdrowy (w wieku poza lat 40 replantacya rzadko kiedy się udaje).

2) Postępowanie w ciągu całej operacyi powinno być takie, jakie jest przy każdej operacyi chirurgicznej, a więc przestrzeganie anty- i aseptyki.

3) Przerwa między wyjęciem zęba, a replantacyą, nie ma przekraczać pewnego określonego czasu.

4) Stosowne umocowanie replantowanego, względnie transplantowanego zęba na czas jego obrastania.

5) Przystosowanie artykulacyi zęba z jego antagonistami.

6) Doniosłość zmian patologicznych, jakie replantacyę spowodowały.

7) Inteligencya pacyenta i jego wiara w rękoczyn.

Pierwszy punkt nie potrzebuje bliższego objaśnienia, gdyż wiadomo, że wszelkie złamania i obrażenia kostne, do których bądź co bądź replantacyę zaliczyć musimy, leczą się szybciej i łatwiej u ludzi młodych i zdrowych.

(C. d. n.)

II. Uwagi nad powstawaniem chorób zakaźnych.

Napisał

Dr. Adam Wrzosek.

(Podług wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem na posiedzeniu dnia 2 grudnia 1903 r.)

(Ciąg dalszy).

Jaki los spotyka drobnoustroje w organizmie wyższych zwierząt? Czy dostawszy się do krążenia, rozchodzą się do rozmaitych tkanek, tam osadzają i giną, nie znajdując gleby, na której żyć i mnożyćby się mogły? Czy też może organizm pozbywa się tych drobnoustrojów, wydalając je z powrotem na zewnątrz ze śliną, sokiem trzustkowym, z potem, moczem i żółcią?

Badaniem losu drobnoustrojów, wstrzykniętych wprost do krwi, zajmował się cały szereg uczonych. Wszyscy badacze, którzy się tą sprawą zajmowali, przyszli do zgodnych wyników, że drobnoustroje, wstrzyknięte do krwi, znikają z niej prędzej lub później; czasem nie można ich było wykazać we krwi już po upływie kilku minut. Lecz gdy jedni

badacze utrzymują, że drobnoustroje giną w samej krwi, to drudzy, a jest ich znaczna większość, są zdania, że drobnoustroje osadzają się w narządach wewnętrznych, najczęściej w śledzionie, wątrobie, szpiku kostnym i płucach; wreszcie inni jeszcze badacze dowodzą, że przynajmniej część znikających ze krwi drobnoustrojów wydziela się z żółcią i moczem. Co się tyczy bakteryobójczości krwi *in vitro*, to sprawa ta została dostatecznie wyjaśnioną, dzięki badaniom Fodora[22], Nissena, Nuttala[53], H. Buchnera[11, 12, 13] i innych. Nie ulega wątpliwości, że krew odwłókniona lub surowica krwi niekorzystnie wpływa na rozmnażanie się wielu drobnoustrojów. Lecz do dziś dnia nie dała nam nauka ostatecznej odpowiedzi na pytanie: od czego zależy ten szkodliwy wpływ krwi *in vitro* na drobnoustroje? Nuttal pierwszy zauważył, że ciecze ustroju tracą swe własności bakteryobójcze po ogrzewaniu ich w ciągu godziny do 55°C. Buchner wykazał dalej, że substancya bakteryobójcza krwi, która znika po ogrzaniu do 55°C., znajduje się także i w surowicy krwi. Substancyę tę Buchner nazwał aleksyną. Zdaniem Buchnera aleksyna stale krąży we krwi i jej to ma zawdzięczać ustrój swą odporność na zakażenie. W ten sposób powstała tak zwana „humoralna“ teorya odporności, której głównymi rzecznikami stali się Bouchard, Flugge i Buchner. Lecz przeciwko teoryi tej powstało rychło wielu uczonych. Szkoła Baumgartena[1, 2, 3] nie uznaje zgoła aleksyny, twierdząc, że drobnoustroje nie rozwijają się należycie w surowicy krwi tylko wskutek plasmolizy i braku odpowiedniego dla nich pożywienia. Inni przeciwnicy teoryi humoralnej utrzymują, że drobnoustroje giną w surowicy wskutek nieprzystosowania się do środowiska. Na poparcie swego twierdzenia przytaczają oni fakt, że częstokroć po pierwiastkowem zmniejszeniu się liczby zaszczepionych do surowicy drobnoustrojów, następuje zwiększenie się jej, coby tłómaczyć należało późniejszem przystosowaniem się drobnoustrojów do podłoża. Wreszcie inni, występując przeciw teoryi Buchnera, powołują się na okoliczność, że surowica niezawsze traci swe własności bakteryobójne po półgodzinnem ogrzewaniu jej do 55° C.

U nas sprawą bakteryobójczości surowic normalnych różnych zwierząt zajmował się N. Kostanecki[40]. Na zasadzie swych badań, wykonanych z drobnoustrojami osłabionymi, przyszedł Kostanecki do wniosku, że bakteryobójczość surowicy polega jedynie na braku odpowiedniego pożywienia dla drobnoustrojów.

Przeciwko teoryi Buchnera wystąpił również twórca teoryi fagocytowej — Miecznikow[49]. Według Miecznikowa odporność na zakażenie związana jest wyłącznie z fagocytami. Aleksynę uważa Miecznikow za substancyę, pochodzącą z leukocytów, za czem świadczą spostrzeżenia Denysa i Haveta. Badacze ci pierwsi zauważyli, że wysięki, obfitujące w leukocyty, posiadają własności bakteryobójcze w stopniu wybitniejszym od surowic krwi tych samych zwierząt. Miecznikow twierdzi, że aleksynę wydzielają leukocyty podczas rozpadu, a przytem własność tę wydzielania aleksyny posiadają tylko mikrofagi, to jest leukocyty wielojądrowe. Aleksynę tę Miecznikow nazywa mikrocytazą w odróżnieniu od makrocytazy, którą wydzielają makrofagi (duże jednojądrowe leukocyty), a która nie posiada własności bakteryobójczych. H. Buchner na zasadzie własnych doświadczeń przyszedł również do przekonania, że aleksyna jest wytworem leukocytów, lecz wbrew Miecznikowowi uważał ją za substancyę, którą leukocyty wydzielają za życia do otaczającego je środowiska, a więc przedewszystkiem do osocza krwi.

Przeciwko temu zapatrywaniu wystąpił niedawno Gengou[9, 25]. Utrzymuje on zgodnie z Miecznikowem, że aleksyna powstaje dopiero w surowicy krwi wskutek rozpadu wielojądrowych leukocytów, a że jej niema, a przynajmniej niema w cokolwiek znaczniejszej ilości w osoczu. Pogląd swój na powstawanie aleksyny popiera Gengou licznemi a bardzo pomysłowemi badaniami. Krew (króliczą, szczurzą, a raz psią) centryfugował Gengou natychmiast po wypuszczeniu z naczynia albo w probówkach otoczonych lodem, albo w ciepłocie pokojowej, w probówkach wewnątrz wyparafinowanych. W ten sposób można było otrzymać ciecz, która jednak po pewnym czasie krzepła i wydzielała surowicę. Tę surowicę, która powstała z osocza krwi, po usunięciu zeń przez centryfugowanie prawie wszystkich leukocytów, badał Gengou, porównywując jej własności bakteryobójcze dla lasecznika wąglika, przecinkowca cholery, laseczki okrężnicy i laseczki durowej z takiemiż własnościami surowicy krwi tego samego zwierzęcia, lecz otrzymanej w sposób zwykły. Okazało się, że pierwsza surowica posiadała własności bakteryobójcze w bez porównania mniejszym stopniu, niż druga, t. j. otrzymana w zwykły sposób. Ale i Gengou rychło znalazł przeciwników swego poglądu. Ascoli, Dömeny i Petterss on[56] starają się obalić wywody Gengou, lecz prace ich zostawiają spore pole do krytyki, a doświadczenia ich nie zostały wykonane w sposób analogiczny z doświadczeniami Gengoua.

Z powyższego wynika, że sprawa bakteryobójczości krwi krążącej i wogóle cieczy ustroju nie została jeszcze ostatecznie wyświetloną. To tylko pewne, że nie można utożsamiać szkodliwego wpływu krwi na rozwój drobnoustrojów poza ustrojem z jej działaniem na drobnoustroje za życia, na co już dość dawno zwrócił uwagę Lubarsch. Często bowiem surowica zwierząt, odpornych na pewne jadowite drobnoustroje, nie jest zabójczą dla tych drobnoustrojów i naodwrót: nieraz surowica zwierząt wrażliwych na zakażenie, posiada wybitne własności bakteryobójcze dla drobnoustrojów, wywołujących daną chorobę. I tak np. królik jest bardzo wrażliwy na zakażenie wąglikowe, choć surowica krwi króliczej działa w wysokim stopniu zabójczo na laseczniki wąglika; natomiast pies jest zwierzęciem odpornem na wspomniane zakażenie, choć surowica krwi psiej bynajmniej nie wpływa szkodliwie na rozwój laseczników wąglika. Wiadomo również, iż gołąb jest odporny na zakażenie prątkami grypy (influenzy) Pfeiffera, a mimo to krew gołębia jest najlepszą pożywką dla tych drobnoustrojów. Słowem, sporo spostrzeżeń przemawia za tem, że ciecze ustroju, a w pierwszym rzędzie krew, nie posiadają w organizmie własności bakteryobójczych, a przynajmniej w stopniu znacznym, że przeto odporności wrodzonej nie można wytłómaczyć teoryą humoralną Buchnera.

Z kolei należy rozpatrzyć, czy narządy wydzielnicze, a więc nerki, wątroba, ślinianki i t. d., odgrywają jakąkolwiek rolę w wydalaniu na zewnątrz drobnoustrojów, znajdujących się we krwi.

W przebiegu chorób zakaźnych, zwłaszcza duru brzusznego, zauważono niejednokrotnie wydzielanie się z moczem

drobnoustrojów, wywołujących wspomniane choroby. Ważną przeto było rzeczą wyjaśnić, czy wydalanie drobnoustrojów, krążących we krwi, przez narządy wydzielnicze może się odbywać także w warunkach prawidłowych. Co się tyczy tego zagadnienia, to mimo pokaźnej liczby badań, poświęconych tej sprawie, nie zostało ono dotąd ostatecznie rozwiązane. Wszyscy niemal badacze zgadzają się na jedno, że ani ślinianki, ani trzustka, ani gruczoły potowe nie wydzielają w warunkach prawidłowych drobnoustrojów ze krwi. Lecz zdania ich są zgoła różne, gdy chodzi o nerki i wątrobę.

Pierwsze systematyczne badania w tej materyi zostały wykonane przez Wysokowicza ([70]). Wstrzykiwał on drobnoustroje zwierzętom do krwi, poczem w różnych odstępach czasu po wstrzyknięciu brał mocz z pęcherza i badał go bakteryologicznie. Na zasadzie bardzo licznych i nader sumiennych badań przyszedł Wysokowicz do wniosku, że drobnoustroje, wstrzyknięte do krwi, nie wydzielają się przez nerki w warunkach prawidłowych. Zdawało się, że sprawa została raz na zawsze rozstrzygnięta. Tymczasem w dziesięć lat później stanęła ona znowu na czasie, a to zawdzięczając badaniom Biedla, Krausa ([7, 8]), oraz prof. Kleckiego ([36]).

Biedl i Kraus wstrzykiwali duże ilości hodowli drobnoustrojów do krwi i zbierali mocz wprost z moczowodów po uśpieniu zwierzęcia; natomiast prof. Klecki robił swoje doświadczenia w sposób daleko więcej zbliżający się do warunków prawidłowych, gdyż wstrzykiwał do krwi daleko mniejsze ilości hodowli drobnoustrojów i zbierał mocz tą samą metodą, co Biedl i Kraus, lecz ze zwierząt nie usypianych. Okazało się, iż już po upływie kilku minut od wstrzyknięcia można było wykazać w moczu wstrzyknięte do krwi drobnoustroje. Biedl i Kraus na zasadzie swych doświadczeń utrzymują, że drobnoustroje wydzielają się ze krwi w warunkach prawidłowych nie tylko przez nerki, ale i przez wątrobę.

Gdy po ogłoszeniu pracy Wysokowicza wszyscy się na jego wnioski zgodzili, to przeciw wynikom badań Biedla i Krausa oraz prof. Kleckiego pojawiła się niebawem opozycya. Badania Cottona([18]), Opitza([54]), Kossowskiego([39]), Métina([48]) i Noetzela([52]), wykonane w pracowniach Weichselbauma, Flüggego, Wysokowicza, Miecznikowa i Eiselsberga potwierdzają, do pewnego przynajmniej stopnia, pogląd Wysokowicza; natomiast prace Fütterera([24]) i Pawłowskiego([55]) przemawiają za wnioskami Biedla, Krausa i prof. Kleckiego. W ten sposób wytworzyły się dwa obozy uczonych, z których jedni utrzymują, że drobnoustroje, krążące we krwi, wydzielają się w warunkach prawidłowych przez nerki i wątrobę, a do nich, prócz wspomnianych wyżej badaczów, należą również tej miary patologowie, co Lubarsch i Ziegler; drudzy natomiast są zdania przeciwnego. Przyznać to trzeba, że niektóre prace, jak Opitza, Fütterera i Pawłowskiego pozostawiają nieco do życzenia pod względem ścisłości, a przeto i wywody ich niezbyt mogą zaważyć na szali sporu naukowego. Co uderza we wszystkich wspomnianych wyżej pracach, to okoliczność, że Wysokowicz, Cotton, Kłossowski, Métin i Noetzel, którzy otrzymywali mniej więcej jednakowe wyniki, mianowicie ujemne, posługiwali się prawie zawsze jednakową metodą, gdy Biedl, Kraus i prof. Klecki, stosując inną metodę badania, doszli do zgoła innych wniosków. A więc musi tkwić błąd w jednej lub drugiej metodzie; ten, kto sprawę tę należycie wyświetli, rozstrzygnie spór. Bądź co bądź, jeśli nawet przyjąć wnioski Biedla i Krausa, że nerki i wątroba w stanie prawidłowym wydzielają drobnoustroje, krążące we krwi i wniosek prof. Kleckiego co do fizyologicznej czynności nerek wydzielania drobnoustrojów ze krwi z moczem, to nie można jeszcze przypisywać zjawisku temu jakiejkolwiekbądź znaczniejszej roli w ochronie ustroju od wtargnięcia drobnoustrojów ze krwi do tkanek. Badacze ci bowiem nie zawsze znajdowali w moczu drobnoustroje, nawet gdy je byli wstrzyknęli do krwi w bardzo wielkiej ilości, czyli że nie jest to bynajmniej zjawisko, stale się powtarzające. Zresztą i sam prof. Klecki wyraźnie zaznaczył w swej obszernej pracy o przechodzeniu drobnoustrojów przez nerki, że wydzielanie się ich z moczem nie może mieć wielkiego znaczenia w procesie zakażenia, a to dlatego, że bez względu na to, czy drobnoustroje wydzielają się z moczem lub nie, pewna część ich zawsze osiada w narządach wewnętrznych, gdzie mogą spowodować powstanie ognisk zakaźnych. Zdaniem prof. Kleckiego nawet przez wzmożenie diurezy drobnoustroje, krążące we krwi, nie mogą być w zupełności przez nerki z niej usunięte.

Z powyższych uwag wynika, iż odporności na zakażenie nie można objaśnić ani własnościami bakteryobójczemi cieczy ustroju, ani zdolnością nerek i wątroby wydzielania ze krwi drobnoustrojów. Gdyby bowiem wspomniane czynniki odgrywały ważną rolę w odporności naturalnej na zakażenie, w takim razie niezrozumiałem byłoby poniekąd zjawisko, stwierdzone zgodnie przez wszystkich badaczów, że po zniknięciu ze krwi drobnoustrojów stale je można odnaleźć w rozmaitych narządach. Niezrozumiałą również byłoby rzeczą, że drobnoustroje jelitowe, dostawszy się do krwi, nie giną w niej, ani nie zostają z moczem i żółcią wydalone, lecz osadzają się w narządach wewnętrznych i przebywają w nich w stanie zdolnym do dalszego rozwoju. Naturalnej przeto odporności na zakażenie szukać należy głównie nie w tych dwóch wspomnianych wyżej czynnikach, lecz gdzieindziej, a mianowicie w narządach wewnętrznych.

Jeszcze w r. 1880 Chauveau zrobił spostrzeżenie, że laseczniki wąglika, wstrzyknięte do krwi baranów algierskich znikają z niej w ciągu kilku godzin, po upływie których można je było znaleźć w płucach, śledzionie i innych narządach. Później Ribbert([58]) w roku 1884 zauważył, że wprowadzone do krwi drobnoustroje znikają z niej w ciągu pierwszych godzin po wstrzyknięciu. Z początku znajdował je Ribbert w leukocytach, a później we wszystkich narządach, lecz najwięcej w wątrobie. Na zasadzie późniejszych swych badań przyszedł Ribbert([27]) do wniosku, iż najważniejszą rolę w niszczeniu drobnoustrojów odgrywają komórki olbrzymie, a po nich dopiero leukocyty. Najbardziej szczegółowo badali los drobnoustrojów, wstrzykniętych do krwi, a później osiadłych w narządach, Wysokowicz i Hess([29]). — Wysokowicz wstrzykiwał zwierzętom do żyły hodowle drobnoustrojów, przeważnie *micrococcus tetragenus* i prątka durowego. W 24 godzin po wstrzyknięciu *micrococcus tetragenus* znajdował Wysokowicz te drobnoustroje głównie w wątrobie, mianowicie w naczyniach włoskowatych zrazików. Drobnoustroje przylegały do ścian

naczyń. W późniejszych okresach po wstrzyknięciu część drobnoustrojów znajdowała się w komórkach śródbłonka naczyń włoskowatych. Na skrawkach ze śledziony można było zauważyć drobnoustroje tylko wtedy, gdy się je wstrzykiwało do krwi kilkakrotnie i w wielkiej liczbie. Znajdowały się one w miąższu, w dużych komórkach śródbłonkowych (grosse Endothelzellen der Pulpa), natomiast nigdy w komórkach ciałek Malpighiego. W nerkach tylko w wyjątkowych razach można było znaleźć drobnoustroje i to wyłącznie w komórkach tkanki śródmiąższowej. Z prątkami durowymi rzecz miała się podobnie. Większa część prątków znajdowała się w naczyniach włoskowatych, po części w komórkach śródbłonkowych, a niektóre w komórkach tkanki śródmiąższowej. Nawet w skrawkach z tych narządów, z których nie można już było wyhodować wstrzykniętych do krwi drobnoustrojów, częstokroć znajdował Wysokowicz słabo barwiące się, obumarłe drobnoustroje. Natomiast w leukocytach, krążących we krwi, nie zauważył Wysokowicz nigdy drobnoustrojów, a nawet po wstrzyknięciu wielkiej ich liczby do krwi. Zdaniem Wysokowicza walka między komórkami a drobnoustrojami odbywa się w naczyniach włoskowatych, zwłaszcza tych narządów, w których krążenie krwi jest zwolnione. W walce tej ważną rolę odgrywają komórki śródbłonka, wyścielające naczynia włoskowate.

Do podobnych wniosków doszedł Hess, który wykonywał doświadczenia nietylko na zwierzętach ciepłokrwistych, ale i na żabach. U żab w trzy godziny po wprowadzeniu do krwiobiegu laseczników wąglika, liczba wolno krążących we krwi drobnoustrojów znacznie się zmniejszyła, natomiast wtedy można było zauważyć sporo laseczników w leukocytach. Po upływie 6 godzin tylko wyjątkowo zauważyć można było we krwi drobnoustroje wolne, a jeszcze później nie było ich zgoła we krwi. W pięć lub sześć godzin po wstrzyknięciu do krwi drobnoustrojów znajdowały się one w narządach wewnętrznych. W wątrobie drobnoustroje skupiały się w naczyniach włoskowatych, gdzie znajdowały się wewnątrz leukocytów. W tym czasie można było również zauważyć drobnoustroje w komórkach wątrobnych. Zjawisko to w późniejszych okresach jeszcze wybitniej występowało. W śledzionie znajdował Hess drobnoustroje, zgodnie ze spostrzeżeniami Wysokowicza, w komórkach miąższowych. W szpiku kostnym mniej było drobnoustrojów, niż w śledzionie i wątrobie; znajdowały się one wewnątrz dużych jednojądrowych komórek. Wreszcie ani w nerkach, ani w płucach nie znajdował Hess drobnoustrojów w komórkach śródbłonkowych.

Wkrótce potem i Banti([27]) potwierdził wyniki doświadczeń Wysokowicza. I on doszedł do tego samego wniosku, co Wysokowicz, mianowicie, że najwięcej drobnoustrojów, wstrzykniętych do krwi, osiada w wątrobie, śledzionie i szpiku kostnym.

Według spostrzeżeń Ernsta([21]) największa rola w pochłanianiu drobnoustrojów przypada w udziale komórkom śródbłonkowym niektórych małych naczyń w śledzionie.

Drobnoustroje, które dostały się ze krwi do narządów wewnętrznych, nie zaraz tam giną, lecz żyją w ciągu krótszego lub dłuższego czasu. Te drobnoustroje, które w narządach znajdują odpowiednie podłoże zaczynają się rozmnażać i szkodzić ustrojowi. Wszelkie zaś inne drobnoustroje, które wewnątrz narządów nie mogą się rozmnażać, giną. Najmniej odporne są roztocze, one też najpierw giną. Tak n. p. laseczniki sienne giną, zdaniem Wysokowicza, już w ciągu pierwszej doby po wstrzyknięciu. Rzadko które drobnoustroje, nie wyłączając jadowitych, żyją dłużej w ustroju nad kilka dni. Najdłużej żyją zarodniki laseczników siennych, gdyż można je było wyhodować z narządów wewnętrznych nawet po 78 dniach. Z tymi wynikami, otrzymanymi przez Wysokowicza, zgodne są spostrzeżenia innych badaczów: Trapieznikow([27]) znajdował laseczniki sienne w narządach wewnętrznych w 32 dni po wstrzyknięciu do krwi zarodników; Halban([27]) też same drobnoustroje mógł wyhodować w półtrzecia miesiąca po wstrzyknięciu do krwi zarodników. Lépin i Lyonnet([27]) zauważyli, że prątki durowe mogą żyć tygodnie całe w wątrobie i śledzionie.

Czy rzeczywiście niektóre roztocze mogą tak długo żyć w stanie utajonym w narządach wewnętrznych, jak to utrzymuje Wysokowicz, Trapieznikow i Halban dla zarodników laseczników siennych, tego z zupełną pewnością rozstrzygnąć się nie da. Atoli nie można wykluczyć przypuszczenia, że w tych razach, w których wspomniani dopieroco badacze znajdowali w narządach wewnętrznych laseczniki sienne w kilkadziesiąt dni po wstrzyknięciu zarodników do krwi, że w tych razach drobnoustroje pochodziły z jelita lub płuc. Przypuszczenie to staje się tem więcej prawdopodobnem, że badając bakteryologicznie narządy zwierząt prawidłowych, znajdowałem w nich nieraz laseczniki sienne, choć ich nigdy zwierzętom do krwi nie wstrzykiwałem.

Los drobnoustrojów, które w jakikolwiekbądź sposób dostaną się do krążenia, został do pewnego stopnia wyświetlony, a to zawdzięczając badaniom, o których była wyżej mowa. Nie ulega wątpliwości, że ostateczny los tych drobnoustrojów rozstrzyga się wewnątrz narządów, gdzie następuje walka komórek z drobnoustrojami. Jaką rolę w pochłanianiu i niszczeniu drobnoustrojów odgrywają, obok leukocytów, komórki śródnaczyniowe we włoskowatych naczyniach zrazików wątroby, które, jak to Browicz([10]) zbadał, posiadają niekiedy jakby wypustki, skierowane ku światłu naczynia, a wewnątrz zawierają bardzo często leukocyty, krwinki czerwone, wakuole i złogi barwika; jaką zaś rolę odgrywają komórki śródbłonkowe naczyń włoskowatych w innych narządach; jaką wreszcie komórki tkanki śródmiąższowej i właściwe komórki narządów, — są to wszystko pytania, które nie zostały jeszcze ostatecznie rozwiązane. Na zasadzie dotychczasowych badań nie można również z zupełną stanowczością twierdzić, że drobnoustroje w narządach giną li tylko wskutek fagocytozy.

Taki los, jaki spotyka drobnoustroje, wstrzyknięte do krwi, spotyka zapewne drobnoustroje, które się dostały do krążenia z przewodu pokarmowego. A jeżeli uprzytomnimy sobie, że organizm zostaje ciągle zakażany drobnoustrojami, znajdującymi się w przewodzie pokarmowym, to zgodzić się musimy, że walka organizmu z drobnoustrojami toczyć się musi w ciągu całego życia bezprzestannie. (C. d. n.)

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

I. Choroba Werlhofa po płonicy.

Skaza krwotoczna, a w szczególności choroba Werlhofa w następstwie płonicy, jest zjawiskiem nadzwyczaj rzadkiem. I tak Rilliet i Barthez widzieli i opisali tylko jeden przypadek choroby Werlhofa u ośmioletniej dziewczyny, u której w przeciągu pięciu tygodni po płonicy wystąpiły krwawienia z nosa, krwawe moczenie i zejście śmiertelne wśród objawów znacznej niedokrewności. Henoch spostrzegał 9 przypadków, które wszystkie zakończyły się pomyślnie. W jednym z nich wystąpiło krwawienie z nosa, ust, przewodów słuchowych zewnętrznych i jelit, a mimo to udało się dziecko to wyleczyć. Leichtenstern na 1000 przypadków, spostrzeganych w szpitalu w Kolonii, nie zauważył ani razu tego powikłania, podobnie jak i Litten.

Z tego powodu uważam za stosowne ogłosić przypadek podobny z własnej obserwacyi.

Dnia 27 stycznia b. r. wezwany zostałem na wieś do sześcioletniej dziewczynki M. K., u której w trzy tygodnie po przebyciu płonicy wystąpić miało nadzwyczaj obfite krwawienie z ust.

Badanie wykazało: Dziewczynka silnie niedokrewna, źle odżywiona; ciepłota ciała 35.6 C., tętno 70 uderzeń na minutę, regularne, ale nikłe. Na skórze obok śladów łuszczenia bardzo liczne wybroczyny świeże różnej wielkości, od główki szpilki do ziarnka dużej fasoli. Z dziąseł sączy się obficie krew tak, że chora co kilka minut wykrztusza kłęby skrzepów, pomieszanych z świeżą krwią. Na błonie śluzowej policzków kilkanaście wybroczyn. Narządy wewnętrzne: serce, płuca, wątroba i śledziona przedstawiają stosunki prawidłowe. Mocz wodojasny nie zawiera ani białka, ani krwi.

Zaleciłem podawanie na wewnątrz odwaru kory chinowej z wyciągiem sporyszu i kwasem fosforowym, a do pędzlowania dziąseł mieszaninę nastoju galasówek, partwinu trzypręcikowego (*ratanha*) i żywicznia gałeczkowatego (*eucalyptus*) z płynnym wyciągiem nadnercza (*extractum suprarenale solutum Merck*).

Po dwóch dniach krwawienie z dziąseł zupełnie ustąpiło, wybroczyny podskórne powoli uległy przemianie wstecznej, a nowe występowanie wybroczyn już się nie powtórzyło i dziewczynka powoli powróciła do zdrowia.

Jak złośliwym był jad płonicy w tym przypadku, może świadczyć ta okoliczność, że dwoje rodzeństwa tej chorej, które równocześnie zapadły na płonicę, zmarło, jedno w 24 godzin po zasłabnięciu na piorunującą formę płonicy wśród wysokiej gorączki, wymiotów i utraty przytomności, a drugie z nich w 3 tygodnie na posoczniczą postać błonicy płoniczej.

II. Przypadek pląsawicy powstałej po płonicy.

Pląsawica jest nadzwyczaj rzadkiem następstwem płonicy u dzieci; Henoch opisuje z własnej obserwacyi tylko dwa przypadki, w których pląsawica wystąpiła wkrótce po przebyciu płonicy. Twierdzi on, że nie powiklanie ze strony śródsierdzia jest w tych przypadkach powodem wystąpienia pląsawicy, jak to bywa w przypadkach tak częstych, gdzie po gośćcu, powikłanym z zapaleniem śródsierdzia, występuje pląsawica, lecz sądzi, że albo sama choroba zakaźna, jako taka, albo zatory w korze mózgowej, biorące początek z nalotów na śródsierdziu, wywołują w następstwie ruchy pląsawicze, czyli, że według niego nie należy uważać tego powiklania jako pląsawicę typową, lecz za objaw zaburzeń krążenia krwi w korze mózgowej. Przeciwnie twierdzi Gerhardt; według niego pląsawica może powstać jako następowa choroba po płonicy. Litten również uznaje w niektórych przypadkach ten związek przyczynowy za udowodniony. Gubler i Bouchut ku zdziwieniu Henocha mieli częściej spostrzegać pląsawicę w następstwie płonicy.

Ponieważ w tegorocznej epidemii płonicy w Nowym Sączu obserwowałem jeden przypadek tego bądź co bądź niezwykłego powikłania, sądzę, że opisanie tegoż będzie usprawiedliwione.

E. S., 3 i pół lat liczący, przebył w końcu stycznia płonicę o niezbyt silnem nasileniu objawów chorobowych. W trzy tygodnie po przebyciu tej choroby zauważyli rodzice, że dziecko to ma oddech silnie przyspieszony i duszność.

Wezwany do zbadania znalazłem dziecko w pozycyi siedzącej, niedokrewne, bez śladów łuszczenia; ciepłota niepodwyższona, oddech bardzo przyspieszony. Na wargach sinica, tętno 150 uderzeń na minutę, nikłe. Stłumienie serca powiększone w obu wymiarach, uderzenie koniuszkowe widzialne w linii sutkowej. Nad koniuszkiem serca szmer skurczowy. Mocz jasny, nie zawiera białka.

Zaleciłem ochładzanie serca przyrządem Leitera i odwar naparstnicy. Po kilku dniach duszność wprawdzie zmniejszyła się, tętno nieco poprawiło się, 120 uderzeń na minutę, ale wystąpiły ruchy pląsawicze rąk, nóg i głowy; przytem dziecko zupełnie przytomne, odpowiada rozsądnie na pytania, przyjmuje podawane mu pokarmy i leki. Stan ten trwa przez półtora tygodnia i mimo podawania bromu w połączeniu z środkami sercowymi dziecko to zginęło wśród objawów niedomogi serca.

Związek przyczynowy między zapaleniem śródsierdzia, względnie płonicą, a pląsawicą w tym przypadku jest niezaprzeczalny.

IV. Wyciągi.

Berlacki. **Materyały do fizyologii jelita ślepego.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg 1903). Na podstawie doświadczeń, przeprowadzonych w pracowni prof. Pawłowa na 4 psach z przetoką jelita ślepego, doszedł autor do wniosku, że sok jelita ślepego odznacza się odczynem zasadowym i składa się z dwóch części, mianowicie: ze śluzu i płynu; podczas karmienia sok wydziela się w większej ilości, niż na czczo; różne gatunki pokarmu nie mają wpływu na ilość soku; szybkość wyciekania soku zależy prawdopodobnie od szybkości przechodzenia pokarmu w przewodzie jelitowym. Sok jelita ślepego nie wywiera żadnego wpływu na włóknik i białko jaja kurzego i nie zawiera kinezy. Zawiera natomiast zaczyn skrobiowy i erepsynę, rozkładającą peptony i albumozy. Z różnych pokarmów mleko, serwatka mleka i wszelkie potrawy mleczne (kasza, zupa) przechodzą bardzo szybko przez górny odcinek jelit; po upływie 1—2 godzin od spożycia pokarmu znajdują się w jelitach grubych w ilości, wynoszącej prawie połowę spożytego pokarmu. Z potraw mlecznych kiszki grube przyswajają substancye, zawierające azot, w ilości 20—26% całego N pokarmowego.

Witold Orłowski (Ptbg).

Iwanow. **Wymiana soli ziem alkalicznych u chorego, dotkniętego fosfaturyą.** (*Izwiestija Imperatorskoj wojenno-medicinskoj Akademii*, 1903. t. VI, Nr. 4—5). U chorego na fosfaturyę przeprowadził Iwanow w klinice prof. Janowskiego szereg badań w celu wyjaśnienia wpływu różnych rodzajów pokarmu i leczenia solami magnowemi, kwasami i gorącemi kąpielami na przyswajanie i wydzielanie soli wapniowych i magnowych w tej sprawie chorobowej. Ostateczne wyniki, do których doszedł autor, są następujące: 1) mętność moczu przy fosfaturyi zwiększa się po pokarmie białkowatym i zawierającym wiele soli wapniowych; 2) przeciwnie, pod wpływem pokarmów wyłącznie roślinnych mocz może się stać zupełnie przeźroczystym; 3) mocz mętny po użyciu nierozpuszczalnych ziem alkalicznych zawiera zwiększoną w porównaniu do normy ilość soli wapniowych i zmniejszoną soli magnowych; 4) między stopniem mętu moczu i zawartością w nim soli wapniowych zachodzi prosty stosunek; 5) ilość wydalanych z moczem soli wapniowych i magnowych zależy od ilości ich w pokarmie, jakkolwiek ścisłego związku tu niema; 6) pokarm roślinny zmniejsza męt moczu nie tylko wskutek zmniejszonej zawartości w nim soli wapniowych i magnowych, lecz i dla tego, że utrudnia wessanie się tych soli i sprzyja wydalaniu ich przez przewód pokarmowy; 7) pokarm mieszany, zwłaszcza białkowy i pokarm, bogaty w sole wapniowe, sprzyjają odkładaniu się ziem alkalicznych w ustroju i wywołują wyraźny męt moczu; 8) kwas (25 kropel kwasu solnego rozwodnionego 6 razy na dobę) zwiększa przy dyecie białkowej kwa-

sotę moczu i polepsza zewnętrzne jego wejrzenie; odsetek wydalanych z kałem soli wapniowych również podnosi się, a % wchłanianych obniża się; wreszcie ilość tych soli w moczu zostaje bez zmiany; ustrój wydala więcej soli wapniowych, niż wchłania; kwas więc sprzyja wypłókiwaniu wapnia z tkanek. Dla magnu warunki są wręcz przeciwne; 9) siarkan magnowy w dawce 5,0 na dobę przy pokarmie białkowym polepsza również własności moczu, zmniejszając wydalanie wapnia z moczem, podnosząc wydalanie go z kałem i obniżając wchłanianie tych soli; zawartość soli magnowych w moczu w tych warunkach podnosi się; 10) kąpiele gorące (40° C.) polepszają przy tejże dyecie własności moczu, prawdopodobnie w ten sam sposób, co i siarkan magnowy; 11) siarkan magnowy i kąpiele gorące sprowadzają odkładanie się soli wapniowych i magnowych w ustroju; 12) wreszcie należałoby, zdaniem autora, termin „fosfaturya“ zamienić, zgodnie z propozycyą prof. Janowskiego, na termin „calcinuria“, ponieważ najgłówniejsze zmiany w tem schorzeniu dotyczą zaburzeń wymiany soli wapniowych, wydzielających się z moczem w zwiększonej ilości. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Magnus Levy. **Leczenie obrzęku śluzakowego.** (*Die Therapie der Gegenwart*, 1904, Zeszyt II i III). Z czterech postaci chorób, zwykle przypisywanych niedorozwojowi lub schorzeniu gruczołu tarczykowego (*hypo-thyreoidismus*), a mianowicie obrzęku śluzakowego, sporadycznego, endemicznego matołectwa i charłactwa, zwanego *cachexia strumipriva*, szczególnie dwie pierwsze ważne są dla lekarza praktyka. Z tych znowu wrodzony obrzęk śluzakowy dziecięcy lub młodociany (*myxoedema infantile s. iuvenile*), czyli matołectwo sporadyczne, występujące wyraźniej w pierwszym roku lub dziesięcioleciu życia, jest stanowczo częstsze, niż samoistny obrzęk śluzakowy dorosłych (*myxoedema adultorum*), występujący u ludzi zdrowych, szczególnie w wieku średnim i zdarzający się 8—10 razy częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Przed erą organoterapii wyleczenia obrzęku śluzakowego prawie nigdy się nie zdarzały; polepszenia samowolne natomiast spostrzegano dawniej i zdarzają się dzisiaj. Szczególnie w ciepłej porze roku i w krajach ciepłych chorzy czują się znacznie lepiej. Gruczoł tarczykowy jest jednak jako lek środkiem swoistym i niekiedy leczenie nim przez kilka tygodni wystarczy, by chory wyzdrowiał. Rzadkie, posiwiałe i szorstkie włosy stają się świeże i bujne; dzieci szybko rosną i mogą w przeciągu roku zyskać na wzroście 10—15 ctm. Leczenie cztero- do ośmiotygodniowe wystarcza często, by w klasycznych przypadkach wywołać zupełny przewrót. W innych przypadkach po 2 lub 3 miesiącach następuje tylko nieznaczne polepszenie i często tak przypadki lekkie, jak i ciężkie, stawiają znaczny opór. W takich przypadkach należy leczenie wytrwale przedłużać, choćby na cały rok, mimo ujemnego wyniku po dwóch miesiącach. W takich razach trzeba jednak stosowanie kołaczyków przerwać na kilka tygodni i potem odrazu polecić dawki średnie (2—3 kołaczyków) lub nawet wielkie (4 i więcej kołaczyków dziennie), skoro chory już przedtem lek dobrze znosił. Właśnie, że w lekkich i leniwie oddziaływujących przypadkach chorzy lek ten dobrze znoszą, dlatego baczna uwaga podczas leczenia nie jest u nich tak wymagana, jak na początku kuracyi i u tych chorych, którzy lek nie tak dobrze znoszą. Tu należy nieraz wzmacniać cały ustrój i serce, nim na nowo i ostrożnie się przystąpi do organoterapii, podając tylko małe dawki (½—1—2 kołaczyków) przez 4—6 tygodni, śród bacznej uwagi i dłuższych przerw.

Kołaczyki z gruczołu tarczykowego mogą wywołać niektóre zaburzenia, które bynajmniej, jak niektórzy mylnie sądzili, nie pochodzą od szkodliwych domieszek lub rozkładu przetworu, lecz są to skutki *hyperthyreoidosis*, z powodu czego przychodzi do potęgowania niektórych czynności, podobnie jak w chorobie Basedowa, którą według Möbiusa i Gautiera należy dziś uważać za *hyper-* lub *pathothyreosis*. Objawy te występują u ludzi zdrowych, częściej jednak u tłustych, a najgorzej czuli się chorzy na obrzęk śluzakowy. Uczucie gorąca w piekącej skórze, stany rozdrażnienia, omamy, bezsenność, rozwolnienie i brak łaknienia, przedewszystkiem zaś objawy podmiotowego i przedmiotowego osłabienia serca ze znacznem osłabieniem ogólnem są najczęstszemi przypadłościami. Mogą one nawet przez nagłe porażenie serca zakończyć się śmiercią, podobnie jak w niektórych ostrych przypadkach choroby Basedowa. Zaburzenia te występują w pierwszym okresie leczenia i dlatego wtedy właśnie wymagana jest najpilniejsza uwaga, gdyż potem chorzy przyzwyczajają się już do tego środka i znoszą większe dawki bez zaburzeń. Tylko bardzo rzadko dzieje się przeciwnie, że chorzy z początku lek dobrze znoszą, a różne zaburzenia występują dopiero później. U dzieci może jeszcze nastąpić inne niepożądane zjawisko, którego początki łatwo przeoczyć, ponieważ występuje ono dopiero po dłuższem leczeniu, to jest powoli występujące zboczenie kręgosłupa, wywołane nadmiernym i szybkim wzrostem. Wprawdzie spożycie kołaczyków tarczykowych wzmaga obok wzrostu kości w kierunku podłużnym także ich wytrzymałość wewnętrzną, ale to wzmocnienie nie wystarcza wobec szybkiego wzrostu i spotęgowanego popędu do ruchu. Takie osłabienie narządu ruchowego wymaga oczywiście dłuższej przerwy w leczeniu swoistem i odpowiednich zabiegów mechanicznych.

Zwykła dawka początkowa wynosi jedną pastylkę dla dorosłych, pół pastylki dla dzieci starszych i ćwierć dla dzieci poniżej lat czterech; niekiedy jednak trzeba rozpocząć jeszcze mniejszemi dawkami i polecić dorosłym ⅓ pastylki na dzień. Jeśli nie występują objawy uboczne, można po 2—3 tygodniach przejść do dawki potrójnej. Przy pierwszem wystąpieniu jednak najlżejszych zaburzeń, należy leczenie przerwać i po ich ustąpieniu, po 3—4 dniach, zaczynać na nowo małemi dawkami. Jeśli staranne nadzorowanie i codzienne odwiedzanie chorego nie jest możebne, to rozważniej będzie dać na początek jeszcze mniejsze dawki. Bardzo dobrze wpływa leżenie w łóżku, lub przynajmniej spokój przez pierwsze 8—14 dni. Na podstawie doświadczeń na zwierzętach należy zalecić wstrzymanie się od mięsa, lecz bynajmniej nie ograniczenie się w spożywaniu białka. Chorych, którzy równocześnie cierpią na inne zaburzenia (płucne, nerkowe itp.), powinno się leczyć tylko w szpitalu i to z największą ostrożnością. U chorych, u których wyzdrowienie powoli następuje, należy polecić kołaczyki tarczykowe do zażywania przez długi czas i prócz tego stosować inne jeszcze środki wzmacniające, jak ciepłe (lecz nie gorące) kąpiele, zabiegi mechaniczne, natomiast tylko z największą ostrożnością leczenie wodą zimną. Żelazo i arszenik oddają dobre usługi w niedokrewności; chinina jako środek ogólnie wzmacniający. Gdzie zresztą mimo ostrożnego leczenia i mimo małych dawek przykre objawy uboczne ciągle na nowo występują, arszenik ma dobrze działać. Dla utrzymania osiągniętego polepszenia lub wyzdrowienia należy kołaczyki tarczykowe i nadal zażywać, inaczej bowiem prędzej lub później dawny stan chorobowy na nowo wraca. Chcąc zapobiedz nawrotowi i utrwalić dobry wynik, wystarczają tylko małe dawki, np. jedna pastylka lub mniej dziennie. Przerwa 4—5 tygodniowa 2—3 razy w roku nie szkodzi i jest często pożyteczną, by na nowo potęgować zdolność odczynową. Wybór przetworu jest zupełnie obojętny, należy tylko uważać, by nie był za długo i za ciepło przechowywany. Nietylko w przypadkach matołectwa sporadycznego, lecz także w matołectwie endemicznem leczeniem można coś wskórać. Na pierwszem miejscu leczenia stoi naturalnie poprawa wody do picia, która w połączeniu z lepszem odżywieniem i większem krzyżowaniem żeniącej się młodzieży w wielu okolicach znacznie zmniejszyła endemię, a gdzieniegdzie nawet usunęła ją zupełnie. Lecz takie reformy higieniczno-społeczne po największej części wychodzą na korzyść dopiero w następnem lub trzeciem pokoleniu. Matołki starsi są nieuleczalni, również starsze, ciężko już zwyrodniałe dzieci; natomiast przy wczesnem i uważnem leczeniu od maleńkości osiągnął autor prawie takie same wyniki, jak w ciężkich przypadkach sporadycznego matołectwa, to jest znaczne polepszenie stanu cielesnego i umysłowego. *Dr. Fels.*

Kothen. **O chorobach w połogu po porodach płodów zmacerowanych.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 70, zesz. 3). Od chwili śmierci płodu w łonie matki aż do jego urodzenia się upływa zwykle krótszy lub dłuższy czas, wyjątkowo tylko bezpośrednio po śmierci płodu, a mianowicie wtedy, jeżeli czynnik wywołujący śmierć jest zarazem silnym bodźcem, wywołującym skurcze macicy, n. p. uraz. Płód obumarły ulega w macicy t. z. maceracyi, która nie ma nic wspólnego z gniciem, albowiem ani powietrze, ani drobnoustroje gnilne nie mają dostępu do wnętrza jaja. Już oddawna toczy się spór między autorami co do wpływu płodu zmacerowanego na ustrój matki; wpływ taki musiałby się odbić w połogu. Podczas gdy jedni sądzą, że wpływ taki wogóle nie istnieje, a zaburzenia w połogu występują tylko wtedy, jeżeli płód obumarł w czasie porodu po odejściu wód, gdy więc powietrze miało przystęp do jaja i mogło wystąpić gnicie, twierdzą inni, że wpływ jest bardzo wybitny, szczególnie na powstanie (nagminnej) gorączki połogowej, a mianowicie przez samozakażenie. Hugenberger obliczył nawet chorobliwość w połogu po płodach zmacerowanych na 29%, a śmiertelność na 10%. Celem rozstrzygnięcia tej kwestyi przeglądał autor historye choroby 70 odnośnych przypadków i doszedł do przekonania, że zgubny wpływ płodu zmacerowanego na połóg jest wykluczony, a tylko chorobliwość w połogu po takich porodach jest o 11% większą, aniżeli chorobliwość ogólna. Z powyższych 70 kobiet zmarły dwie: jedna z powodu pęknięcia macicy, druga w następstwie łożyska przodującego. Natomiast gorączkowało kobiet 19, przyczem przyczyny tej gorączki nie można było znaleźć ani w czynnikach wywołujących samą śmierć płodu (najczęściej kiła), ani w jakiem zakażeniu z zewnątrz, ani wreszcie w przedwcześnie pękniętym pęcherzu płodowym. Zastanowiło jednak autora, że gorączka nigdy nie

występowała zaraz po śmierci płodu, lecz dopiero podczas lub po porodzie i tłómaczy tę kwestyę w następujący sposób: z chwilą rozpoczęcia się porodu i rozwarcia ujścia macicy dostają się drobnoustroje, znajdujące się w pochwie i dolnej części szyjki, masami do macicy i nietylko zalewają ściany jej, ale bardzo szybko się rozmnażają dzięki tkance obumarłej płodu i błon płodowych, które stanowią dla nich dalszą pożywkę. Toksyny, wytwarzające się w jamie macicy, dostawszy się do krwiobiegu, wywołują owe wzniesienia ciepłoty. Za tem tłómaczeniem przemawia i ten fakt, że w połogu po porodach płodów zmacerowanych tak często występują odchody cuchnące. *Dr. E. Ehrenpreis.*

G. Hoppe-Seyler. **Schorzenie wyrostka robaczkowego w przewlekłem amebowem zapaleniu jelit.** (*Münchener med. Wochenschrift,* Nr. 15). Autor opisuje przypadek przewlekłego zapalenia amebowego jelit, gdzie mimo leczenia ciągle utrzymywały się bóle w okolicy jelita ślepego i jednocześnie wyczuć można było tamże opór postronkowaty. Chory poddał się operacyi. Wyrostek robaczkowy był zgrubiały, zgięty i przyrośnięty końcem do ściany jelita ślepego. W preparatach, mianowicie w ścianie wyrostka, w części podsurowiczej i w torebkach znaleziono ameby (*amoeba coli* Loesch). Obecność ameb w ścianie i w treści wyrostka tłómaczy, dlaczego tego rodzaju zapalenia jelit są tak uporczywe, gdyż tam jest istna hodowla ameb, które w żaden sposób nie dadzą się usunąć. Prawdopodobnie i ropnie wątrobowe, tak częste w strefach podzwrotnikowych, są na tem tle, a zakażenie następuje z wyrostka robaczkowego. *J. Opolski.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Siegel (*Berl. klin. Wochenschrift,* Nr. 1, 1904) ogłasza wyniki swych starannych badań w sprawie stosowania niektórych nowszych środków lekarskich.

1. Pegnin. Przed kilku laty podał Dungern sposób, zapomocą którego mleko krowie staje się lepiej i lżej strawnem, a polegający na tem, że sernik mleka, zmieszany z proszkiem pegninowym, krzepnie w postaci drobnych płatków. Przyrządzanie mleka pegninowego jest proste: Na jeden litr przegotowanego mleka, ostudzonego do 32° R., dodaje się łyżkę stołową pegninu, poczem mleko krzepnie; następuje potem silne kłócenie aż do znikania skrzepów i mleko staje się gotowe do użycia; smak przytem się nie zmienia. Autor podawał tę mieszaninę niemowlętom i dorosłym w przypadkach przewlekłego nieżytu żołądkowego, w nerwicach żołądka, a szczególnie we wrzodzie żołądkowym; wynik był wszędzie bardzo dobry. Na tej zasadzie autor poleca gorąco ten przetwór w podobnych razach.

2. Pneumin, przetwór kreozotowy, przedstawiający się w postaci żółtawo-białego proszku, mogący być podawany chorym w dawkach 0·50, 3—4 razy dziennie. Stosowany był w 30 przypadkach cierpień płucnych, a otrzymane wyniki przedstawiają się w następujący sposób: W pierwszych tygodniach leczenia można było stwierdzić znaczny wzrost łaknienia przy braku jakiegokolwiek szkodliwego ubocznego wpływu na przewód pokarmowy. W niektórych przypadkach zmniejszał się kaszel i odkrztuszanie, poty pozostawały zazwyczaj bez zmiany. Osiągnięto wprawdzie poprawę w niektórych przypadkach: czy to jednak nastąpiło wskutek działania pneuminu, nie da się na pewno powiedzieć. Mimo to jednak zaleca autor ten środek, przewyższający zapachem i smakiem dotychczas stosowany kreozot, zwłaszcza, że i cena nie jest wysoka.

3. Hetol, środek przeciwgruźliczy, którego działanie dotychczas jeszcze nie ustalone. W niektórych przypadkach gruźlicy otrzymano wyniki wcale pomyślne; w niektórych zaś pozostał hetol bez wpływu. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Rodagen, mający skutecznie działać w chorobie Basedowa w dziennych dawkach 10 grm., stosowany był w 3 przypadkach z wynikiem ujemnym.

Atoxyl stosowany z bardzo dobrym skutkiem jako 20% roztwór do śródmięśniowych wstrzykiwań w cierpieniach krwi i tych wszystkich przypadkach, w których wskazane są przetwory arsenu; należy rozpocząć od najmniejszej dawki t. j.: 0·04, zwiększając codziennie o 0·02, aż do 0·20.

Veronal okazał się istotnie znakomitym środkiem nasennym w dawkach 0·25—0·50 i w ten sposób publikacye Fischera i Meringa co do stosowania weronalu zostały najzupełniej potwierdzone; większe dawki (1·00) są jedynie wskazane u alkoholików.

Trigemin, połączenie piramidonu z wodnikiem chloralowym, ma skutecznie działać w dawkach 0·50—1·00 we wszystkich cierpieniach neuralgicznych, bez jakiegoś ubocznego, a szkodliwego wpływu na serce. Autor stosował trigemin w 12 przypadkach z dość dobrym wynikiem, przyczem dodać należy, że w jednym przypadku wystąpiła silna pokrzywka po 8-dniowem używaniu trigeminu, a w drugim po jednorazowej dawce 0·75.

Rheumatin, bardzo dobry środek przeciwgośćcowy, ale niestety szerszemu zastosowaniu stoi na przeszkodzie wysoka cena.

Mączkę owsianą poleca gorąco Noorden w przypadkach cukrzycy, jako jedyne odżywienie chorych przez 1—2 tygodni w dziennej ilości 250 grm. łącznie z 250 grm. masła i 100 grm. roboratu; już w tak krótkiem czasie odsetek cukru opada znacznie lub znika zupełnie. Autor stosował to w 4 przypadkach z dobrym wynikiem. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 8 kwietnia 1904 r.

Przewodniczący: Dr. E. Wechsler. Obecnych: 37.

I. Kol. Dr. St. Eljasz-Radzikowski mówił »O różnych postaciach leukocytów«, ilustrując wykład preparatami mikroskopowymi. Rzecz będzie ogłoszona drukiem i nie nadaje się do streszczenia.

II. Kol. Dr. M. Reichenstein mówił na podstawie doświadczeń w klinice lekarskiej lwowskiej „O wartości metody Salomona, podanej do odróżnienia raka żołądka od wrzodu“, na podstawie ilościowego oznaczenia azotu (białka) we wodzie przepłóczynowej. Używając do doświadczeń chorych z niewątpliwym rakiem, względnie wrzodem żołądka i przemywając żołądki nie metodą lewarową, jak to czynił Salomon, lecz aspiratorem, przekonał się prelegent, że wyniki, osiągnięte tą metodą, są bardzo zawodne, a prawie bez wartości w przypadkach wątpliwych.

W dyskusyi zabiera głos P. Kučera, podnosząc, że już ze stanowiska anatomiczno-patologicznego wartość metody Salomona wydaje się wątpliwą. Boć ilość azotu w treści przepłóczynowej zależną jest od rozmiarów owrzodzenia samego, jako takiego. A to w przypadkach raka, nawet daleko posuniętego, może być nieznacznem, rozległem zaś w przypadkach wrzodów okrągłych. I odpowiednio do tego we wodzie przepłóczynowej z pierwszego przypadku otrzymamy mało białka, w drugim zaś więcej, zatem wbrew zasadom, głoszonym przez Salomona. Następnie przemawiają E. Wechsler i Prelegent.

Dr. Herman, sekretarz doroczny.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

VI posiedzenie w dniu 27—XI (10—XII) 1903 roku.

Obecnych członków 18, gości 2.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego ogólnego zebrania udziela prezes Dr. Strawiński głosu Drowi Z. Orłowskiemu.

Dr. Zenon Orłowski wygłasza rzecz pod t.: „Ocena nowszych bakteryologiczno-rozpoznawczych metod w durze brzusznym. Badania doświadczalno-kliniczne“. Na podstawie piśmiennictwa i własnych poszukiwań, dokonanych w klinice lekarskiej Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu, prelegent przytoczył metody bakteryologicznego badania kału, moczu, soku śledzionowego, krwi z plamek różyczki i krwi żylnej i ich wartość dla rozpoznania duru brzusznego. Największe znaczenie ma, zdaniem prelegenta, bakteryologiczne badanie krwi. Krew chorych na dur zawiera zawsze laseczniki durowe; mogą one być wykryte począwszy od 5 go dnia choroby, a według Curschmanna nawet od drugiego, aż do końca 3-go tygodnia, również podczas nawrotów. Dla otrzymania laseczników ze krwi prelegent dodaje 2—4 ctm. sz. krwi, wziętej z żyły w zgięciu łokciowem, do 200—300 ctm. sz. bulionu. Hodowle otrzymują się na 3—5 dzień. Temu badaniu prelegent przyznaje ogromne znaczenie rozpoznawcze wobec wykazania laseczników pokrewnych, wywołujących schorzenie o przebiegu kli-

nicznym, nadzwyczaj podobnym do duru brzusznego, t. zw. »paratyphus«. Opisem własności biologicznych tych laseczników i ich stosunku do odczynu Gruber-Widala prelegent zakończył swój odczyt.

W dyskusyi zabiera głos prof. Dr. Ziemacki Zdaniem jego należy przypuszczać, że nietylko laseczniki durowe, lecz i inne drobnoustroje chorobotwórcze mogą przedstawiać odmiany, czyli paratypy. Podobne pojmowanie łatwo tłómaczy, dlaczego n p. gronkowiec przedstawia się pasorzytem raz dość łagodnym, w innych zaś przypadkach występuje jako nadzwyczaj jadowity i sprowadza ogólne zakażenie z szybkiem zejściem śmiertelnem. Zastanawiając się nad tą sprawą, prof. dr. Ziemacki był skłonny już oddawna do tłómaczenia podobnego zjawiska tem, że tu wchodzą w grę pokrewne typy drobnoustrojów, zbliżone do siebie wielu właściwościami wspólnemi, zawsze jednak nie identyczne. Poszukiwania Kocha, wykazujące różnorodność prątków gruźlicy ludzkiej i zwierzęcej, utrwalały go w tem zdaniu. Odczyt prelegenta przedstawia dalsze dowody słuszności podobnego poglądu.

Zaznaczywszy w odpowiedzi, że paratypy istnieją prawdopodobnie i dla prątka gruźlicy, prelegent nie odrzuca możliwości paratypów i u innych drobnoustrojów; jeśli dalsze badania stwierdzą to przypuszczenie, to istnieniem paratypów łatwo da się wytłómaczyć bezskuteczność surowicy swoistej w wielu przypadkach posocznicy.

Prof. dr. Ziemacki nie podziela sceptycznego zapatrywania prelegenta na znaczenie odczynu Widala; następnie pyta o praktyczne znaczenie bakteryologicznego badania krwi chorych na dur.

W odpowiedzi dr. Z. Orłowski odmawia próbie Widala znaczenia objawu patognomonicznego; hodowle laseczników durowych ze krwi chorych można otrzymać już na 6—8 dzień, więc w końcu pierwszego tygodnia.

Doc. W. Orłowski wyraża obawę, żeby przy szukaniu paratypów nie wznowił się ten szał bakteryologiczny, który piętnuje początkowy okres w rozwoju bakteryologii, a który nakazywał dopatrywać przyczyny wielu zjawisk we właściwościach li tylko drobnoustroju chorobotwórczego, bez żadnego uwzględnienia podłoża, w którem on się rozwija, więc oraz ustroju ludzkiego lub zwierzęcego. Tą stronnością był nawskróś przesiąknięty i odczyt Kocha o gruźlicy na Zjeździe w Londynie. Tymczasem dla klinicystów nie ulega wątpliwości, że tenże drobnoustrój, n. p. prątek gruźliczy lub gronkowiec, zachowuje się niejednakowo w różnych ustrojach, zależnie od cechujących je własności odrębnych, co zresztą spostrzega się i na pożywkach sztucznych. Co się tyczy praktycznego znaczenia gorąco zalecanej przez prelegenta metody bakteryologicznego badania krwi w durze brzusznym, to doc. W. Orłowski zapatruje się na nią pod tym względem ujemnie: nie dosyć jest wykryć we krwi laseczniki, trzeba jeszcze udowodnić, że one są durowe, nie zaś inne, przedewszystkiem, że nie są to laseczniki z ogromnej gromady drobnoustrojów okrężnicowych, które mogą dawać też objawy kliniczne. Ponieważ zaś te drobnoustroje posiadają wiele cech wspólnych z lasecznikiem durowym, co tłómaczy się ich bliskiem pokrewieństwem, więc różniczkowanie ich wymaga dłuższego czasu i sprawa chorobowa może skończyć się wcześniej, niż badania bakteryologiczne dadzą odpowiedź rozstrzygającą. Odmawiając więc w obecnej chwili tej metodzie znaczenia praktycznego u łoża chorego, W. Orłowski zapatruje się na nią, jako na metodę, która wytyka nowe drogi w pojmowaniu sprawy durowej; ostrzega jednak przed bakteryologicznem badaniem krwi po śmierci chorego, ponieważ podobne badania nie mogą mieć żadnego znaczenia.

W odpowiedzi prelegent Z. Orłowski zaznacza, że pierwsze badania, w których znajdowano laseczniki durowe we krwi, dotyczą właśnie badań pośmiertnych.

Zdaniem doc. W. Orłowskiego badania te trzeba brać na wiarę i bardzo ostrożnie już dla tego, że one były dokonane w tym czasie, kiedy rozpoznanie różniczkowe lasecznika durowego od laseczników okrężnicowych było nader chwiejnem, tymczasem lasecznik okrężnicowy przechodzi do krwi zaraz po śmierci i tu szybko się rozwija.

Dr. Strawiński zapytuje o związek między ilością laseczników durowych we krwi, a natężeniem choroby.

Prelegent wyjaśnia, że im cięższy jest przypadek, tem łatwiej wykrywają się laseczniki, w lekkich przypadkach szukanie ich jest znacznie trudniejsze i często bezowocne.

Dr. Strawiński przypisuje ogromne znaczenie siłom zakazonego ustroju i sądzi, że od nich zależy łagodny lub złośliwy przebieg choroby zakaźnej.

Podziękowawszy następnie w imieniu Koła prelegentowi, przewodniczący Strawiński udziela głosu prof. dr. Ziemackiemu.

Prof. dr. Ziemacki wygłasza odczyt pod tyt.: »Przypadek wycięcia zwężonego jelita w okolicy zastawki Bauhiniusza«. Do prelegenta zwróciła się żona felczera w wieku lat 24, ze skargami na kurczowe bole w brzuchu, zwłaszcza w prawej okolicy biodrowej, połączone ze znacznem przelewaniem i burczeniem; bole wystąpiły po parokrotnem zapaleniu wyrostka robaczkowego. Prelegent wyczuł w prawym dole biodrowym podłużny guz twardy, który przebiegał w kierunku od przedniego górnego kolca talerza biodrowego ku macicy. Napadom bolów towarzyszyło w wybitny sposób miejscowe wzdęcie jelit i robaczkowe ich ruchy po prawej stronie pępka. Podczas operacyi prelegent znalazł w miejscu usadowienia nowotworu przedewszystkiem sieć, a pod nią cały kłąb wielkości dwóch pięści, złożony z pętlic jelita cienkiego i grubego, jak również pęcherza moczowego, jajnika, jajowodu i jelita esowatego. Pomimo znacznych trudności, prelegent dokonał nie ileokolostomii, (zabieg daleko łatwiejszy), lecz rozplątał węzeł i wyciął podstawę wyrostka robaczkowego i zwężone obrączkowo jelito cienkie u zastawki Bauhiniusza, wraz z częściami sąsiedniemi W ten sposób wyciął prawie 20 ctm. jelita z krezką. Wyrostek robaczkowy okazał się złożonym we dwoje; w miejscu zagięcia przewód jego był połączony ze światłem jelita cienkiego przez sztuczną szczelinę, powstałą, jak wykazało badanie drobnowidowe, na drodze byłego ropnego zapalenia wyrostka. Przytoczony przypadek przemawia, zdaniem prelegenta, na korzyść operacyi doszczętnej, wbrew zdaniu zwolenników łatwiejszego zabiegu, enteroanastomozy.

W dyskusyi doc. W. Orłowski zaznacza, że podobne zapatrywanie liczy wielu zwolenników; istotnie w klinikach wycinają znacznie większe kawałki jelita, niż było w przypadku prelegenta; jako przykład przytacza ogłoszoną przed rokiem pracę Payra, który opisał w jednem z czasopism chirurgicznych 14-ty przypadek wycięcia przeszło 200 ctm. jelita cienkiego.

Dr. Piotrowicz: Czem tłómaczą się obszerne zwężenia jelita cienkiego?

Prof. dr. Ziemacki: Chora przebyła parokrotne zapalenie wyrostka robaczkowego, które spowodowało prawdopodobnie zrośnięcie wyrostka z przylegającą pętlicą jelita cienkiego, a następnie nadżarcie ściany jelita i obrączkowe oddzielenie błony śluzowej jelita na znacznej przestrzeni; wskutek upośledzonego odżywiania w tych niezwykłych warunkach błona śluzowa musiała obumrzeć; powstało więc owrzodzenie, które zabliźniając się dało w następstwie obrączkowe zwężenie jelita.

Dr. Strawiński dziękuje prelegentowi i zamyka naukową część posiedzenia.

W posiedzeniu administracyjnem, oprócz spraw innych, wybrano w poczet członków Wydziału lekarskiego drów: J. Rudzkiego, Goryniewskiego i Oszczakiewicza. *Witold Orłowski.*

VII. Komisya zdrojowa (klimatyczna).

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

Ponieważ skutkiem różnorodności władz i rządów, składających się z osób, niezupełnie zaznajomionych z potrzebami zdrojowisk i uzdrowisk, nie mogły się one należycie rozwijać, dlatego po długich naradach Sejmu uchwalono 4 listopada 1891 r. ustawę, na podstawie której Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym wydało 12 maja 1895 r. statut dla zdrojowiska Krynicy, jak też podobnie dla innych zdrojowisk i uzdrowisk (klimatyk). Lekarstwo to okazało się nieskuteczne, o czem świadczy głośna walka w Zakopanem, a nie tak głośne, ale nie mniejsze niezadowolenie ogólne w Krynicy. Co do tej ostatniej, to nie było tam nic nowego, a jeno w odmiennej nieco formie podana

dawna „prowizoryczna instrukcya“ dla Komisyi zdrojowej, wydana przez zarząd dóbr państwowych.

Ponieważ nad tą sprawą pracowano w Sejmie i Namiestnictwie przez kilka lat, a zakres działania tych Komisyi bardzo szeroko zakreśla §. 7. w staraniu się o jak najpomyślniejszy rozwój zdrojowiska, o wygody i rozrywki dla gości, oraz czuwanie nad tem, aby zdrojowisko skądkolwiek szkody nie doznało, a mimo to ta praca, te ustawy nie wydały żadnego owocu, dlatego należy się rozpatrzeć, czy tu winną jest sama Komisya lub klimatyka, czy też ustawa i statut, opierający się na tej ustawie.

Statut dla zdrojowiska Krynicy:

„§ 1. Na mocy zezwolenia, udzielonego rozporządzeniem c. k. Gubernium Galicyi z dnia 13 czerwca 1807, uznaje się urządzenia i budowle, przeznaczone do celów leczniczych, w Krynicy i wokoło niej, jako zakład kąpielowy“.

Określenie to jest jasne i ścisłe, racyonalne i konieczne; aby tak istotnie było, aby te interesy całego przemysłu zdrojowo-kąpielowego ujęte były w jedną organiczną całość. Tymczasem określenie to obala zupełnie § 2: „Zakład zdrojowy w Krynicy obejmuje gminę Krynicę i Słotwiny i obszar dworski Krynica“.

Na gruntach gminy Słotwińskiej stoi zaledwie parę małych domków i znajduje się jeden zdrój, gdy cała duża wieś leży zupełnie na uboczu i nic wspólnego nie ma z przeznaczeniem zdrojowiska. Również z gminy Krynicy bardzo mały skrawek ziemi w pobliżu zdroju głównego ma urządzenia i budowle, przeznaczone do celów leczniczych, gdy zaś gmina wiejska rozciąga się na 2—3 kilometrów długości i nic nie ma wspólnego z interesami zdrojowiska.

„§ 3. Organami Zakładu zdrojowego są: a) komisya zdrojowa, b) zarząd zdrojowy, c) lekarz zdrojowy.“ Zatem zwierzchność gminna Krynicy i Słotwin nie ma żadnego wpływu na zdrojowisko, określone § 2. Tymczasem jest przeciwnie, gdyż obie te zwierzchności gminne mają poza obszarem dworskim wyłączną władzę, a nie posiada jej ani Komisya zdrojowa, ani zarząd zdrojowy, ani lekarz zdrojowy.

Z tego się okazuje, że blizko przed 100 laty teoretycznie oddzielono zdrojowisko Krynicę od gmin wiejskich, a przez cały wiek nie zdołano tego urzeczywistnić, odłączyć od siebie tych tak odmiennych, a nic wspólnego ze sobą nie mających interesów. Wynik kilkuletniej pracy Sejmu i Namiestnictwa jest jedynie ten, że paragrafem drugim jasne określenie paragrafu pierwszego zaciemniono, a paragrafem trzecim zaprzeczono paragrafowi drugiemu.

Komisya zdrojowa składa się z następujących członków: 1) delegat c. k. Namiestnictwa, 2) delegat Wydziału krajowego, 3) zarządca Zakładu, 4) naczelnik gminy Krynicy, 5) naczelnik gminy Słotwiny, 6) lekarz zdrojowy, 7) lekarz gminny, 8) i 9) dwóch lekarzy praktykujących w zdrojowisku (wybieralni z grona lekarzy), 10) i 11) dwóch właścicieli realności (wybieralnych nie z gminy całej, lecz z właściwego zdrojowiska według § 1).

Przewodniczącym jest delegat Namiestnictwa, a zastępcę przewodniczącego co rok wybierają członkowie Komisyi zdrojowej.

W skład Komisyi zdrojowej wchodzi dobór ludzi o wysokich stanowiskach społecznych i to ludzi, przedstawiających mniej więcej wszystkie sfery interesów zdrojowiska, znających te interesy i znających potrzeby i braki, słowem utworzono ciało bardzo poważne, względnie fachowe, by miało wpływ wszechstronny, by pod jego zarządem zdrojowisko się rozwijało należycie. I takby było niewątpliwie, gdyby *pia desideria* wypisane w § 7, ustępy 3, 4, 5, 6, 7 i 8, były oparte na jakiejkolwiek prawnej podstawie, któreby się Komisya uczepić mogła i w życie wprowadzić.

Imponująco wyglądają te ustępy, dlatego warto je choć w skróceniu przytoczyć. Komisya zdrojowa

„3) czyni wnioski co do zmiany taks i opłat, co do regulaminu najmu mieszkań, co do stosunków, które uwzględniać należy przy nowych budowlach i przebudowlach w zdrojowiskach, tudzież przy wykonywaniu regulaminu budowlanego, wogóle co do przepisów kąpielowych i t. d.“

Otóż Komisya zdrojowa na posiedzeniach 25 i 27 września 1897 r. opracowała wniosek co do zmiany taksy, lecz Namiestnictwo tych opracowanych wniosków nie uwzględniło; również bezskutecznie udawała się do Namiestnictwa, by zmienić bardzo wadliwy regulamin najmu mieszkań. Co do budowli zaś i przebudowań, to ani obszar dworski, ani władza gminna nie przedkłada jej planów, a Komisyi zdrojowej nie udzielono żadnego prawa, by ich mogła zażądać, aby mogła się coś dowiedzieć. Jakże więc dodatnio wpływać może?

„5) Wspiera Zwierzchność gminną, względnie przełożeństwo obszaru dworskiego w nadzorowaniu nad dobrocią sprzedawanych artykułów żywności, mięsa, wędlin i t. d.“

Ani Zwierzchność gminna, ani obszar dworski nie uznają potrzeby żadnych wsparć, bo tamte władze opierają się na swych prawach, a Komisyi zdrojowej do tych władz i do tych spraw żadnego prawa nie udzielono.

„6) Stara się o to, aby Zwierzchność gminna, względnie obszar dworski nie dozwalał na wznoszenie takich budowli, któreby bądź ze względów zdrowotnych, bądź z braku bezpieczeństwa od ognia szkodę dla gości przynieść mogły, niemniej baczyć powinna na to, aby w zabudowywaniu miejscowości zachowano pewne linie regulacyjne i by domy mieszkalne, przeznaczone dla gości, odpowiadały wymaganiom higieny“.

Istotnie zadania te godne są tak poważnego ciała, jakiem jest Komisya zdrojowa, tem więcej, że § 4 pozwala jej wzmocnić się przez przybranie znawców i rzeczywiście ona tu powinna mieć głos rozstrzygający. Ale jaką drogą ona ma dążyć do tego celu? Tej drogi niema, bo nie dano jej żadnej mocy, aby łamała prawa zwierzchności gminnej i obszaru dworskiego, a bezprawnie uczynić tego nie może, a zatem cały ten zakres działania Komisyi zdrojowej odpaść musiał pomimo najusilniejszych jej starań, pracy i zabiegów. Co więcej, w ustawie budowlanej z r. 1899 w § 14 „regulacya zdrojowisk“ przyznano Komisyi nad planami regulacyi zdrojowiska tylko jeden głos obok 5 lub więcej innych głosów, ale nie przyznano jej prawa wglądnięcia i ocenienia wartości tych planów.

Według statutu cała najważniejsza działalność Komisyi zdrojowej o jak najkorzystniejszy rozwój zdrojowiska, o wygody dla gości i o ich wszelkiego rodzaju bezpieczeństwo opiera się na „czynieniu wniosków“, „wspieraniu władz“ i „staraniu się“, ale wnioski się odrzuca, popierania nie potrzebuje, a staranie się jest niemożliwe, bo się nic nie wie: czyli jest to podstawa do olbrzymiej pracy, starań, usiłowań,

ale bezwzględnie bez żadnego wyniku, bo go osiągnąć nie można, bo to jest walka bezprawia z prawem.

Jedynie rzeczywistą podstawę do działania ma Komisya zdrojowa w § 7 ust. 1 i 2: zawiaduje funduszem kuracyjnym, który służy według § 13 na opłacenie muzyki, utrzymanie ogrodu i parku, oświetlenie, uprzyjemnienie gościom pobytu zabawami i pokrycie wydatków własnej administracyi.

To jest jedyna działalność Komisyi zdrojowej, której zakreślono tak szerokie i wspaniałe ramy, istotnie godne składu i doboru osób, pracy wszechstronnej nad utrzymaniem i rozwojem zdrojowiska, a której nie dano żadnej możności wydobycia się z poza drobnej gospodarki ogrodowej, opłaty muzyki i swej administracyi.

Może nareszcie teraz po upływie wieku całego teoretyczne, ale jasne określenie zdrojowiska Krynicy zostanie urzeczywistnione i oddzielone od gmin wiejskich, poczem może łatwiej będzie zakreślić istotny, a nie fikcyjny szeroki zakres działania Komisyi zdrojowej.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5 maja.

Z dniem 23 kwietnia administracyę »Przeglądu lekarskiego« objął profesor dr. Stanisław Ciechanowski (ul. Wielopole, 4); do niego więc należy się zgłaszać we wszystkich sprawach, dotyczących prenumeraty, odbitek, załączników, ogłoszeń, inseratów i t. d.

Jarosław 29 kwietnia. Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbyła d. 16 kwietnia b. r. w szpitalu powszechnym posiedzenie naukowe. Obecnych członków 21; jako goście: lekarz sztabowy Dr. Gottlieb; lekarze pułkowi: Dr. Kolbe, Fruchtmann, Hanel, Eisenschimmel; Dr. Schwarz z Łańcuta; nieobecnych 10.

Porządek dzienny:

I. Kol. Fechter: a) O gruźlicy stawów i kości z przedstawieniem chorych, operowanych i preparatów anatomiczno-patologicznych; b) przedstawienie chorych: 1) chorego z rozległem wydłutowaniem wyrostka sutkowego z powodu ropienia ucha środkowego i ropnia przedoponowego.

2) chorą z nabłoniakiem wargi dolnej z toaletą szyi według Hermana.

3) chorego, u którego z powodu rakowatego zwężenia odźwiernika, wykonano gastroenteroanastomozę tylną zaokrężnicową.

4) chorego z uwięzłą przepukliną pachwinową prawą, u którego wykonano herniotomię, wycięcie części obumarłej jelita; zabieg doszczętny. Przypadki 3 i 4 operowane w znieczuleniu rdzeniowem tropakokainą, sposobem Biera z modyfikacyą Guinard-Kozłowskiego.

W dyskusyi zabierali głos lekarze wojskowi: Gottlieb, Kolbe, Hanel, kol Trzaskowski i prelegent.

II. Kol. Rossberger: a) O bezradności higieny publicznej, wobec istniejących stosunków.

W dyskusyi zabierali głos prawie wszyscy obecni.

b) Demon-stracya chorego z praktyki prywatnej.

Tadeusz Fechter, sekretarz.

* Obywatele m. Krakowa, uznając doniosłe znaczenie dla fizycznego rozwoju młodzieży parku ćwiczeń cielesnych Dr. Jordana, postanowili uświęcić piętnastą rocznicę założenia tej pożytecznej instytucyi uroczystą wieczernicą w d. 8 b. m.

* Dr. Z. Pelczar z Drohobycza, w lecie praktykujący w Truskawcu, przesłał przez nasze pośrednictwo na cele „Towarzystwa samopomocy lekarzy“ 200 koron „zamiast ofiarowywania pacyentkom i znajomym kwiatów przy pożegnaniu“. Obok chwalebnego celu tej ofiary podnieść należy z uznaniem zdrową myśl zwalczania nieuzasadnionego zwyczaju, który gdzieindziej praktykują właściciele pensyonatów, ale nie lekarze.

* Rząd turecki rozpisał konkurs na 5 posad lekarskich w służbie sanitarnej. Kandydaci nie mogą przekraczać wieku 35 lat, mają posiadać dyplom, nabyty w jednym z uznanych uniwersytetów europejskich i muszą się poddać egzaminowi ustnemu i piśmiennemu z higieny, epidemiologii, bakteryologii i chemii analitycznej. Podania należy wnosić do 11 sierpnia 1904 r. pod adresem »Cesarskiej otomańskiej administracyi sanitarnej w Konstantynopolu“.

* Pruski minister oświaty zamierzył ułożyć listę lekarzy-specyalistów w Prusiech. W tym celu został rozesłany kwestyonaryusz, na razie tylko do lekarzy berlińskich, w którym lekarze-specyaliści mają dać odpowiedź na następujące pytania: jakiej gałęzi specyalnej lekarz się poświęca? jaką drogą nabył wiedzy specyalnej, mianowicie, w których latach poświęcał się tym studyom specyalnym, w jakich zakładach, pod czyim kierunkiem i jak długo? ile czasu pracuje w specyalnym zawodzie i czy posiada zakład własny lub poliklinikę, czy też pracuje w szpitalu i na jakiem pozostaje stanowisku.

* Wiele niezadowolnienia wywołało we Francyi zniesienie granicy wieku dla profesorów, która do tej pory oznaczoną była jak i w Austryi na 70 rok życia. W obecnym czasie granica ta obowiązuje tylko w uniwersytetach austryackich i holenderskich.

* Francuskie ministeryum zarządziło, ażeby chorych na gruźlicę, leczących się w szpitalach, umieszczać w osobnych budynkach, wyłącznie na ten cel przeznaczonych.

* Między 19 a 25 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim (2 gm.), jaworowskim (5 gm.), kamioneckim (1 gm.), lwowskim (3 gm.), mościskim (2 gm.), podhajeckim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stanisławowskim (2 gm.), stryjskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzwyczajny anatomii w Turynie, Dr. Bajardi, mianowany profesorem zwyczajnym. Docenci: Henneberg (anatomia) i Gardini (chirurgia) mianowani profesorami nadzwyczajnymi: Pierwszy w Giessen, drugi w Bolonii.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Aleksander Franciszek Kluczycki, lat 31 — w Wiedniu. Dr. Jouon, prof. anatomii — w Nancy Dr. Dobrowolski, prof. okulistyki — w Petersburgu. Dr. Bruchon, prof. anatomii — w Besançon. Dr. Jan Chądzyński, lat 80 — we Lwowie. Dr. Duclaux, kierownik Instytutu Pasteura — w Paryżu.

* *Otrzymujemy następujące doniesienie:*

Rozstrzygnięcie konkursu literackiego, ogłoszonego przez »Głos lekarzy«. Sąd konkursowy, złożony z Dra Festenburga, prof. Dra Kadyiego. Dra Mayera, Dra Mańkowskiego, Dra Wątorka i prof. Dra Ziembickiego, ukończył swe czynności w dniu 27 kwietnia i przyznał nagrody konkursowe po 100 koron autorom prac następujących:

1) pracy na temat: »Położenie materyalne i stanowisko społeczne lekarzy-praktyków na prowincyi«: godło »*Hej! ramię do ramienia!*“;

2) pracy na temat: »Położenie materyalne lekarzy-praktyków w miastach«: godło »*Krzywdę najdzie sam wszędy dla siebie, kto się rządzić nie umie w potrzebie*«;

3) pracy na temat: »Położenie materyalne lekarzy okręgowych«: godło »*E pur si muove*«;

4) pracy na temat: »Położenie materyalne lekarzy rządowych« bez godła.

Autorowie prac pod 1) i 4) zastrzegli sobie bezimienność, a nazwiska swe podali tylko do wiadomości naczelnego redaktora „Głosu lekarzy“.

Co do innych prac nagrodzonych, to okazało się po otwarciu kopert, że autorem pracy pod 2) wymienionej, jest Dr. Adam Langie z Krakowa, a pracy, pod 3) wymienionej, Dr. Stanisław Zasacki ze Szczurowa.

Stosownie do życzenia Sądu konkursowego przedłuża redakcya „Głosu lekarzy“ konkurs na tematy: a) Położenie lekarzy szpitalnych i b) Położenie lekarzy Kas chorych, do dnia 1 stycznia 1905 r.

Druk prac nagrodzonych rozpocznie „Głos lekaszy“ już w najbliższym numerze dnia 15 maja 1904 r.

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr. 17. Bornstein: Wiąd rdzenia i psychoza. Bogusławski: Preparaty vanadium. Stosowanie lecznicze.

— *Gazeta lekarska* Nr. 17. Rabek: Przyczynek do leczenia płonicy surowicą przeciwpłoniczą. Rzętkowski: Badania nad losem roztworów solnych w żołądku ludzkim (c. d.).

— *Odczyty kliniczne* N. 181 i 182. Riedel: Powstawanie, rozpoznanie i leczenie kamicy żółciowej (część II).

— *Głos lekarzy* Nr. 9 zawiera następujące artykuły: Taryfa lekarska. — Uregulowanie należytości sądowo-lekarskich w sprawach cywilnych. — Ordynacya dla lekarzy. — Opinie Izb lekarskich w sprawie tytułu specyalisty. — Organizacya prasy lekarskiej polskiej. — Sprawa szpitalika św. Zofii.

— *Kronika lekarska* Z. 8. Miklaszewski: O wpływie fizyologicznym zabiegów gorących na ustrój (c. d.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 3. Chramiec: Potrzeby zdrojowisk krajowych. Praschil: O leczeniu zdrojowo-kąpielowem chorób serca w Truskawcu.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 5. Legeżyński: Zdrowotność miasta Lwowa w r. 1903. Panek: Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy (c. d.).

— *Revue v neurolgii, psychiatryi, fisykalni a diaeteticke therapii* Nr. 1 i 2. Mladějovský: Dnavá onemocnění a některé příznaky nervové.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 17. Krutina: Favus v Bosně a Hercegovině (c. d.). Zahradnický: Zpráva o 604 kýlách v nemocnici německobrodské operovanych. Pexa: Angina diphtherica maligna. Mareš: Energetická bilance živého těla (dok.).

— *La Presse médicale* N. 32. Gley i Richaud: Sole wapnia i żelatyna uważane jako czynniki krzepnięcia krwi. Tuffier: W sprawie dekapsulacyi nerki.

— Nr. 33. Trousseau: Bole głowy pochodzenia ocznego. Gaucher: Kiłowa podstawa zapalenia wyrostka robaczkowego. Uwaga dodatkowa. Philibert: Zapobieganie zakażeniu zimniczemu.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 17. Milner: Bolesne pasy na szyi po ranach głowy. Krebs: Wpływ miejscowego zastosowania chłodu na czynność serca. Glaessner i Sigel: Organoterapeutyczne próby w schorzeniach trzustki. Lippert: O niektórych nowych próbach ulepszenia metody oznaczania granic serca, oraz uwagi nad woltaizacyą sinusoidalną. Ascher: Przyczynki do higieny społecznej. Czy wyniki usiłowań przeciw gruźlicy doprowadziły do celu?

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 17. Tappeiner i Jodlbauer: Działanie substancyi fluoryzujących na jady błonicy i tężca. Reinhold: Ciężka niedokrewność z »hiperglobulią«, jako następstwo przewlekłego zatrucia tlenkiem węgla. Bonheim: O t. zw. pierwotnym śródbłoniaku opłucnej. Frankenstein: O przedziurawieniu zapomocą narzędzia Fridondaniego. Bartels: Stosunek między rwą nerwu trójdzielnego, a nawrotną nadżerką rogówki. Koerber: Przypadek ogólnego zapalnego obrzmienia skóry. Steinthal: Rokowanie przy mięsaku jelit. Bulling: Wdychiwanie fenilo-propiolanu sodowego w gruźlicy krtani i płuc. Meinhold: Podskórne złamanie prawego obojczyka, następowe zamknięcie tętnicy obojczykowej, wydłutowanie, szew kostny, mechanizm zranienia naczyń przy złamaniach obojczyka. Mayer: Podwójne zranienie obydwóch gałęzi żyły podskórnej odgoleniowej. Groźny krwotok. Swoisty sposób zatamowania krwi. Wanser: Dwa zajmujące przypadki z praktyki. Mohr: Mechaniczne leczenie przepuklin brzusznych zapomocą paska przepuklinowego Wolfermanna. Müller: O zastosowaniu i działaniu adrenaliny u chorych. Hippel: Nowe badania fizyologiczne i patologiczne objawu źreniczego (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 17. Hirschl: Mózg a kiła. Budinger: Leczenie przewlekłego zapalenia stawów wstrzykiwaniami waseliny. Friedländer: Rozpoznanie zapalenia stawu biodrowego. Pendl: Przypadek skręcenia (volvulus) żołądka. Schüller: Przyczynek do nauki o krwotoku z pozornie niezmienionej nerki.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 18. Rettmann: Gruźlica skóry pod postacią trądzika. Neufeld: Dzieje odkrycia uodpornienia przeciw gruźlicy. Sattler: Zasady leczenia krótkiego wzroku (dok.). Klien. Trwały rytmiczny skurcz mięśni połykowych (dok.). Soltmann: Choroby zakaźne wieku dziecięcego i podstawy do ich leczenia (dok.). Perthes: Doświadczenia nad wpływem promieni Röntgena i promieni radu na dzielenie się komórek (dok.).

Redakcya otrzymała: Fr. Neugebauer: 1) Z kazuistyki szpitalnej. Krótka statystyka 37 operacyi, połączonych z otwarciem jamy brzusznej. 2) Kilka słów o powtarzaniu się obojnactwa wrzekomego w jednej i tej samej rodzinie. 3) Einige Worte über die Mutterhals-Scheidenfisteln der portio vaginalis uteri. 4) Cztery ciekawe spostrzeżenia wrzekomego obojnactwa z własnej praktyki. 5) Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o hermafrodytyzmie? Pruszyński: Die Pathogenese der Erkrankungen der Gallenwege und die Indication zu deren chirurgischen Behandlung. Mańkowski: 1) Hemofilia po dannym bolnicy św. Olgi. 2) K czastotie zabolewanija rachitom krestijanskich dietej w buzulskom ujezdie, samarskoj gubernii.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 17 (od 24/IV do 30/IV) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 29, dz. 37; nieżywo: chł. 1, dz. 2. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 17, kob. 27; zamiejscowych: męż. 18, kob. 3.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 12, ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 1 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. 1. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. — 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob 2. 21) nowotwory: miej. 5, ob. 4. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 17, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 1. **Razem** miej. 44, obcych 21.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 11 b. m., o godzinie 6-tej popołudniu, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. Żeleński mówić będzie: „O pojawianiu się ciałek szpiku kostnego (myelocytów) we krwi niemowlęcej (na podstawie badań, prowadzonych wspólnie z Dr. Teodorem Cybulskim); 2) Dr. Habicht: „O t. zw. „typhus diagnosticum" Fickera (z demonstracyą).

Dr. Maks Haudek, właściciel i kierownik Zakładu ortopedycznego w Wiedniu prosi nas o zaznaczenie, że przeniósł swój zakład na Bauernmarkt Nr. 10.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych

patrz następną stronicę.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr. **Jekels**, właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.

Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski**, docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).

Dr. **Witczak**, kierownik i właściciel Zakładu.

Kosów

lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.

Dr. **Tarnawski**, kierownik i właściciel.

Krynica.

Dr. **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Lewicki Stanisław**, asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**

Maryówka pod Lwowem.

Dr. **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Rabka.

Dr. **Lang**, lekarz okr.

Rymanów.

Dr. **Dukiet.**

Szczawnica.

Dr. **Gorski Ksawery**, lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego dolnego i pensyonatu.

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski E.**, radca ces., lekarz zakł.
Dr. **Pelczar Z.**

Zakopane.

Dr. **Majewicz Edmund**, Przecznica.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr. **Feuerstein Leon**, („Hotel Continental“).

Franzensbad.

Dr. **Steinsberg**, („Goldener Brunnen“).

Karlsbad.

Dr. **Kołaczkowski**, („Stadt Athen“).
Dr. **Kostecki**, (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz**, (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau“).
Dr. **Kropf Leon**, (Theatergasse, „Minerva“).

Kissingen.

Dr. **Chłapowski Franciszek**, radca sanitarny.

Marienbad.

Dr. **Harajewicz Wład.**, (Villa „Wahnfried“).
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).

Meran.

(Sezon 1/IX—31/V.)

Dr. **Binder**, kier. i właściciel sanatoryum „Stefania“.

Trenczyn.

Dr. **Wobr**, lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Marienbad
(Böhmen)

628 m. n. p. m., klimat podalpejski. Lesista, ochroniona od wiatrów okolica. — **Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn,** najsilniejsze wody glauberskie w Europie (5 gr. na litr). — Wskazania: choroby przemiany materyi, serca (otłuszczenie), wątroby, jelit, zaburzenia w krążeniu i t. d. — **Rudolfsquelle,** zawiera wyjątkowo dużo węglanów wapnia i magnu. Wskazania: dna, skaza moczanowa, przewlekłe nieżyty miedniczek nerkowych, pęcherza etc., kamienie nerkowe, nieżyty jelit etc. — **Ambrosiusbrunn,** najsilniejsza czysta szczawa alkaliczna (0·177 gr. dwuwęglanu żelaza na litr). — Wskazania: niedokrwistość, błednica etc. — **Naturalne kąpiele gazowe,** stopniowane. — **Kąpiele borowinowe (75.000 na sezon)** z własnej borowiny. — **Zakład wodoleczniczy. — Kąpiele parowe i elektryczne. — Zakład balneologiczno-higieniczny. — Zakład Zanderowski. — Mleczarnia centralna.**

Frekwencya 25.000. — Turystów 50.000.

Prospekt gratis przesyła „Bürgermeisteramt". 13

Serravallo's

Wino chinowe z żelazem.

Przez powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrewnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie

przez dzieci i kobiety.

Odznaczone kilkakrotnie. — **Przeszło 2500 orzeczeń lekarskich.** — Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki. 115

J. Serravallo * Triest-Barcola.

MATTONIEGO GIESSHÜBLER

najobficiej alkaliczna woda mineralna

SZCZAWIOWA

napój orzeźwiający stołowy,

skuteczny bardzo na kaszel w chorobach szyi katarach żołądka i pęcherza.

Henryk Mattoni, Karlsbad i Wieden. 5

Kalle i Spka., chem. fabryka Biebrich n. Renem.

Oddział wyrobów farmaceutycznych.

Orexin-Tannat — Najlepsze stomachicum, bez smaku działa pewnie **w braku łaknienia, hyperemesis gravidarum,** nudnościach podczas jazdy koleją lub okrętem. **Orexynowe kołaczyki i orexynowe kołaczyki czekoladowe** po 0,25 gr.

Bismutose — Pewne w działaniu, nieszkodliwe **adstringens w chorobach jelit;** łagodne **protectivum w ulcus ventric., hyperaciditas** i t. d. **Dawka:** dla dorosłych 3 - 5 gr. co godz., dla dzieci 1—2 gr. w miksturze lub kleiku ryżowym co godz. łyżeczkę kawową.

Dormiol — Skuteczny **środek nasenny** w dawkach po 0.5 do 3,0 gr. Podobny w działaniu jak chloralhydrat—jednak nie wywołuje żadnych ubocznych objawów. **Dormiolowe kapsułki** po 0,5 gr.

Jodol — Przetwór, zastępujący najlepiej jodoform, bez zapachu i nietrujący, stosowany we wszystkich chorobach kiłowych, również z dobrym skutkiem wewnętrznie (w dawce 0,4—2,0 pro die), zamiast Kali jodatum.

Menthol-Jodol — Nadaje się szczególnie do wdmuchiwań w praktyce rino -laryngologicznej. 8

Literatura na żądanie opłatnie.

Sapomenthol

nagrodzony dyplomem honorowym i złotym medalem na wystawach międzynarodowych w Paryżu i Londynie 1901, Marsylii 1902.

(Maść Sapomentholowa)

nacieranie ból uśmierzające wyrobu **Eugeniusza Matuli,** aptekarza **w Radomyślu** koło Tarnowa



Maść ta z najlepszym skutkiem używana w cierpieniach reumatycznych, gośćcowych, nerwobólach itp. poleca się jako środek zewnętrzny, szybko działający! 81

Sposób użycia: miejsce zbolałe, naciera się 2—3 razy dnia, poczem je owija watą lub flanelą.

Expedyowaną bywa, tylko w słoikach oryginalnych po cenie **1** kor. **40** i większych po **5** koron.

Broszury i próbki dla WPP. Lekarzy na żądanie franko. przesyła **apteka Eugeniusza Matuli Radomyśl koło Tarnowa.**

Składy we wszystkich aptekach.

Przy wcieraniach **przewyższa** zastosowanie **Ung. hydr. cinereum**

Zawiera $33^1/_3$% Hg.



Prawnie zastrzeżone.

Patent węg. L. 24.723.



W graduowanych, szklanych tubkach po 30 g.

Cena K 2·—.

Bez zapachu, nie zawiera tłuszczu, nie brudzi bielizny i w ciągu 3 do 5 minut zostaje całkowicie wessane.

Fabryka na żądanie PP. lekarzy przesyła darmo i opłatnie próbki i literaturę.

Nabyć można we wszystkich aptekach.

Fabryka: **Dr. A. Rosenberga Apteka**

Budapeszt, ul. Kerepeser Nr. 43.

Skład główny dla Austryi: **G. & R. Fritz, Wiedeń I.**

Sprzedaje tylko aptekom.

Sprzedaż drobna: **C. Brady, Wiedeń I, Apteka pod Królem węgierskim i we wszystkich aptekach.** 100

Rok XLIII. Kraków 14 Maja 1904. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

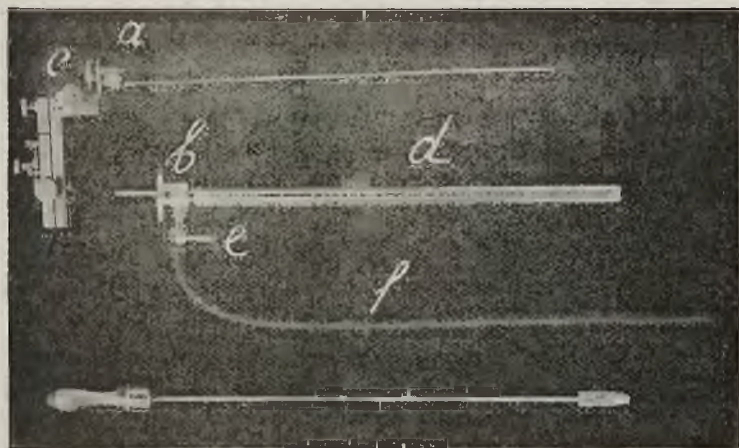
I. Nowy aëro-uretroskop.

Podał

Dr. Wasserthal (Karlsbad).

W roku 1887 opisał v. Antal[1]) przyrząd, który nazwał „aëro-uretroskopem", a którego przeznaczeniem miało być rozszerzenie cewki zapomocą ciśnienia powietrza i umożliwienie jednoczesnego obejrzenia większej powierzchni błony śluzowej. Główną wadą przyrządu Antala było niedostateczne oświetlenie od zewnątrz zapomocą reflektora. Prawdopodobnie z tego powodu przyrząd ten nie znalazł szerszego zastosowania.

Nie znając jeszcze przyrządu Antala, zbudowałem własny, który umożliwia rozdęcie cewki pod kontrolą oka. Podstawę tego nowego przyrządu stanowi znany i powsze-



chnie używany uretroskop Oberlaender-Valentina, który zmodyfikowałem odpowiednio do naszego celu, jak to objaśnia rysunek.

a przedstawia stożek, przyszlifowany hermetycznie do części *b*, która przy *c* jest zamkniętą zapomocą płytki szklanej (ewentualnie soczewki powiększającej Luysa)[2]).

Stożek *a* i płytka *c* zamykają hermetycznie rurkę *b*. Z boku rurki *d* znajduje się kurek *e* i rurka gumowa *f*, przez które zapomocą większej strzykawki lub balonika można wtłoczyć powietrze.

Uchodzeniu powietrza do pęcherza zapobiega się uciskiem na cewkę w kierunku spojenia łonowego od zewnątrz, lub też przez wprowadzenie palca do odbytnicy.

Przyrządu tego używa się zupełnie tak, jak przyrządu Valentina.

[1]) Centralblatt f. Chirurgie Nr. 20, 1887.

[2]) Presse medicale Nr. 32, 1903.

W porównaniu ze zwykłym uretroskopem ma przyrząd ten następujące zalety:

Obejmuje się okiem jednocześnie większe przestrzenie błony śluzowej cewki i zarazem otrzymuje się pojęcie o jej własnościach, o stopniu rozszerzalności i zbitości błony śluzowej. Tam, gdzie badanie zapomocą *„bougie à boule"* nie daje wyników dostatecznych, przyrząd nasz może oddać niezaprzeczone usługi. Jeżeli skośnie ścięty koniec rurki *d* przytkniemy do ściany cewki, otrzymujemy okrągłe pole widzenia i możemy odpowiadającą mu część błony śluzowej zniedokrwnić przez ciśnienie powietrza. Dzięki czemu znajdujące się w polu widzenia gruczoły, polipy, części zapalone, gruzełki i t. p. bardziej się odcinają od bladego tła i tem lepiej wpadają w oko.

Widzimy tedy, że zniedokrewnienie błony śluzowej, które jako jeden z ważnych zarzutów stawiano przyrządowi Antala, może być zużytkowane w celach rozpoznawczych.

Ma się rozumieć, że przyrządu tego można także używać, jako zwykłego uretroskopu Valentina. Wogóle zaś służy on, jako uzupełnienie sposobu rozpoznawania wziernikowego cewki w granicach, zakreślonych przez metodę endoskopową.

II. Uwagi nad powstawaniem chorób zakaźnych.

Napisał

Dr. Adam Wrzosek.

(Podług wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem na posiedzeniu dnia 2 grudnia 1903 r.)

(Ciąg dalszy).

Do ery bakteryologicznej główną, niemal wyłączną rolę w powstawaniu chorób zakaźnych przypisywano ustrojowi. Pogląd ten uległ zupełnej zmianie, gdy odkryto drobnoustroje, po wstrzyknięciu których zwierzętom i ludziom*) występowały choroby zakaźne. Od tego czasu zaczęto uważać drobnoustroje za wystarczającą, a zarazem jedyną przyczynę chorób zakaźnych i nazwano je zarazkami swoistymi. Głównymi rzecznikami tego poglądu byli Klebs, Koch, Loeffler, J. Cohn, Baumgarten, a nawet hołdował

*) W piśmiennictwie znajdują się wzmianki o tych czynionych na ludziach, a jednak nieludzkich doświadczeniach. I tak jeden z doświadczających wywołał u ludzi zdrowych poprzednio dur powrotny po wstrzyknięciu im krwi, zawierającej krętowłoski (*spirochaete*) Obermeiera; drugi zaszczepił w Honolulu trąd złoczyńcy, skazanemu na śmierć; trzeci szczepił ludziom krew, zawierającą *plasmodia malariae* z wynikiem „pomyślnym"; czwarty opisuje napad cholery u 19-letniego młodzieńca, który spożył hodowlę przecinkowców cholery po uprzedniem zobojętnieniu sobie soku żołądkowego węglanem sodu.

mu w początku i Pasteur. A chociaż Koch, Baumgarten i inni bronią dotąd poglądu, że każdy osobnik zachorować musi, skoro tylko wtargną do jego ustroju drobnoustroje, jadowite dla gatunku, do którego dany osobnik należy, to jednak pogląd ten żadną miarą w nauce ostać się nie mógł i nie może.

Już w r. 1880 wystąpił w Niemczech Virchow(64), a we Francyi Bouchard(16) w obronie roli ustroju w powstawaniu chorób zakaźnych, a zarazem przeciw skrajnie bakteryologicznej szkole. Virchow w polemice z Klebsem wyraźnie zaznaczył, iż drobnoustroje nie wystarczają do wyjaśnienia powstawania chorób zakaźnych: „die Pilze an sich noch nicht genügen, um volle Erklärung der Infectionserscheinungen zu geben.“ Również Bouchard z naciskiem podniósł, iż obok drobnoustrojów jadowitych sam ustrój odgrywa pewną rolę w chorobach zakaźnych. Pogląd ten, rzec można, stał się obecnie panującym w nauce.

Za doniosłością roli, jaką odgrywa ustrój w chorobach zakaźnych, przemawia cały szereg spostrzeżeń i doświadczeń.

Wiadomo powszechnie, że nawet podczas bardzo groźnych epidemii, w czasie których wszyscy niemal ludzie w pewnej miejscowości narażeni są w równej mierze na zakażenie, tylko część choruje, a jeszcze mniej umiera. W opisach rozmaitych epidemii znajdujemy niejednokrotnie wzmianki, że z początku choroba epidemiczna miała przebieg daleko groźniejszy, niż później.

Długosz, opisując epidemię w r. 1348*), podaje, że w pierwszych dwóch miesiącach zaraza zabijała chorych w ciągu trzech dni, gdy później nie miała już tak gwałtownego przebiegu, albowiem w ciągu następnych pięciu miesięcy choroba trwała dni pięć

Wytłómaczyć możnaby to w ten sposób, że w początku epidemia była najgroźniejsza, gdyż zapadali na zarazę najmniej odporni, później więcej odporni i u tych choroba dłużej trwała, wreszcie epidemia wygasła, gdyż pozostali przy życiu tylko ludzie, na zarazę zupełnie odporni.

Podobny opis przebiegu epidemii cholery znajdujemy u Jędrzeja Śniadeckiego(62). „Panująca u nas cholera, pisze Śniadecki, była oczywiście w początkach bardzo gwałtowna i wszystkich niemal ubijała; po upłynieniu dni kilkunastu ułagodziła się znacznie i często leczyć się dała. Gdy zaś złagodniała zupełnie i ustawać się niemal zdawała, najwięcej i najmocniej zapadali nowo przybywający z miejsc zdrowych.“

Według Hueppego(32) w Niemczech podczas epidemii cholery zapadło na nią 3% do 7% ludności, czyli że od 93% do 97% mieszkańców jest na zarazę odpornych.

Drobnoustroje przeto nie są jedyną i wystarczającą przyczyną chorób zakaźnych, jak to przypuszczają zwolennicy skrajnie bakteryologicznego kierunku. Bo jeśli n. p. jedyną przyczyną cholery miałby być przecinkowiec Kocha, jak to utrzymuje ten wielki badacz(38), to niezrozumiałym byłby fakt, że podczas epidemii cholery w wypróżnieniach ludzi zupełnie zdrowych znajdowano przecinkowce cholery. Jeśli prątek wąglika miałby być wystarczającą przyczyną tej choroby, to trudno byłoby pogodzić z tym fakt, że psy są odporne na zakażenie wąglikiem, podczas gdy szczenięta są na nie wrażliwe. Również nie można byłoby zrozumieć, dlaczego jeden szczur znosi bez szwanku zakażenie bardzo jadowitymi laseecznikami wąglika, gdy inny pada po wstrzyknięciu mu pierwszej szczepionki Pasteurowskiej.

Nie można nazwać gronkowca złocistego wystarczającą przyczyną ropy, drobnoustrojem, „ropotwórczym“, gdyż nie wywiera on bynajmniej szkodliwego skutku, jeśli go wstrzykniemy zwierzęciu w niewielkiej ilości pod skórę. Ta sama jednak niewielka dawka, wstrzyknięta pod skórę zwierzęciu tego samego gatunku, wywołuje ropień, jeśli ją wstrzykniemy w 25% roztworze cukru gronowego. Na ciekawe to zjawisko pierwszy zwrócił uwagę Bujwid(14), który je badał wraz z Grodeckim. Wyniki badań Bujwida zostały rychło potwierdzone przez Karlińskiego i Janowskiego.

Podług Grawitza(35) same drobnoustroje ropne, wstrzyknięte do jamy brzusznej zwierzęcia w płynie obojętnym, nie są w stanie wywołać zapalenia otrzewnej, nawet jeśli je wstrzyknąć w wielkiej ilości. Późniejsze badania wykazały, iż odgrywa tu bardzo ważną rolę jadowitość wprowadzonych do jamy brzusznej drobnoustrojów, oraz ich liczba. Niewielka liczba nawet bardzo jadowitych drobnoustrojów ropnych, wstrzyknięta do jamy brzusznej, zazwyczaj nie jest w stanie wywołać u zwierząt jakichkolwiek złych skutków.

Znaną powszechnie jest rzeczą, że *diplococcus pneumoniae* może znajdować się u ludzi zdrowych, nie wywołując bynajmniej zapalenia płuc; toż samo znajdowano niejednokrotnie u ludzi zdrowych, prócz gronkowca i paciorkowca ropnego, również laseczkę durową, laseczkę błoniczą (Loeffler), zarazek gruźliczy (Straus) i t. d.

Jak dalece poza drobnoustrojami i inne czynniki, jak głód, obniżenie ciepłoty i t. d., odgrywają ważną rolę w powstawaniu chorób zakaźnych, dowodzą liczne doświadczenia, wykonane przez wielu badaczy.

Canalis i Morpurgo(16) zauważyli, iż u głodzonych kur i gołębi można wywołać chorobę, szczepiąc im laseczniki wąglika. Badaczom tym udawało się wywołać chorobę u kur i gołębi, jeśli głodzenie poprzedzało zakażenie lasecznikami wąglika, lub natychmiast po niem następowało. Natomiast, jeśli po wstrzyknięciu laseczników wąglikowych zwierzęta dostawały swoje zwykłe jadło, to pozostawały zdrowe.

Niemniej ciekawe są wyniki badań Arloinga, Cornevina i Thomasa, Nocarda i Rouxa(16). Badacze ci zauważyli, iż daleko łatwiej można wywołać chorobę u zwierząt po wstrzyknięciu im prątków obrzęku złośliwego (*vibrion septique*) jednocześnie z nieznaczną ilością kwasu mlecznego, niż po wstrzyknięciu samych prątków.

Wiadomo, że polne i leśne myszy są bardzo wrażliwe na zakażenie prątkami nosacizny; natomiast myszy domowe i myszy białe są na to zakażenie odporne. Można jednak białe myszy pozbawić tej odporności, jeśli wywołać u nich moczówkę cukrową za pomocą florydzyny, jak to wykazał Leo(32) Z doświadczeń Charrina i Rogera(16) wynika, że wyczerpanie usposabia ustrój do chorób zakaźnych. Doświadczenie swoje Charrin i Roger wykonywali w ten sposób, że szczury, zaszczepione lasecznikami wąglikowymi lub prątkami obrzęku złośliwego, zmuszali biegać w klatkach,

*) Epidemia ta, najstraszniejsza o jakiej wspomina historya, grasowała w Europie w XIV stuleciu (1347—1352) pod nazwą czarnej zarazy lub czarnej śmierci (*mors nigra*). Do Polski wtargnęła ona w styczniu 1348 r.

specyalnie na ten cel urządzonych, w ciągu trzech dni po 2 do 8 godzin dziennie. Dla kontroli zakażali w ten sam sposób pewną liczbę szczurów, które pozostawiali w spokoju. Okazało się, iż szczury, które po zakażeniu zmuszone były biegać, padały zawsze wcześniej, niż te, które pozostawione były w spokoju. Często zdarzało się również, że pierwsze padały, gdy drugie znosiły zakażenie.

Platania(28) podaje, że można gołębie za pomocą chloroformu, a psy za pomocą alkoholu pozbawić odporności na zakażenie laseczniki wąglika.

Według Kleina i Coxwella(28) można u szczurów białych i żab wywołać śmiertelne zakażenie wąglikowe, jeśli je zakazić w czasie kilkuminutowego uśpienia mieszaniną chloroformu i eteru w równych częściach.

Zdaniem Hankina(28) dzikie brunatne dorosłe szczury są wrażliwsze na zakażenie prątkami wąglika, gdy się je żywi chlebem, niż gdy dostają mięso.

Nieraz samo miejsce zakażenia odgrywa rolę decydującą w powstawaniu chorób zakaźnych. Przecinkowiec cholery, wstrzyknięty podskórnie człowiekowi nawet w wielkich dawkach, wywołuje tylko nieznaczne zaburzenia; tenże drobnoustrój, wprowadzony do przewodu pokarmowego, wywołuje typową cholerę azyatycką (49).

Zanważono, iż te zwierzęta (białe myszy, świnki morskie), które łatwo ulegają wąglikowi po wstrzyknięciu im pod skórę laseczników wąglikowych, są nadzwyczaj odporne na zakażenie drogą przewodu pokarmowego; natomiast bydło rogate, wrażliwe na zakażenie lasecznikami wąglika drogą przewodu pokarmowego, jest mało wrażliwe na podskórne wstrzykiwanie tych zarazków (43).

Jeśli wstrzyknąć zwierzęciu prątki złośliwego obrzęku wprost do krwi, to zwierzę nie pada, a przeciwnie nabywa nawet odporności na to zakażenie. Jeśli jednak tego samego gatunku zwierzęciu wstrzykniemy zarazki pod skórę, to zwierzę w ciągu 24 godzin pada (16).

Czynniki termiczne bez zaprzeczenia mają również pewne znaczenie w powstawaniu chorób zakaźnych. N. p. w zapaleniu płuc znaczną nieraz rolę odgrywa zaziębienie, jak to już dawni lekarze zauważyli ucząc, iż *frigus unica pneumoniae causa*.

Klasyczne doświadczenia Pasteura i Jouberta(49) wykazują dobitnie, jaki nieraz może mieć wpływ na powstawanie chorób zakaźnych obniżenie ciepłoty ciała. Przez pewien czas sądzono, że kury są zupełnie odporne na zakażenie lasecznikami wąglika. Można im wstrzykiwać duże dawki jadowitych laseczników wąglika bez wszelkiego skutku. Dopiero Pasteur i Joubert dowiedli, że zwierzęta te nie są jednak zupełnie odporne na zakażenie rzeczonymi drobnoustrojami. Badacze ci po zaszczepieniu kur lasecznikami wąglika zanurzali dolne ich kończyny do zimnej wody, aby obniżyć ciepłotę ciała. W tych warunkach kury traciły odporność na zakażenie i niechybnie padały.

Zdaniem Wagnera(49) główną rolę odgrywa tu fagocytoza, która u kur prawidłowych występuje w stopniu wybitnym, gdy u kur z obniżoną ciepłotą jest ona bardzo nieznaczną. Nadto Wagner zrobił spostrzeżenie, że obniżając ciepłotę kur za pomocą antypiryny lub chloralu, można je również pozbawić odporności na zakażenie lasecznikami wąglika.

Wpływ czynników termicznych jeszcze widoczniej występuje w pewnej chorobie zakaźnej u żab, opisanej przez Ernsta(21). U zwierząt tych występuje wiosną choroba epidemiczna śmiertelna, ustająca zupełnie z nastaniem lata. Chorobę tę wywołuje lasecznik bardzo drobnych rozmiarów, odkryty przez Ernsta — *bacillus ranicida*. — Ernst, postanowiwszy zbadać powstawanie rzeczonej epidemii żab, wstrzykiwał im w jesieni duże dawki hodowli *b. ranicida*. Część ich umieszczał w cieplarce o 25°, drugą zaś część trzymał w ciepłocie nizkiej. Okazało się, że pierwsze żaby znosiły zakażenie wcale dobrze, gdy drugie padały. Następnie w lecie powtórzył Ernst swe doświadczenia. Część zaszczepionych żab trzymał w ciepłocie pokojowej, natomiast drugą część w miejscu ochłodzonem do 6°—10°. Pierwsze żaby pozostały przy życiu, gdy wszystkie, trzymane w niższej ciepłocie, padły. Z dalszych doświadczeń okazało się, że żaby, trzymane przez kilkanaście dni w niższej ciepłocie (7 R), a następnie przeniesione do ciepłoty pokojowej i natychmiast zaszczepione *b. ranicida*, również padały. Wreszcie nie można było żab uodpornić na zakażenie nawet wielkiemi dawkami hodowli *b. ranicida*, wstrzykiwanemi w ciepłocie pokojowej. Co najciekawsze może w tych doświadczeniach Ernsta, to stwierdzenie faktu, że *b. ranicida* daleko lepiej rośnie w ciepłocie od 22° do 30°, niż w ciepłocie nizkiej.

Uraz również odgrywa pewną rolę w powstawaniu chorób zakaźnych, zwłaszcza takich, jak ostre zapalenie szpiku kostnego, oraz gruźlica stawów i kości. Podług zestawienia Gebelego(63) 28% przypadków ostrego zapalenia szpiku kostnego jest pochodzenia urazowego. Sprenger, zestawiając 163 przypadki gruźlicy stawu skokowego i kości, składających ten staw, w 31% mógł wykazać uraz, który poprzedzał chorobę.

Jest rzeczą powszechnie wiadomą, że niektóre zawody sprzyjają bardzo powstawaniu gruźlicy, że wspomnę tylko szlifierzy szkła, tkaczy i robotników w fabrykach tytoniu.

Niejednokrotnie zwracano już uwagę na związek, jaki zachodzi między pijaństwem, a szerzeniem się gruźlicy.

Wogóle złe warunki ekonomiczne, a co za tem zwykle idzie i złe warunki zdrowotne znacznie się przyczyniają do powstawania gruźlicy. Mówią nam o tem wymownie statystyczne liczby, zebrane przez Gebhardta. Wykazał on, iż w miarę zmniejszania się dochodu wzrasta śmiertelność wskutek gruźlicy. W Hamburgu np. na 1000 osób, płacących podatki od dochodu rocznego ponad 3500 marek, wypada 1,07 przypadków śmierci z gruźlicy; na tyleż osób z dochodem 2000 do 3500 marek — 2,1; z dochodem 1200 do 2000 marek — 2,64; z dochodem 900—1200 marek — 3,93.

Co się tyczy swoistych własności drobnoustrojów jadowitych, to i ta sprawa przedstawia się w świetle późniejszych badań inaczej, niż przedstawiano ją sobie dawniej. Okazało się z jednej strony, że ten sam drobnoustrój może wywoływać różne sprawy chorobowe, z drugiej zaś strony, że ta sama sprawa chorobowa może być wywołana przez zgoła różne drobnoustroje. *Diplococcus pneumoniae* znajdowano w zapaleniu płuc, ale znajdowano go również w ostrem zapaleniu szpiku kostnego. W zapaleniu płuc najczęściej spotyka się *diplococcus pneumoniae* Fraenkla-Weichselbauma, lecz również i inne pasorzyty mogą wywoływać tę chorobę, a mianowicie *bacillus pneumoniae Friedlaendera*, paciorkowiec i gronkowiec złocisty. Z ropy w zapaleniu

szpiku kostnego udało się wyhodować i gronkowca złocistego, cytrynowego, białego, i paciorkowca, i diplokoka zapalenia płuc, i laseczkę durową i inne bliżej nieokreślone drobnoustroje (Lannelongue [41]). W cholerze swojskiej znajdowano i laseczkę okrężnicy (Hueppe), i przecinkowca *Finkler-Priora*, i paciorkowca i inne bliżej jeszcze nieokreślone drobnoustroje. Zapalanie wsierdzia może być wywołane przez prątki durowe i przez pneumokoki i przez gronkowce i przez paciorkowce. Ropę, według zestawienia Janowskiego [33], może wywołać aż kilkanaście gatunków drobnoustrojów, a mianowicie: gronkowce, paciorkowiec róży, pneumokoki Fränkel-Weichselbauma, prątek durowy, gonokoki, prątek okrężnicowy, laseczník wąglika, *b prodigiosum*, *micrococcus tetragenus*, laseczník ropy błękitnej, *micrococcus pyogenes tenuis*, *bacillus pyogenes foetidus*, *diplococcus intracellularis* Weichselbauma, *bacillus pneumoniae* Friedländera, zarazek gruźliczy i inne rzadziej opisywane drobnoustroje.

Dawniej uważano jadowitość drobnoustrojów za cechę ich stałą. Ale gdy Buchner z jadowitych laseczników wąglikowych otrzymał hodowle niejadowite, pogląd ten upadł. Teraz wiadomo, że jadowitość drobnoustrojów jest cechą nader zmienną w zależności od warunków środowiska, w którem drobnoustroje przebywają. Z jednej strony z najjadowitszych drobnoustrojów można wyhodować zupełnie niejadowite, z drugiej zaś strony niektóre drobnoustroje, wegetujące w zwykłych warunkach jako roztocze, w pewnych okolicznościach mogą się stać jadowitymi. Grawitz i de Bary [33] pierwsi zwrócili uwagę na to, że można wywołać u zwierząt (szczurów, królików, psów) ropień po wstrzyknięciu im pod skórę *b. prodigiosum* w czystej hodowli. Prof. Klecki wykazał, że prątek okrężnicowy może się przyczynić do powstawania zapalenia wyrostka robaczkowego i otrzewnej [35, 37]; ten sam drobnoustrój może wywołać nadto cały szereg innych chorób, a nawet zakażenie ogólne (*colibacillosis*).

Słowem dawniejsze pojęcie swoistości drobnoustrojów jadowitych obecnie w nauce utrzymać się nie może.

(C. d. n.)

III. Replantacya, transplantacya i implantacya zębów.

Według wykładu mianego w Tow. lek. krak. d. 21 kwietnia 1904.

Podał

Doc. Dr. Wincenty Łepkowski.

(Ciąg dalszy).

Drugi punkt, to jest postępowanie anty- i aseptyczne. Wszelkie zastosowanie silniejszych antyseptyków jest rzeczą niszczącą, co prawda, chorobotwórcze drobnoustroje, ale zarazem drażniącą tkanki, a tem samem utrudniającą proces gojenia. Użycie antyseptyków zależnem będzie pod względem ich jakości i rozczynu od procesu chorobowego, który replantacyę spowodował. Niektórzy autorowie radzą przepłókiwanie jamy ust przed rękoczynem antyseptykami, jakoto: tymolem, rozczynem kwasu karbolowego, sublimatem, 3% wodą borową na wpół ze spirytusem i t. d; dalej pędzlowanie dziąsła ponad zębem nalewką jodową, alkoholem (Römer) i t. d. Teoretycznie zdawałoby się, że jest to rzeczą niezbędną, konieczną i wskazaną; praktycznie niema to jednak wielkiego zastosowania, gdyż wyjałowienie jamy ust jest rzeczą wprost niemożliwą. W szeregu replantacyi, wykonanych w tutejszem ambulatoryum, ograniczyliśmy się jedynie do wyjałowienia dokładnego narzędzi operacyjnych, rąk, do przepłókiwania ust zwykłą wodą. Wszelkie inne antyseptyki silnie działające odkładaliśmy na bok, aby ni drażnić otaczających części miękkich w okolicy pola operacyjnego.

W dalszym ciągu nasuwa się pytanie, czy należy traktować wyjęty korzeń zęba środkami antyseptycznymi? Kwestya ta zależna jest wprost od anatomiczno-patologicznych zmian, jakie na osłonce zęba znajdujemy, t. j. od przyczyny, dla której ząb został wyrwany. Jeżeli uderzenie zadziałało i ząb został ze swojego zębodołu wywichnięty, to odprowadzenie odbyć się powinno bez poprzedniego wyjęcia zęba, a więc i bez żadnych środków odkażających. Gdy ząb przez uderzenie zupełnie wyrzucony z zębodołu pada na ziemię, musimy użyć środków antyseptycznych. Następowo starać się trzeba, aby te środki o ile możności usunąć wodą wyjałowioną. Mogą one bowiem drażnić tkankę, wyścielającą zębodół i przeszkadzać pomyślnemu wynikowi replantacyi.

Przeciwnego zdania jest Steinkamm, który traktuje korzeń zęba obficie gorącym sublimatem $^1/_{100}$, przestrzykuje kanał zębodołowy ciepłym 3% lysolem, wprowadza do tego kanału na wacie zgęszczony kwas karbolowy w małej ilości i tymże zgęszczonym kwasem traktuje zewnętrzną osłonkę korzenia. Tego wszystkiego jest chyba za dużo i mimo świetnych wyników, jakie w swej statystyce autor wykazuje, zbyt silne środki wyjaławiające nie mogą być bez ujemnego wpływu na tkanki, a tem samem na gojenie. W naszych przypadkach pod tym względem szliśmy drogą pośrednią, a wyniki, otrzymane tą drogą, wcale nie są gorsze od wyników innych autorów. Ząb po wyjęciu bywał oskrobany z ozębnej, przyczem usuwano wszystko mechanicznie, co mogło być chorobowo zmienione. Następnie całe postępowanie podczas plombowania korony i kanału korzenia odbywało się przy ciągłem zlewaniu rozczynem sublimatu ($^1/_{5000}$), poczem bezpośrednio przed replantacyą zanurzano ząb w alkoholu absolutnym, a pozostały alkohol na zębie zapalano dla podwyższenia jego ciepłoty. Koniec korzenia zęba ucinamy 1 do 2 mm. kleszczami resekcyjnemi, a następnie wyczyszczamy cały kanał zębowy korzeniowym świderkiem, traktujemy go przetworami przeciwzakaźnymi i plombujemy cementem korzeń i koronę.

Niektórzy autorowie, jak Römer, zostawiają w kanale korzenia eugenol, inni kwas karbolowy z olejkiem goździkowym, dalej tymol, sublimat i t. d. Właściwie zostawianie przetworów odkażających jest rzeczą zbyteczną. Skoro bowiem raz kanał uczyniono jałowym i hermetycznie zamknięto, o zakażeniach z tej strony obawy niema. Koniec korzenia polecają plombować złotem lub zanitowywać ćwieczkiem platynowym. W naszych przypadkach używaliśmy, idąc za przykładem metody, którą podał Szabó z Budapesztu, zanurzania końca korzenia w łatwo topliwej parafinie. Po tem postępowaniu następowała replantacya.

W ostatnich czasach niektórzy autorowie, jak Younger i Amoëdo radzą, ażeby korzeń zęba częściowo odwapnić, ponieważ ich kliniczne w tym kierunku doświadczenie wykazało, że szybciej i pewniej umacnia się ząb, czę-

ściowo odwapniony, niż nieodwapniony, a poza tem ząb odwapniony jest tymsamem wyjałowiony. Postępowanie w mowie będących autorów, które oni szczególnie przy implantacyi stosowali, jest następujące: Ząb gotuje się w 2% kwasie karbolowym; następnie wkłada się na trzy do czterech godzin w 10% kwas solny i dotąd się go w tym rozczynie zostawia, dopóki wbiciem przynajmniej na $^1/_3$ mm. końca noża nie stwierdzimy częściowego odwapnienia. Tej procedurze ma być poddany naturalnie tylko sam korzeń, bez naruszenia korony. Aby znieść żrące działanie kwasu solnego, wymywa się korzeń w jałowej wodzie, zobojętnia amoniakiem i tak przygotowany można implantować, transplantować lub replantować

Römer ze Strasburga miał trzy lata temu na Zjeździe niemieckich stomatologów odczyt o replantacyi. Za pierwszy warunek udania się operacyi stawia żywotność osłonki korzenia. Twierdzi, że ona jest właśnie podstawą do gojenia, a skoro ząb przechowany jest w ogrzanym rozczynie soli kuchennej i napowrót w tosamo miejsce włożony, krążenie w tkance może być przywrócone. Postępowanie Römera nie różni się wiele od innych autorów, a poddając krytycznej rozwadze prace jego, przyznać mu musimy racyę, ale tylko w tych przypadkach, w których osłonka jest zupełnie zdrową, o więc w takich, gdzie zapalenia okostnej nie było.

Nasuwa się więc samo przez się pytanie, niejednokrotnie przez różnych autorów rozstrzygane za i przeciw, czy należy tę osłonkę korzenia zeskrobać, jeżeli jest chorobowo zmienioną, czy też zostawić? Niektórzy autorowie twierdzą, że od zostawienia jej i od stanu, w jakim się ta pozostała osłonka zębodołowa znajduje, zależnym jest późniejszy los replantowanego zęba. W kwestyi tej przed Römerem zabierali głos autorowie, którzy przeprowadzili szereg doświadczeń na zwierzętach, jak Fredel, Weil i Scheff. Wkładali oni zęby na jakiś czas do sublimatu $^1/_{1000}$, wskutek tego zęby miały osłonkę swoją obumarłą i tem pochopniej zdatną do wessania. Zostawianie więc osłonki chorobowo zmienionej, zdaniem mojem, niema celu, a raczej przychylałbym się do tych autorów, którzy są za jej zupełnem zeskrobaniem i tej też metody trzymaliśmy się w większej części naszych przypadków.

Tam, gdzie wskazaniem do replantacyi było uderzenie, które zadziałało na ząb zupełnie zdrowy, ozębna może być zostawiona. Specyalne okoliczności zezwalają bowiem na nieprzedsiębranie wyjałowienia zęba, dajmy na to w przypadkach, w których wyrwano przez omyłkę zęba zdrowego i w tej chwili omyłkę spostrzeżono.

Przy zapaleniu okostnej zazwyczaj wyrywamy zęba w okresie, w którym na szczycie korzenia przyszło do wytworzenia się ropnia, który najczęściej jako wisząca torebka u korzenia wychodzi wraz z zębem. Tutaj, jak i w przypadkach nie tak bardzo zadawnionych, zeskrobujemy całą ozębnę i ucinami resekcyjnemi kleszczami koniec korzenia, aby z jednej strony usunąć to wszystko, coby mogło dać powód do dalszych zmian zapalnych, a z drugiej strony mieć dostęp do kanału korzenia.

Jednym, odgrywającym ważną rolę czynnikiem, jest wyrwanie (ekstrakcya) zęba i sposób jego dokonania. Nie powinno się wydarzyć przy wyjęciu zęba ani poważniejsze jego zranienie, ani kości. Magilot (1881) mówi: „*L'extraction de la dent, qui comprend le premier temps, doit être pratiquée avec des précautions particulières. Il faut en effet éviter toute lésion aussi bien de la gencive que de la dent elle-même. L'emploi du davier devra être exclusivement adopté. L'opération se fera lentement, progressivement et sans mouvements de lateralité, qui risceraient de compromettre l'intégrité du bord alvéolaire etc.*“ Słowa te mają istotnie wielkie znaczenie, gdyż wszelkie obrażenie silniejsze części miękkiej daje powód do ropienia pomiędzy korzeniem replantowanego zęba, a kością. Jeszcze więcej obawiać się należy, jeżeli kość jest złamana lub oderwana na większej przestrzeni. Nie idzie za tem, aby odłamanie kości zębodołu było przeciwwskazaniem do replantacyi; jest ono jednak czynnikiem, utrudniającym gojenie. Przypadki znane nam z piśmiennictwa, mianowicie Hugenschmidta 1894, Bacquesá 1902, Szabóá 1904 mówią o obrażeniach kości zębodołu, powstałych czyto przez uderzenie, czy też podczas wyjmowania zęba; w przypadkach tych mimo ropienia i wydzielania się odsłoin replantacya całkowicie się udała.

Przed trzema laty przybył do mnie przesłany przez jednego z kolegów służący, któremu koń ocelą wybił cztery sieczne zęby górne i naruszył kieł lewej strony. Uderzenie w siekacze było tak silne, że wypadły one na ziemię, na której topniały płaty brudnego śniegu. Chory przybył do mnie w godzinę po wypadku, przynosząc w ręku sieczne zęby swoje. Badanie wykazało, że odłamana jest przednia strona zębodołu, którą jednak zostawiono w nadziei, że przez odżywienie ze strony okostnej da się utrzymać. Największa trudność, jaka w tym przypadku zachodziła, polegała w umocowaniu. Dla ciągłości opisu przytoczę sposób, jakiegośmy użyli. Chcąc unieruchomić zęby, które już nie przy jedzeniu, ale samodzielnie wypaść mogły, trzeba było na czas gojenia rozstawić szczękę górną od dolnej tak daleko, aby zęby replantowane nie dotykały swoich antagonistów i ustalić je w położeniu, w jakiem zostały wszczepione. Na cztery zdrowe zęby dwuguzikowe górne sporządziłem cztery metalowe korony, których powierzchnie, służące do gryzienia, były równomiernie na grubość 2 do 3 mm. nadłożone złutowaną między sobą blachą. Od językowej strony koron przylutowano po prawej i po lewej stronie druty, które skośnie przebiegały przez podniebienie, dążąc ku replantowanym zębom. Końce tych drutów złączone zostały blaszką zagiętą i przechodzącą przez sieczną zębów, które zostały nią ujęte i ustalone. W ten sposób chory mógł się odżywiać podczas całej kuracyi, gdyż mógł gryźć pokarmy czterema zębami dwuguzikowymi, na których były korony. Całe zbudowanie wyżej opisanego przyrządu trwało mniejwięcej godzin 4, a przez ten czas zęby leżały w ciepłym fizyologicznym rozczynie soli kuchennej. Dla pewniejszego ustalenia cały przyrząd, a właściwie cztery jego korony, zostały na zębach zacementowane, przez co nic się poruszyć nie mogło i pozycya zębów replantowanych nie mogła uledz zmianie.

Choremu polecono do płókania 3% wodę borową. Po sześciu dniach pokazało się, że odłamana blaszka zębodołu nie utrzyma się i powoduje ropienie. W siódmym dniu usunąłem ją, ropienie ustało; dziąsła się przygoiły, a w dwa tygodnie po wypadku zauważyłem, że zęby się ustaliły. W dwudziestym dniu przepiłowałem korony i metalowy opatrunek ustalający został zdjęty. Od tego czasu minęło lat trzy, zęby trzymają się zupełnie dobrze i funkcyonują nale-

życie tak, że przypadek ten, mimo iż był dokonany w trudnych warunkach, uważać musimy za zupełnie udały.

Czas, który ubiega między wyjęciem zęba, a replantacyą bywa różnym; zależy od tego, w jakich warunkach, jaką i z jakich powodów przedsiębierzemy replantacyę. Decydując się na replantacyę w przypadku, gdzie doszło do silnego zapalenia okostnej z obrzmieniem i ropieniem, a więc w daleko posuniętym procesie zapalnym, trzeba po wyjęciu zęba dni parę odczekać dla wyleczenia tkanek okolicznych. W tym czasokresie czekania tamponujemy jamę zębodołową.

Zależnie od tego, czy replantacya następuje zaraz po wyjęciu zęba, czy też w jakiś czas dopiero, używamy tamponowania gazą jałową, lub, jak polecają niektórzy autorowie, gazą przepojoną lekami przeciwgnilnymi. Steinkamm radzi przed każdą replantacyą tamponowanie gazą jodoformową i wielu jest autorów, którzy są zwolennikami tego postępowania. Tamponowanie ma tu znaczenie podwójne:

1. Jest ono czynnikiem, niepozwalającym ścieśnić się jamie po usunięciu korzenia w zębodole i 2. jest środkiem, działającym przeciwgnilnie, a więc środkiem nie obojętnym dla tkanki, wyścielającej zębodół.

Tamponowania gazą jodoformową używaliśmy tylko wtenczas, kiedy z jakichkolwiekbądź powodów pewien dłuższy czas upływał między wyjęciem zęba, a jego replantacyą. Przy natychmiastowej replantacyi, to znaczy mniejwięcej do jednej godziny po wyjęciu zęba, nie tamponowaliśmy wcale, polecając choremu w czasie pauzy między jednym a drugim rękoczynem płókanie bez przerwy zwykłą wodą.

Jednym z głównych warunków udania się replantacyi, transplantacyi i implantacyi jest umocowanie zęba na czas jego obrastania. Umocowanie to osiągnąć można:

1. Przez wciśnięcie zęba w zębodół.

2. Przez zaklinowanie między zębami sąsiednimi, jeżeli te istnieją.

3. Przez przywiązanie do zębów sąsiednich zapomocą podwiązek jedwabnych lub metalowych, co znanem nam jest z czasów starożytnych, gdyż już, jak wykazuje historya dentystyki, sposobu tego używali Etruskowie w celu umocowania chwiejących się zębów.

4. Zapomocą zlepienia zęba ze sąsiednim gutaperką lub cementem.

5. Zapomocą odpowiednich, umyślnie zrobionych przyrządów ze siatek metalowych, płytek kauczukowych lub koron metalowych i t. d.

Wybór sposobu zależnym jest od jakości przypadku, przytem jednak uważać należy, ażeby umocowanie jak najmniej choremu przeszkadzało.

W związku z umocowaniem, które ma na celu unieruchomienie zęba transplantowanego, replantowanego lub implantowanego na czas gojenia się, jest stosunek, jaki zachodzi między zębami przeciw sobie ustawionymi przy zamknięciu szczęki, czyli artykulacya zębów. Świeżo osadzony ząb nie powinien się ściśle stykać ze swoim antagonistą od góry, gdyż chociażby umocowanie było silne, przy akcie gryzienia ząb osadzony byłby ciągle poruszany, co uniemożliwiłoby zagojenie. Dla uniknięcia tego szkodliwego czynnika skracamy przez odcięcie końca korzenia jego długość, przez co możemy go wepchnąć nieco głębiej, niż stał poprzednio, a ponadto z powierzchni, służącej do gryzienia, zeszlifowujemy warstwę tak grubą, żeby zetknięcie się z zębem przeciw stawionym nie istniało. Po zupełnem wygojeniu następuje zazwyczaj uregulowanie artykulacyi tak, że ząb może funkcyonować prawidłowo.

W końcu należy tu wspomnieć jeszcze o pewnych modyfikacyach przy powrotnem szczepieniu zęba, które mogą niejednokrotnie mieć zastosowanie. Możemy wszczepiać pierwotnie nie tylko zęba całego, ale wyrywać i pierwotnie osadzać sam korzeń bez korony. W takich razach przygotowujemy odpowiednio korzeń do osadzenia zęba ćwioczkowego lub korony metalowej albo porcelanowej, a kiedy korzeń wrośnie, koronę lub ząb ćwioczkowy osadzamy. Postępowanie to jest wygodniejsze, bo korzeń, nie stykając się z niczem, łatwiej wrośnie, niż ten, na którym natychmiast po wyrwaniu dosztukowaliśmy koronę. (Dok. nast.)

IV. Wyciągi.

Lauenstein. **Jak powstają pierwsze zmiany chorobowe wyrostka robaczkowego przy zapaleniu otrzewnej w okolicy kiszki ślepej.** (*Münchener mediz. Wochenschrift*, Nr. 14). Według nowszych badań, ciała obce i kamyki kałowe nie wywołują zmian chorobowych w wyrostku robaczkowym, lecz są tylko przenośnikami zarazków. Pierwsze zaburzenia chorobowe powstają jużto wskutek zmiany położenia wyrostku robaczkowego, jużto jego zgięcia lub skręcenia, albo też wskutek zaciśnięcia przez zrosty. Następstwem tego będzie, że dopływ krwi jest mniej lub więcej utrudnionym, powstaje szereg zmian w ścianie wyrostka robaczkowego, które będą rozmaite, zależnie od długości i położenia wyrostka, oraz od jakości jadu bakteryi, usadowionych na ciałach obcych, lub obecnych w kale, znajdującym się w wyrostku robaczkowym. *J. Opolski.*

Mladějovský. **Dna i niektóre jej towarzyszące objawy nerwowe.** (*Revue v neurologii, psychiatrii, fysikální a diaetetické therapii*, Nr. 1 i 2). Autor opisuje jeden przypadek typowego bolu głowy na tle dny; nie podziela on zdania Minkowskiego, który utrzymuje, że ból głowy u dnawych zależy od mocznicy przewlekłej i zapoznanej bez białkomoczu, zmian miażdżycowych w mózgu i samozatrucia z jelit. Ból głowy na tle dny nie należy do zjawisk częstych: na 86 przypadków nadmiaru kwasu moczowego w moczu stwierdził go autor raz jeden; natomiast spostrzegał go często przy zajęciu stawu skokowego, szczególnie w godzinach porannych i to w stopniu bardzo dotkliwym, zapowiadającym napad dny. *K.*

Krasnow. **Wpływ toksyny błoniczej na czynność serca i płuc ustroju zwierzęcego.** (*Kozprawa na stopień doktora medycyny*. Moskwa, 1904). Badając w farmakologicznej pracowni prof. Czyrwińskiego wpływ toksyny błoniczej na czynność serca i narządu oddechowego, przekonał się K., że żaby są nadzwyczaj odporne na jad błoniczy; przeciwnie rzecz się ma u kotów i psów: toksyna błonicza, wprowadzona do krwi, wywołuje u nich szereg wybitnych zmian, mianowicie: 1) porażenie ośrodków naczynioruchowych w rdzeniu przedłużonym i ośrodka Goltza w rdzeniu pacierzowym, wtenczas gdy obwodowe narządy zwężające naczynia nie ulegają zmianom; 2) postępujące obniżenie parcia krwi wskutek porażenia ośrodków zwężających naczynia; 3) naruszenie czynności serca w następstwie tych zmian; lecz w końcowym okresie zatrucia błoniczego serce, zachowując zwykłą pobudliwość mięśniową, przedstawia i samoistne zaburzenia, przeważnie ze strony rytmu; 4) zaburzenia w narządzie hamującym serce; początkowo występuje okres podniecenia środkowych i śródsercowych zakończeń n. n. błędnych, następnie zaś okres ich porażenia; 5) zależnie od porażenia ośrodków naczynioruchowych ciepłota znacznie się obniża; 6) narządy oddechowe ulegają zaburzeniom wcześniej od narządów naczynioruchowych i serca; w pierwszym okresie następuje porażenie obwodowych zakończeń nerwu przeponowego, sprowadzające zniesienie czynności przepony, w dalszym ciągu zachodzi wyraźne zaburzenie rytmu oddechowego i zmniejszenie wymiany gazów z następczymi objawami uduszenia, kurczami, podniesieniem parcia krwi, wymiotami i in.; 7) pobudliwość ośrodka oddechowego stopniowo i postępująco spada do zera; zupełne porażenie ośrodka poprzedza fenomen oddechowy Cheyne-Stokesa; 8) ponieważ porażenie ośrodka oddechowego następuje wcześniej, niż inne zaburzenia, przedstawia

więc ono istotną przyczynę śmierci zwierzęcia, zatrutego toksyną błoniczą; za tem przemawiają również zmiany anatomiczno-patologiczne, cechujące się wybroczynami krwi i siniakami w narządach i powierzchniach surowiczych, wysiękami surowiczo-krwotocznymi, nagromadzeniem się płynnej ciemnej krwi w jamach serca, oraz innymi objawami, znamionującymi śmierć z uduszenia.

Witold Orłowski (Ptbg).

Rubaszkin. **Kanaliki nabłonka gruczołowego.** (*Wraczebnaja Gazeta,* 1904, Nr. 1). Autor zastanawia się nad powstawaniem i znaczeniem tak zw. wewnątrzkomórkowych wydzielniczych naczyń włosowatych w komórkach gruczołowych. Badanie drobnowidowe ślinianek, gruczołów żołądkowych i trzustki w różnych okresach ich czynności wykazuje, że zmiany, prowadzące do utworzenia przestrzeni wewnątrzkomórkowych, zachodzą tylko w niektórych komórkach, mianowicie w półksiężycowych Gianuzziégo, w komórkach okładowych dna żołądka i w komórkach trzustki. W komórkach zaś, których wydzielina jest obfitą w mucynę (niektóre komórki ślinianek, główne komórki gruczołów żołądkowych, komórki gruczołów odźwiernikowych) utworzenie przewodów wewnątrzkomórkowych podczas czynności wydzielniczej nie ma miejsca. Wewnątrzkomórkowe wydzielnicze naczynia włosowate są tworami niestałymi. Tworzenie się ich jest połączone z wydzieliną komórki i zachodzi w różnych komórkach prawdopodobnie w sposób jednakowy. Początkowo w pierwoszczy komórek gruczołowych powstają pojedyncze drobne kropelki jasne, stanowiące wakuole; ich liczba i rozmiary stopniowo zwiększają się, następnie zlewają się one i tworzą mniej więcej długie kanaliki z jasną zawartością. Wreszcie cała komórka zostaje we wszystkich kierunkach przeciętą kanalikami, których treść przechodzi następnie do włosowatych kanalików międzykomórkowych. R. przypuszcza, że powstawanie tych przestrzeni wewnątrzkomórkowych wskazuje na istnienie odrębnego typu wydzielania, mianowicie, na wydzielanie przez niektóre komórki wydzieliny płynnej. W komórkach trzustki można spostrzegać jednocześnie dwa gatunki wydzieliny, mianowicie: wydzielanie z pierwoszczy komórki gruczołowej ziarenek zymogenowych w stanie nierozpuszczonym i wydzielanie wydzieliny płynnej, rozpuszczonej, powstającej przez zlewanie się pojedynczych kropelek i przechodzącej następnie do wydzielniczych naczyń włosowatych śródkomórkowych.

Witold Orłowski (Ptbg).

Stasiewicz. **W sprawie cytodyagnostyki surowiczego zapalenia opłucnej.** (*Wraczebnaja Gazeta,* 1904, Nr. 1). St. poddał drobnowidowemu badaniu wypocinę opłucnową 54 chorych, u których w 43 przypadkach wypocina była pochodzenia gruźliczego. Okazało się, że w razie pierwotnego gruźliczego zapalenia opłucnej wypocina zawiera większą liczbę pierwiastków morfologicznych, zwlaszcza krwinek czerwonych, niż w zapaleniach opłucnej wtórnych; pierwiastkami, które w tych razach przeważają liczebnie, są limfocyty (prawie 90%, wszystkich pierwiastków, wykluczając krwinki czerwone). Komórki śródbłonkowe (endotelialne) zdarzają się i w zapaleniach gruźliczych i we wtórnych bardzo skąpo (mniej od 10%); leukocyty wielojądrzaste w ilości mniej od 1%; w początkowym jednak okresie choroby twory te spotykają się częściej, czasami nawet w liczbie, przewyższającej limfocyty. Gdy sprawa przechodzi w stan przewlekły, liczba pierwiastków morfologicznych obniża się; podczas obostrzeń znowu podnosi się liczba leukocytów wielojądrzastych i komórek śródbłonkowych. Wypociny, towarzyszące zapaleniu nerek, odznaczają się skąpą zawartością pierwiastków morfologicznych; przeważającymi pierwiastkami tu są komórki śródbłonkowe (prawie 90%); limfocyty stanowią nie wyżej nad 20%; leukocyty wielojądrzaste nie spotykają się wcale. W przypadku krwotocznego zapalenia opłucnej wypocina zawierała krwinki czerwone, małą liczbę limfocytów i większą komórek wielojądrzastych. W 3 przypadkach pierwotnego zapalenia opłucnej pochodzenia niegruźliczego wypocina wykazywała mnóstwo komórek śródbłonkowych i różnych krwinek. Na podstawie tych badań dochodzi S. do wniosku, że jakkolwiek żaden z pierwiastków morfologicznych nie rozstrzyga o pochodzeniu zapalenia opłucnej, wszakże przewaga jednego gatunku nad drugimi ma pewne znaczenie rozpoznawcze, mianowicie, połączenie wybitnie wyrażonej limfocytozy z obfitością w krwinki czerwone jest cechą pierwotnej wypociny gruźliczej; obfite łuszczenie się komórek śródbłonkowych z obecnością wszystkich pierwiastków morfologicznych krwi świadczy o ostrej wypocinie niegruźliczej; wreszcie, skąpa zawartość pierwiastków morfologicznych z przeważaniem komórek śródbłonkowych przemawia za wypociną, towarzyszącą zapaleniu nerek. *Witold Orłowski* (Ptbg).

A. Martinet. **O cukrzycy rodzinnej.** (*Presse médicale,* 1904, Nr. 12). Do autora zgłosił się 48-letni mężczyzna, który po przebyciu grypy zaczął kaszleć, chudnąć i pozostawał w leczeniu z powodu nieżytu oskrzelowego przypuszczalnie na tle gruźliczem. Szczegółowe badanie wykazało cukrzycę. W kilka miesięcy później autor, wezwany do 40-let. żony tego chorego, osoby krwistej o kwitnącem wejrzeniu, z licznemi przypadłościami o charakterze nerwowym, również stwierdził cukrzycę. W rok potem stwierdził to samo cierpienie u matki wspomnianego chorego, żyjącej razem z dziećmi, która po ukłuciu się igłą dostała ropówki na ręce. Wnioski swe streszcza autor w następujących punktach: 1) należy badać mocz u wszystkich chorych dorosłych wogóle, a zwłaszcza u chudnących, bez względu na to, czy jest kaszel, czy niema; 2) znajdując u chorego cukrzycę, należy jej szukać u drugiej osoby małżeństwa; 3) znajdując cukrzycę u jednego lub kilku członków rodziny, należy w kierunku tym zbadać i innych członków rodziny, zwłaszcza o ile prowadzą wspólne pożycie. *Dr. M. Blassberg.*

Epstein. **Przyczynek do patologii gruźlicy okolicy kiszki ślepej.** (*Wien. klin. Rundschau,* 1904, Nr. 9). Gruźlica okolicy kiszki ślepej występuje w dwojakiej postaci: jako owrzodzenia i jako guz, wytworzony przez zgrubienie ściany tej kiszki kosztem jej światła, przyczem przychodzi czasem do zupełnej niedrożności. Badania histologiczne takich guzów wykazały, że prócz gruzełków wytwarza się tu znaczna ilość tkanki łącznej, co jest powodem zgrubienia ściany i daje wrażenie guza. Gruzełki znajdują się we wszystkich warstwach ściany jelitowej; postać zaś gruźlicy jelitowej pozaotrzewnowej znachodzi się najczęściej u dzieci, a jej punktem wyjścia są okoliczne gruczoły chłonne. Przypadków takich guzów opisano 82; najmłodszy osobnik miał lat 12. W przypadku autora zachorowało dziecko, obciążone dziedzicznie gruźlicą, na cierpienie kiszkowe; po pewnym czasie dał się wyczuć w okolicy ślepej kiszki guz, a równocześnie wystąpiły objawy ze strony żołądka. Rozpoznano gruźliczy guz biodrowo-kątniczy: operacya wykazała znaczne powiększenie i zgrubienie jelita biodrowego, w okolicy kiszki ślepej masę zrostów, a wśród nich kiszka ślepa. Scisnienie znajdowało się nie w kiszce ślepej, lecz w zastawce Bauhina. Na otrzewnej jelitowej można było rozeznać gruzełki wielkości główki od szpilki. Z powodu tych zrostów i obawy, by nie uszkodzić jelita przy rozrywaniu zrostów, zrobiono zamiast resekcyi komunikacyę między jelitem biodrowem, a poprzecznicą. Chora wyzdrowiała. Przypadek ten jest zajmujący o tyle, że chora liczyła $5\frac{1}{2}$ lat, a więc jest najmłodszym osobnikiem z dotychczas ogłoszonych przypadków i że nie było żadnych przedmiotowych zmian gruźliczych w płucach. Punktem wyjścia była zdaniem autora gruźlica pierwotna gruczołów krezkowych. *B. Żmigród.*

Blum. **Przepuklina wewnątrzpęcherzowa.** (*Wien. klin. Wochenschrift,* 1904, Nr. 8). W przypadku przewlekłego niezupełnego zatrzymania moczu u 23-letniego mężczyzny stwierdził autor przy pomocy wziernika pęcherzowego wrodzony zaułek i stożkowate wpuklenie ściany pęcherzowej w okolicy szczytu pęcherza, na którego dnie można było dopatrzeć wyraźne ruchy robaczkowe. Stosownie do określenia Brösikego szło w danym przypadku o tak zw. przepuklinę wewnętrzną, to jest taką, gdzie brama i worek przepuklinowy leżą w jamie brzusznej. Przez skurcz włókien mięśnia, działającego jako pierścień przepuklinowy, przyszło kilka razy do wystąpienia objawów uwięźnięcia, które były tylko przemijające. W przypadkach uwięźnięcia wewnętrznego trzeba przy obecności objawów ze strony pęcherza (zatrzymanie moczu, nieżyt pęcherza i t. d.) pamiętać o możliwości tej rzadkiej postaci przepukliny. Przypadek autora jest pierwszym rozpoznanym za życia przypadkiem przepukliny pęcherzowej, gdyż inne znachodzące się w piśmiennictwie spotykano przy sekcyi zmarłych z powodu wewnętrznego skręcenia jelit. *B. Żmigród.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Wioform. Jak wiadomo jodoform szybko się ulatnia z opatrunków, zdradza się przenikliwą wonią, sprowadza nierzadko wyprysk; z tego powodu wojskowe władze w Szwajcaryi postanowiły zastąpić go wioformem. Dr. R. Wehrle w Bazylei streszcza wyniki swoich badań z tym przetworem w następujących punktach: 1. Wioform posiada działanie przeciwgnilne, oraz silniejsze własności prątkobójcze, niż jodoform. 2. Nie drażni skóry, a w szczególności nie sprowadza wyprysku, raczej oddaje dobre usługi w wyprysku, wywołanym przez jodoform. 3. Działa w wysokim stopniu odkażająco. 4. Użyć go można w wielkich ilościach, gdyż nie sprowadza objawów zatrucia. 5. Nie nadaje się do wstrzykiwań, n. p. w zachowawczem leczeniu stawów gruźliczych. 6. Jest trwałym i nie ulatnia się. 7. Można go łatwo wyjałowić, gdyż nie rozkładając się, wytrzymuje ciepłotę do 140°; również nie zmienia go para o ciepłocie 115°. 8. Jest przy użyciu bezwonnym. Wobec tego wioform

może zastąpić jodoform i jest najlepszym środkiem przeciwgnilnym. (*Corresp. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, Nr. 29, 1903). *Baschkopf.*

Kuhneman. Leczenie choroby Basedowa „rodagenem“. (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 10). Rodagen jest to przetwór, otrzymany z mleka, przeważnie kóz, pozbawionych gruczołu tarczykowego. Autor raz jeden tylko podawał ten przetwór po 2 grm. 3 r. dziennie. W bardzo krótkim czasie chora zaczęła przybierać na wadze, liczba tętna w 8 dniach spadła ze 109 na 90, wytrzeszczanie oczów zmniejszyło się, trzęsienie rąk zupełnie ustąpiło, szmer, słyszalny początkowo nad koniuszkiem serca, zniknął zupełnie. *J. Opolski.*

* * *

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 13 kwietnia 1904 r.

Przewodniczy kol. prof. Nowak. Obecnych członków 22.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Eisenberg podaje tymczasowe doniesienia:

1) „O pokrewieństwie obu typów bakteryi czerwonkowych na podstawie odczynów biologicznych“.

Nowsze spostrzeżenia (Flexner, Strong, Duval, Jürgens, Gay i Duval) wykazują, że dwa typy bakteryi mogą wywoływać nagminną czerwonkę już to oddzielnie, już to czasem wspólnie, nadto, że bakterye typu Flexnera są przyczyną biegunek letnich u dzieci (Duval i Basset, Iliss i Russel, M. Wollstein). Wobec tego określenie wzajemnego stosunku obu tych typów na podstawie odczynów biologicznych zdało się zadaniem ciekawem i ważnem. Wbrew twierdzeniu Lentza i Martiniego, jakoby oba typy zachowywały się zgoła odrębnie co do aglutynacyi, mógł E. zgodnie z Gayem i Duvalem wykazać, że surowica swoista przeciwczerwonkowa, uzyskana przez uodparnianie konia prątkiem typy Shigi (autentycznym), aglutynująca bakterye Shigi aż do 1/2400, współaglutynuje bakterye typu Flexner aż do 1/450. Zupełnie dowodzące wyniki dały doświadczenia ze swoistem pochłanianiem aglutynin tej surowicy przez oba szczepy; surowica, której aglutyniny pochłonięto przez dodanie hodowli szczepu Shiga, nie aglutynuje ani tego szczepu, ani Flexnera. Naodwrót, surowica, której przez dodanie hodowli Flexnera zabrano aglutyniny dla tego szczepu, okazuje nieznacznie tylko obniżoną wartość aglutynacyjną wobec szczepu Shiga. Zgodne z powyższymi wyniki dały doświadczenia ze swoistem pochłanianiem koagulin (bakteryoprecypityn) dla obu szczepów. Wynika stąd, że aglutynina dla szczepu Shiga posiada części składowe, działające i na szczep Flexner, że zatem oba szczepy przedstawiają się jako pokrewne, których protoplazma posiada pewne grupy wspólne. Niedawno ogłoszona praca Gaya stwierdza ten pogląd na podstawie analizy działań bakteryobójczych surowicy przeciwczerwonkowej. Wobec tych danych wskazanem będzie w praktyce leczniczej swoistej zastosować surowicę wielowartościową, uzyskaną przez uodparnianie oboma szczepami, aby być pewnym skutku leczniczego w zakażeniach, wywołanych przez oba szczepy.

2) „O hemolizynach bakteryi duru rzekomego, bakteryi zatruć mięsnych i bakteryi czerwonkowych“.

Przez prace Maurela, Eisenberga, E. i P. Levyego poznano hemolityczne działanie bakteryi durowych; Kayser opisał je u bakteryi okrężnicowych. Wobec tego zdawało się racyonalnem rozszerzyć badania te na całą grupę bakteryi, spokrewnionych z powyższemi, a zatem na bakterye duru rzekomego, bakterye zatruć mięsnych i oba typy bakteryi czerwonkowych. Badania te wykazały, że wszystkie te szczepy działają hemolitycznie na krew królika, morskiej świnki i psa; próby z krwią ludzką dały dotąd wynik ujemny. Badania te, przeprowadzane na płytkach Eijkmana z 2.5% dodatku krwi, dotyczyły 8 szczepów duru rzekomego, 4 szczepów bakteryi zatruć mięsnych (Bruges, Morseele Aertrycke, Meirelbeek), 5 szczepów bakteryi czerwonkowych (Kruse Shiga, Flexner, Kraków, Złoczów). W pozornej sprzeczności z tymi wynikami stoi fakt, że przesącze hodowli tych bakteryi okazują się wobec krwi albo zupełnie nieczynnymi, albo objawiają tylko ślad działania. Ponieważ i cała hodowla nieprzesączona tak samo się zachowuje, nie można przypuszczać, żeby filtr zatrzymywał hemolizynę. Najprawdopodobniejszem wydaje się na razie przypuszczenie, że bakterye tylko wobec swoistego podkładu (krwi) wydzielają swoisty jad, podobnie, jak to jest znanem co do wytwarzania innych fermentów u bakteryi lub co do trawienia żołądkowo-jelitowego u zwierząt wyższych (szkoła Pawłowa). W sprawie znaczenia patologicznego tych hemolizyn ważnem jest stwierdzenie faktu, że hemolityczne to działanie objawia się też *in vivo*, t. j. że u zwierząt, uległych śmiertelnemu zakażeniu bakteryami duru lub czerwonki, w znacznej liczbie przypadków występuje hemoglobinemia. U jednej morskiej świnki, uległej zakażeniu czerwonkowemu, mocz zawierał jakąś pochodną hemoglobiny, bliżej nie dającą się oznaczyć (Marchlewski). Co do występowania pewnej bardzo charakterystycznej ziarnistości w hodowlach wymienionych wyżej bakteryi na agarze z krwią lub surowicą, dalsze badania są w toku.

III. Kol. Eisenberg wygłosił zapowiedziany odczyt: „Przyczynek do biologii zakażeń“.

W przypadku śmiertelnego zakażenia przyrannego laseczką ropy błękitnej surowica chorego aglutynowała pracowniany (laboratoryjny) szczep tego laseczników i laseczników fluoryzującego (*b. fluorescens liqu.*) w rozcieńczeniach 1/100—1/100—1/200, podczas gdy szczep, wyhodowany z samego chorego, nie ulega aglutynacyi nawet wobec zgęszczenia surowicy $^{1}/_{2}$, jak również okazuje się odpornym na działanie bakteryobójcze surowicy ludzkiej w przeciwieństwie do wszystkich innych szczepów z tej grupy. Nadto krew tego chorego, brana za życia, okazywała w probówce wybitny objaw autoaglutynacyi, zaś przy sekcyi zjawisko to było bardzo widoczne we wszystkich naczyniach. Surowica chorego, brana za życia, okazywała słabe działanie izoaglutynacyjne wobec prób krwi ludzkiej, wobec których surowica, uzyskana po śmierci, okazała się nieczynną.

Trzy szczepy durowe, wybodowane z różyczki durowej i czwarty, pochodzący ze krwi chorego durowego, okazują się odpornymi wobec działania bakteryobójczego surowicy ludzkiej prawidłowej lub pochodzącej z chorych durowych, która działa silnie zabójczo na szczep pracowniany, od dłuższego czasu hodowany wyłącznie na sztucznych podłożach. Odporność ta, choć w mniejszym stopniu, jest też widoczna wobec działania swoistych ciał bakteryobójczych, występujących u ozdrowieńców durowych, jak również wobec surowic prawidłowych konia i królika. W kropli wiszącej możemy widzieć trzy typy działania surowicy na bakterye: 1) zupełne zabicie bakteryi, któremu towarzyszy rozpad bakteryi, występowanie cieni o nieregularnych obrysach i słabo łamiących światło; 2) objaw Pfeiffera, t. j. występowanie kulek mocno łamiących światło jako wyraz odczynu życiowego bakteryi na działanie bakteryobójcze; kulki te w części są nadal zdolne do życia i rozmnażania; 3) z kulek tych powstają czasem duże, wielkości ciałek białych, mocno łamiące światło.

Ze spostrzeżeń powyższych wynika, że zdolność ulegania aglutynacyi jest cechą, podpadającą biologicznym wahaniom: szczepy pochodzące świeżo z ustroju (bakterye durowe, gronkowce ropne, laseczka ropy błękitnej) okazują się odpornymi wobec działania swoistych aglutynin, gdyż w zakażonym ustroju mają sposobność doń się przystosować. Podobnież szczepy te obok zwiększonej jadowitości okazują odporność wobec działania bakteryobójczego surowicy danego ustroju, którą również należy odnieść do takiego przystosowania. Na podstawie tych danych sprawa zakażenia przedstawia się jako walka dwóch ustrojów, zdolnych do wzajemnych przystosowań, w której ustrój posługuje się przyrodzonemi siłami ochronnemi, względnie wytwarza nowe, bakterye zaś starają się do nich przystosować i przeciw nim uodpornić. To przystosowanie umożliwia bakteryom osiedlenie się w ustroju, którego surowica działa na nie bakteryobójczo. Ono czyni nam zrozumiałem, że w durze ludzkim bakterye mogą istnieć we krwi działającej na nie zabójczo i drogą krwi w ustroju wytwarzać przerzuty. Ono tłómaczy nam obecność żywych bakteryi w sprawach podurowych, mimo zwiększonej przy ozdrowieniu siły bakteryobójczej surowicy, jak również czyni wątpliwem znaczenie tego zwiększenia w sprawie ozdrowienia. Pogląd ten każe przy swoistem leczeniu duru zapomocą surowicy bakteryobójczej starać się zalać ustrój ciałami ochronnemi, aby bakteryom odjąć możność przystosowania się do nich. Wreszcie wobec tego poglądu musimy też ograniczyć znaczenie rozpoznawcze próby Pfeiffera, gdyż szczepy, szczególnie dobrze uodpornione wobec działania ciał bakteryobójczych, mogą dać wynik ujemny w tej próbie, mimo, że są niewątpliwie autentycznymi szczepami.

W dyskusyi kol. Droba zwraca uwagę na tytuł odczytu, podnosząc, że wybór jego nie jest trafnym. Biologia jest nauką o życiu ustrojów żyjących, nie można zatem mówić o biologii zakażenia, gdyż

zakażenie nie jest ustrojem żyjącym. Przenośnia w tym przypadku jest za wielką i może sprowadzić tylko zamieszanie pojęć. Celem zaś uniknięcia jego lepiej byłoby trzymać się wyrażeń, określających ściślej pojęcia. Co się tyczy samej treści odczytu, to wyniki badań kol. prelegenta, podnoszone już zresztą i przez innych autorów, są bądź co bądź wyjątkami, nie dającymi się ująć dziś w jakąś regułę, zwłaszcza, jeżeli się uwzględni wiele kapryśnych wyników w badaniach, przedsiębranych w tym kierunku. Przypadek, opisany przez mowcę, o którym kol. prelegent wspomniał, stoi n. p. w sprzeczności z tłómaczeniem, wyłuszczonem w odczycie, z którego wynika, że drobnoustroje, pozostałe w ustroju po przebytem zakażeniu, powinny posiadać zdolność aglutynowania się tem mniejszą, im dłużej w tym ustroju przebywają, czyli im bardziej się do aglutynin przyzwyczaiły; tymczasem prątek durowy, wyhodowany w przypadku mówcy w 17 lat po przebyciu duru z treści woreczka, a więc z ustroju i z jąder kamieni żółciowych (jądra kamieni można już uważać za sztuczną pożywkę, ale treści woreczka nie), aglutynowały się ze surowicą chorych na dur w wysokości 1:40, nie niżej, jak to przeciętnie widzimy w próbach z prątkiem durowym ze starych hodowli. Podobnie sprzecznych wyników możnaby z własnego doświadczenia przytoczyć bardzo wiele, jak równy stopień aglutynacyi prątków czerwonki, wyhodowanych wprost z ustroju i prątków, hodowanych sztucznie lat kilka i to nie tylko z surowicami krwi chorych, ale także z surowicami wysokowartościowemi i t. d. Przytaczanie więcej tego rodzaju przykładów jest właściwie zbytecznem, bo są one regułą, a kol. prelegent przytoczył tylko kilka ciekawych wyjątków, na podstawie których stara się tłómaczyć zawiłe sprawy zakażenia, a głównie sprawę przystosowania się drobnoustrojów do ustroju zakażonego, które się określa zwykle przyzwyczajeniem, sprawę, interesującą badaczy od chwili, gdy poznano drobnoustroje, jako przyczynę chorób i kiedy rozpoczęto z nimi doświadczenia na zwierzętach.

Przyzwyczajenie się to do ustroju zakażonego, a zwłaszcza zdolność długiego w nim przebywania po ustąpieniu choroby, jest wynikiem zawiłych, a dziś nieuchwytnych przyczyn, nie dających się rozstrzygnąć na podstawie kilku wyjątków i to z pomocą doświadczenia ze surowicą *in vitro,* zwłaszcza, jeżeli się weźmie pod uwagę, że poza aglutyninami i ciałami bakteryobójczemi, czasowo — wolno w krwi się znajdującemi, posiada ustrój fagocyty, które n. p. w przypadkach długiego przebywania drobnoustrojów w ustroju ludzkim tracą widocznie możność pochłonięcia i strawienia ich, jak to miało miejsce w przypadku mówcy, gdzie prątki zresztą do aglutynin się nie przyzwyczaiły, ale owszem aglutynowały się, jak to podniesiono powyżej.

Zresztą w stosowaniu wyników badań ze surowicą *in vitro* do tłómaczenia zjawisk w ustroju żyjącym powinno się być ostrożnym i powinno się zawsze mieć na myśli, że surowica jest wytworem sztucznym, zachowującym się w tym kierunku inaczej, niż osocze, jak to wynika z doświadczeń szkoły Miecznikowa.

Kol. Gertler zaznacza, że hemolizyna występuje nietylko przy prątkach durowych, paratyfusowych i czerwonki, ale i przy paciorkowcach. Zauważył jeszcze przed kilku laty przy szczepieniu paciorkowców na agary, powleczone krwią, rozpuszczanie się barwika krwi. Na około kolonii odosobnionych powstawały obwódki jasne, świadczące o rozpuszczeniu się barwika krwi. Na mocy tych własności starali się w ostatnich czasach Meyer, Neufeld i inni odróżnić paciorkowce chorobotwórcze od niechorobotwórczych. Wracając do sprawy odporności ustroju podnosi, że dawniej mówiono wprawdzie o zwiększonej lub zmniejszonej odporności ustroju, lecz nie umiano sobie zupełnie wytłómaczyć istoty tego zjawiska. Badania przedsiębrane w ostatnich czasach, sprawę tę nieco wyjaśniają. I tak Müller wykazał, że przez zmianę w chemizmie ustroju można wywołać zmiany w wytwarzaniu się aglutynin. Doświadczenia swe przeprowadził na gołębiach, u których przez głodzenie otrzymywał dla jednych drobnoustrojów wyższe, dla innych niższe wartości istot aglutynujących. Przez podawanie wyskoku przed doświadczeniem otrzymywał w surowicy zawsze mniejszą ilość istot aglutynujących.

Kol. Eisenberg zaznacza w odpowiedzi kol. Drobie, że przez biologię pojmujemy naukę o zjawiskach życia, że zatem wyrażenie „biologia zakażeń" ma zupełne uzasadnienie, oznaczając naukę o zakażeniu, jako o zjawisku życia, wywołanem przez wzajemne na się oddziaływanie dwóch żyjących ustrojów.

Wbrew twierdzeniu kol. Droby przystosowanie się bakteryi do sił ochronnych ustroju nie jest bynajmniej faktem wyjątkowym, a przedstawia zjawisko bardzo częste, może nawet stałe w sprawie zakażenia. Co do aglutynin, długi szereg badaczy, przez prelegenta przytoczonych (Achard i Bensaude, Kolle, Johnston i M. Taggard, Van de Velde, Förster, Mills, Rodet, Tarchetti, Smith i Tenand, H. Smith, Sacquepée, M. Weeney, Nicolle i Trénel, Horrocks, Müller, Courmont i inni co do bakteryi durowych, — Pfeiffer i Kolle co do prątków cholery, — Otto co do gronkowców, — Karwacki co do pneumokoków) stwierdził to zachowanie, a zgodnie z tem badania doświadczalne objaśniają mechanizm tej zmniejszonej wrażliwości bakteryi na swoiste aglutyniny, jako sprawę przystosowania się. Co do odporności wobec sił bakteryobójczych, to oprócz przygodnych dawniejszych wzmianek w pracach Haffkina, Kionki i Courmonta, w ostatnich czasach wyszła praca Sterna i Kortego (Berl. klin. Woch., 1904, Nr. 9), stwierdzająca wyniki, uzyskane przez prelegenta. Lecz nawet jeśli w jednym lub drugim przypadku takiego przystosowania się nie stwierdzimy, to nie zdziwi nas to wobec różnorodności czynników, jakie w sprawie tej biorą udział i wobec faktu, że w doświadczeniach z uodparnianiem przeciw bakteryom lub jadom wyniki bywają różnorodne, a czasem i ujemne. Co do przypadku, opisanego przez kol. Drobę, to przedewszystkiem prątki, znajdujące się w woreczku, tak znacznie chorobowo zmienionym (włókniste zwyrodnienie i zgrubienie ściany do 3—4 ctm.), znajdowały się z pewnością poza obrębem działania soków ustroju, tembardziej zaś prątki, znajdujące się w kamieniu. Powtóre nie stwierdzono wówczas czy w chwili operacyi surowica chorej zawierała jeszcze aglutyniny w przeciwnym bowiem razie prątki po latach tylu mogły były utracić nabytą kiedyś odporność. Wreszcie — co najważniejsza — badanie wrażliwości na aglutyniny zapomocą surowicy chorych durowych nie może się ostać wobec obecnych naszych wiadomości tembardziej, że kol. Droba nie stwierdził granicy skuteczności użytej surowicy wobec szczepu pracownianego, a tylko porównanie granic tej skuteczności dla obu szczepów mogłoby uprawniać do jakichkolwiek wniosków.

Przechodząc do kwestyi ogólnej, zastrzega się kol. Eisenberg jak to już zaznaczył w odczycie, że odporność wobec aglutynin i ciał bakteryobójczych bynajmniej jeszcze nie wyczerpuje całego przystosowania się bakteryi do sił ochronnych ustroju (*vide* obszerną publikacyę w pracach „Akad. Um."), a zjawiska te, jako przystępne do doświadczeń *in vitro*, posłużyły mowcy tylko jako wskaźnik przystosowań tych wogóle. (*Streszczenia własne*).

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

VII. Potrzeba prac naukowych do rozwoju zdrojowisk i uzdrowisk w Galicyi.

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

W jednym z poprzednich artykułów zarzuciłem lekarzom zdrojowym, że nie ogłaszają prac naukowych w zakresie balneo- i klimatoterapii krajowej, ale śmiało twierdzić mogę, że pod tym względem nie są oni stosunkowo gorsi od swych kolegów w innych krajach. Zatem ten zarzut wydawałby się bezpodstawnym, tymczasem tak nie jest. Zdrojowiska tamtejsze mają wyrobioną tradycyę, mają rozgłos wszechświatowy i to im po części wystarcza, aby cały świat zwoził swoje pieniądze i wzbogacał je, do czego i Polacy nie mało się przyczyniają ze szkodą dla swego i tak już bardzo ubogiego kraju. Wprawdzie u nas zawsze to było lepszem, co obce, a swoje się lekko ceniło i tego zła prędko się nie wykorzeni. Pozostają jednak olbrzymie zastępy ludzi, którzyby się nie pytali czy to obce czy swoje, byle mogli odzyskać to, co człowiek najwyżej cenić musi — zdrowie. Ale skoro się nie wie, skoro się nie ma żadnych podstaw, żadnych uzasadnionych argumentów, że ten skarb zdrowia niemal na pewne odzyskać można w kraju danymi środkami w danych miejscowościach, to ów rozgłos, wiekami utrwalona sława, pociąga ich w świat. Wiara zastępuje wiedzę: może i na mnie ten cud się spełni, jak na tylu innych.

Tamci, mając swój byt i rozwój zapewniony, mogą mniej baczyć o podstawy naukowe, bo te nie są im tak niezbędne do rozwoju interesów, możeby nawet czasem tym zbyt wybujałym interesom szkodziły, a przytem ciągną oni do siebie wszystkiemi świecidłami wyrafinowanego komfortu, zbytku i błyskotkami wykwintu cywilizacyi. My zaś nie naśladujmy ich w tych błyskotkach i przerafinowanej a zbyt kosztownej cywilizacyi, ale dajmy za to w naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach tylko to, czego istotnie cywilizacya wymaga, ale za to wskażmy naszemu społeczeństwu gruntowne i pewne drogi, rozświecone nauką i fachowem doświadczeniem, które w tej wędrówce po zdrowie najłatwiej i najpewniej prowadzą do celu.

Kto się nie dotknął tej sprawy, ten stwierdza tylko fakt, że cała nauka balneo- i klimatoterapii, której wyniki lecznicze w chorobach przewlekłych powszechnie uznano za najdonioślejsze, mimo to niezmiernie pozwoliła się wyprzedzić wszystkim innym gałęziom medycyny i to do tego stopnia, że tę różnicę możnaby ocenić na wiek cały. A dalej stwierdza niesłychanie małe dalsze postępy i dziwi się i bezkrytycznie składa całą odpowiedzialność na osoby najwięcej interesowane, na lekarzy zdrojowych, przypisując im pewnego rodzaju inercyę. Przyglądnąwszy się jednak tej sprawie bliżej, to się okaże, że przyczyny złego płyną z innych źródeł, a mianowicie z samego przedmiotu, ze zbyt wielkiej liczby czynników i to bardzo złożonych, które działają współcześnie i trudno jest rozróżnić działanie szczegółu, a choćby całej grupy szczegółów w całej tej masie czynników.

W leczeniu zdrojowo-klimatycznem najpierw rozpoczyna działanie lecznicze cały szereg czynników psychicznych, oderwanie myśli od spraw codziennych, od swojej choroby, a skierowanie ich do przygotowań do podróży, następnie sama podróż i zupełna zmiana otoczenia i jego wpływów, a dalej zmiana w porządku życia. Czynniki higieniczne, bezwzględnie pod wielu względami lepsze, niż się je miało w domu, a przynajmniej zasadniczo zmienione, oddziaływują każdym szczegółem na ustrój. Czynniki klimatyczne także rozpadają się na bardzo liczne szczegóły, z których każdy nie może pozostać bez wpływu na czynność ustroju. Czynniki dyetetyczne, cały sposób odżywiania, muszą uledz różnorakim zmianom, bo się zmieniły wszystkie warunki bytu. Następnie dodać należy sam sposób prowadzenia leczenia, w które wchodzą znowu całe zawiłe masy szczegółów przy piciu wód mineralnych, a również nie mniejsze liczby czynników, działających przy używaniu różnych kąpieli, a nadto jeszcze dodatek leków aptecznych i innych zabiegów leczniczych. Jestto istotny chaos miliona szczegółów, którymi lekarz kieruje empirycznie i osiąga zwykle wynik dodatni. Ale wykazać klinicznie, uzasadnić naukowo, że ta lub inna grupa czynników główną odgrywała rolę w danym przypadku chorobowym i istotnie udokumentować każdy szczegół, to jest rzecz bardzo trudna, a niemal jest to niepodobieństwem wobec tego, że nie posiadamy gruntownej znajomości, jak działa każdy szczegół z osobna; te zasadnicze wiadomości wymagają również ścisłego opracowania.

A jednak w naszym kraju właśnie konieczną jest potrzeba, aby wyjść z tego błędnego koła, z tego chaosu i trzeba wszechstronnej pracy, aby coraz nowe rzucać światło na te mroki średniowieczne. Ale do tej pracy nie wystarczą siły jednostek, jeśli te jednostki nie znajdą pomocy materyalnej od tych, którzy w tej sprawie są więcej albo mniej zainteresowani.

Zakładanie w ogniskach naukowych Towarzystw balneologicznych, mojem zdaniem, nie prowadzi do celu; działanie takie uważam za rozbieżne, a tu więcej potrzeba działaniaześrodkowanego, mianowicie działania każdej miejscowości z osobna, przez co działanie leżeć będzie w rękach ludzi przynajmniej empirycznie fachowych, zaznajomionych z czynnikami, współcześnie działającymi w tej miejscowości. Lekarze, praktykujący w pewnem zdrojowisku lub uzdrowisku, złączeni na wzór „kółka lekarzy krynickich“, najwięcej tutaj zdziałać mogą i zdziałają, jeżeli nie będą zmuszeni do ciągłej, często bezowocnej walki z różnemi wadliwościami administracyjnemi zdrojowiska i uzdrowiska, a które to walki staczać dotychczas muszą, gdyż skargi i wyrzekania pacyentów zabierają im dużo czasu na ich wysłuchiwanie i częstokroć wadliwości te wpływają ujemnie na wyniki lecznicze. Gdy poszczególne administracye należycie poszanują głos kółka lekarskiego, usuną wadliwości, szkodliwe zdrojowisku, wtedy to kółko będzie się mogło należycie oddać pracom naukowym, bardzo dodatnio wpływającym na rozwój zakładu. Prace takie będą wyrazem nie jednostki, ale ogółu lekarzy wtajemniczonych w całość przedmiotu, a nie dość silne dokumenty naukowe, gdyż ich brakuje, zastąpią spostrzeżenia i doświadczenia kilku lub kilkunastu lekarzy, stosujących lata całe te środki lecznicze w równych zresztą warunkach.

Tego rodzaju prace będą przeważnie kliniczne, empiryczne, w których zwolna rozjaśniać się będzie działanie pewnych grup czynników na pewne zmiany w ustroju. A choćby te prace nie były dość naukowe, nie odpowiadały stanowisku nauki w innych działach medycyny, to zawsze one będą bardzo pożądanym materyałem statystycznym, a bądź co bądź będą dawały pewne jaśniejsze wskazówki lekarzom, którzy wysyłają swych chorych na leczenie kąpielowe lub klimatyczne.

W ten sposób powstaną prace, wykazujące ogólne wyniki lecznicze przy działaniu wszystkich grup czynników, wśród których uwidoczniać się będzie dominujące znaczenie poszczególnej grupy czynników na pewne zboczenia chorobowe, wody mineralnej, kąpieli mineralnych, borowinowych, zabiegów wodoleczniczych i t. p. Prace te, jako fachowe, mogą lekarze wykonywać samodzielnie, bez pomocy finansowej, a jedynie przy bezpłatnym, w danych razach, udzielaniu materyału leczniczego — kąpieli.

Pozostaje poza tem pole do bardzo rozległej pracy nad poszczególnemi grupami czynników, jakoteż ich jednostkami, ale w warunkach odmiennych, domowych lub szpitalnych, a te prace daleko ponętniej się przedstawiają dla lekarza, bo więcej mogą mieć piętna istotnie naukowego. Ale w dzisiejszych ciężkich warunkach bytu nie można żądać, by lekarz miesiące lub lata całej swej pracy, która komu innemu przyniesie duże zyski finansowe, dokonywał nietylko bezpłatnie, ale jeszcze wydawał własne pieniądze na zakupno materyału do badań od tych, którzy bezpośrednio z tych badań korzystać będą.

Są to stosunki nieprawidłowe i te uregulować należy w ten sposób, iż strony bezpośrednio interesowane dostarczą

bezpłatnie materyału, potrzebnego do badań, poniosą koszta tych badań i wynagrodzą pracę lekarzy.

Tego rodzaju prace są niesłychanie doniosłe zarówno ze względu na samą naukę, jako taką, bo dają jedynie możność posunięcia jej naprzód i zbliżenia do innych gałęzi wiedzy lekarskiej, ale niemniej doniosłe będą ich wyniki finansowe dla poszczególnych miejscowości leczniczych. Dla przykładu przytoczę, iż po gruntownem, a wszechstronnem klinicznem zbadaniu, jak działa woda krynicka ze zdroju głównego w chorobach narządu moczopłciowego i porównaniu jej działania z wodami zagranicznemi, używanemi w tych cierpieniach, eksport jej niewątpliwieby się podwoił, a wzmógłby się jeszcze przez takież badanie nad jej leczniczem działaniem w wielu chorobach przewodu pokarmowego. Ale takie badania można dokonywać tylko na wielkim materyale chorych, w klinikach i szpitalach. Aby zaś były wykonywane, należy, aby z jednej strony dostarczano potrzebną ilość materyału leczniczego bezpłatnie i aby były zapewnione fundusze w celu wynagrodzenia za dokonaną pracę. Takie fundusze łatwo osiągnąć można nałożeniem choćby minimalnej, ale stałej opłaty, czy to na właścicieli zdrojowiska, czy też na wszystkich przedsiębiorców w tem zdrojowisku, składaniem tych opłat na osobny kapitał, któryby bywał używany od czasu do czasu na prace konkursowe w tym zakresie.

Zdobyciem stałych funduszów, jakoteż opracowaniem planu samej akcyi naukowej, oraz jej prowadzenia, powinny się zająć kółka lekarzy zdrojowisk i uzdrowisk, każde dla swej miejscowości, a w danym razie łączyć się mogą dla akcyi wspólnej.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 12 maja.

Z dniem 23 kwietnia administracyę »Przeglądu lekarskiego« objął profesor dr. Stanisław Ciechanowski (ul. Wielopole, 4); do niego więc należy się zgłaszać we wszystkich sprawach, dotyczących prenumeraty, odbitek, załączników, ogłoszeń, inseratów i t. d.

* Tegoroczny Zjazd chirurgów polskich nie odbędzie się z tych samych powodów, które zniewoliły lwowski Komitet gospodarczy do odłożenia X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

* Dnia 8 b. m odbyła się w Krakowie uroczystość poważna, powszechnie i szczerze odczuta — złożenia hołdu i wyrażenia wdzięczności prof. Dr. Henrykowi Jordanowi, założycielowi i kierownikowi »Parku« ćwiczeń cielesnych, w piętnastą rocznicę powstania tej instytucyi w Krakowie. Programowymi przedstawicielami tej uroczystości były dzieci obu płci i wszystkich szkół krakowskich: ludowych, wydziałowych, dobroczynnych i średnich, co stanowiło zastęp ośmiotysięczny, ustawiony w imponujący pochód, rozbrzmiewający kilku orkiestrami pojedynczych szkół. Z uczuciami dzieci łączyły się niemniej szczere, a może więcej uświadomione wdzięczne uczucia ich rodzin, które, wraz z przedstawicielami licznych instytucyi miejskich, pospieszyły na krakowskie błonia, gdzie odbyła się ta rzewna uroczystość. Tym sposobem ogół mieszkańców Krakowa dowiódł, że nie tylko umie być wdzięcznym, ale i że rozumie doniosłość wychowania fizycznego i znaczenie silnych rąk w zbiorowej wytwórczości odradzającego się narodu. Uroczystość zakończyła się ucztą w wielkiej sali „Sokoła“, podczas której mógł się prof. Jordan przekonać o szczerem uznaniu dla jego osoby, głęboko odczutem przez obywateli krakowskich, którzy się chlubią instytucyą przez niego założoną, tak wzorowo i z pożytkiem prowadzoną i będącą jednocześnie wzorem dla innych miast.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymał Aleksander Lauer.

* Dowiadujemy się, że arcyksiążę Józef, właściciel zakładu »Therapia-Palace«, powszechnie dziś znanej stacyi morskiej w Cirkwenicy nad Adryatykiem, zamierzył sprzedać ten zakład w obce ręce, a tem samem z Cirkwenicy ustąpiłby nie tylko dzisiejszy jej kierownik, Dr. Ebers, ale uzdrowisko to straciłoby swój dotychczasowy charakter polskiej stacyi morskiej. Jeśli dbamy o cechę polską Cirkwenicy, to nie czynimy tego oczywiście z pobudek politycznych, chociaż uznajemy znaczenie takich ognisk, ześrodkowujących obywateli jednego narodu a różnych państw, jak Zakopane, Cirkwenica i t. d; lecz idzie nam o tych chorych rodaków, którzy nie znają obcych języków, — (głównie przybywających z pod zaboru rosyjskiego), — a zwłaszcza o spokój duchowy leczących się, spokój którego w niemieckich stacyach od kilku lat Polacy wcale nie doznają. Sprzedaż Cirkwenicy tem przykrzejsze czyni wrażenie, że właśnie teraz dr. Ebers doprowadził tę stacyę do należytego porządku po długoletniem opuszczeniu i zakładowi dał warunki pierwszorzędnej stacyi morskiej. Dowiadujemy się, że Kroaci, na których ziemi leży Cirkwenica, organizują Towarzystwo akcyjne w celu zakupna tego uzdrowiska: byłoby rzeczą wielkiej wagi, gdyby polscy kapitaliści weszli w porozumienie z Kroatami i wytworzyli kroacko-polskie Towarzystwo akcyjne; tym sposobem zachowaliby Cirkwenicy dotychczasowy jej charakter i zapobiegli usadowieniu się gospodarki niemieckiej, tyle czyniącej nam przykrości i wstrętu w tych uzdrowiskach, w których gospodarują.

* W łonie warszawskiego Tow. lekarskiego zawiązała się sekcya położniczo-ginekologiczna, na czele której stanął Dr Boryssowicz, na wiceprezesów wybrano: Dra Neugebauera i Jaworskiego, a na sekretarza Dra Stankiewicza.

* Nowy Instytut fizyologiczny został otwarty d. 29 kwietnia w obecności ministra oświaty Hartla. Budynek kosztował 500.000 koron, odznacza się zewnętrzną prostotą, a natomiast wyróżnia się od innych wiedeńskich instytucyi uniwersyteckich nader zasobnem urządzeniem wewnętrznem.

* D. 4 b m. rozpoczęła swe posiedzenia ankieta, powołana przez Komisyę sanitarną Rady państwa do ułożenia projektu reformy stanu aptekarskiego. Ze strony zarządzającej Izby lekarskiej do ankiety tej zostali przybrani Drowie: Grün (Wiedeń), Sauer (N. Austrya), Frankenberger (Praga) i Brenner (Berno)

* Postanowieniem ministerstw: spraw wewn. i oświaty, kobiety zostały dopuszczone do studyum aptekarskiego z dyplomem liceum żeńskiego, oraz świadectwem gimnazyalnem z języka łacińskiego w zakresie pierwszych klas VI.

* »Das Oesterreichische Sanitätswesen« w ostatnim Nrze donosi, że w kilku gminach Czech i Moraw pojawiły się przypadki włośnicy (*trichiniasis*).

(A.) Do Tow. samopomocy lekarzy przystąpili następujący nowi członkowie: kol. Bibring S. (Nadwórna); Bobkiewicz Henryk (Kraków); Markl Józef (Horożanna Wielka); Topolnicki Jan (Tarnopol); Uchacz Błażej (Maków); Weinreb Salomon (Tłumacz). *Dr. Langie*, generalny sekretarz.

* Między 26 kwietnia a 2 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim (1 gm.), czortkowskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), lwowskim (4 gm.), kamioneckim (3 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (3 gm.), skałackim (1 gm.), śniatyńskim (2 gm.), stanisławowskim (2 gm.), stryjskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tarnowskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), turczańskim (10 gm.), złoczowskim (1 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Tytuł profesora otrzymali: Dr. Kutscher, docent fizyologii w Marburgu i Dr. Krämer, starszy lekarz marynarki. Dr. Durig, docent fizyologii, mianowany profesorem nadzwyczajnym anatomii i fizyologii domowych zwierząt w szkole rolniczej w Wiedniu. Dr. Flemming mian. profesorem okulistyki w Londynie.

Nekrologia. Zmarli: prof. anatomii w Lipsku. Dr. His, lat 7 ; Dr. Arnold, prof. neurologii — w Baltimore. Dr. Rouget, b. prof fizyologii — w Montpellier. Dr. Holcombe, prof okulistyki i otyatryi — w Nowym Yorku. Dr. Bonnel, prof. historyi naturalnej — w Nantes.

Bibliografia:

— *Zdrowie* Z. 5. A. Landau: Sposoby określania wilgoci ścian. Goldberg: Sposoby usuwania wilgoci. Makowski: O przyczynach wilgoci w mieszkaniach piwnicznych, suterenowych i parterowych. Stamirowski i Makarczyk: Kosztorysy osuszania mieszkań. Zieliński: O konkursie na plany szpitalika prowincyonalnego.

— *Medycyna* Nr. 18. Bornstein: Wiąd rdzenia i psychoza.

— *Gazeta lekarska* Nr. 18. Horodyński: Przypadek wrodzonej olbrzymiości częściowej. Rabek: Przyczynek do leczenia płonicy surowicą przeciwpłoniczą (dok. Rzętkowski: Badania nad losem roztworów solnych w żołądku ludzkim (dok.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 5. Kaufman: Emanuel Kant w stuletnią rocznicę jego śmierci. Kosiński: W sprawie klinicznej oceny nowych leków. Giedroyć: Z dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce. Trzy przywileje (dok). Bieliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d).

— *Ginekologia* N. 3. Neugebauer: Hydromeningocele sacralis anterior. Borzymowski: Automatyczne zamykadło do irygatorów. Szybowski: Oderwanie się pępowiny od łożyska przy porodzie w pozycyi stojącej.

— *Przegląd dentystyczny* Z. 3. Seńkowski: Własności i skład chemiczny śliny.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 3. Skórczewski: Rzut oka na sprawy zdrojowisk i uzdrowisk w Galicyi. — O schronisku przy Morskiem Oku. J. F.: Krościenko nad Dunajcem, schronisko letnie-podgórskie, szczawy alkaliczno-słone.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 18. Kose: Studie o alkalické reakci krve. Pexa: Angina diphtherica maligna. Zahradnický: Zpráva o 604 kýlách v nemocnici německobrodké operovanych.

— *Sborník klinický* Z. 4. Brož: O angioneurotických oedemech. Hynek: Ankylostomiasis v české pánvi uhelné. Panýrek: Jednoduchá methoda ke křiseni bezvědomých zvláště případů lehčich. Thomayer: O obrnách dnavých.

— *La Presse médicale* N. 34. Gilbert i Lereboulet: Przyczynek do badań nad skłonnością do samozakażenia. Przyroda zapalenia wyrostka robaczkowego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 18. Hueppe: Zapobieganie chorobom zakaźnym w szkole. Babes: Nieprawidłowości wzroku, prowadzące do przeobrażeń w kończynach (Akrometagenese). Joachim: Znaczenie wykazania śladów krwi w stolcach. Scholtz: Znaczenie promieni gorących w leczeniu zogniskowanem światłem metodą Finsena. Doebert: Zapalenie worka sercowego i jego nakłucie. W. Koch: Stosowanie kamfory przez skórę zwłaszcza w leczeniu gruźlicy.

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 18. Koschier: Przyczynek do operacyjnego leczenia raka krtani. Kienböck: Dusznica bolesna pochodzenia histerycznego. Prześwietlanie: tężec serca. Siegel: W sprawie wysięku opłucnowego *e vacuo*. Bezděk: Przypadek migdałka obwisłego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 18. — Heineke: Wpływ promieni Röntgena na narządy wewnętrzne. Smidt: Przyczynek do oceny odczynu tuberkuliny. Büdingen i Geissler: Wpływ kąpieli o prądzie zmiennym na serce. Elkan i Wiesmüller: O próbach wdychiwań cieczy, zawierającej fenylopropiolan sodowy podług Bullinga. Hagentorn: Przypadek słoniowacinowego zgrubienia podudzia z rozlanemi guzowatościami i wytwarzaniem brodawek. Ebbinghaus: Przyczynek kazuistyczny wrodzonej wady serca i jej możebnych następstw. Cohn: Przypadek wrodzonej wady serca. Hönck: Osobliwy przypadek pęknięcia macicy ciężarnej. Fischer: Kiła dziedziczna serca. Groedel: Wartość mierzenia parcia krwi zapomocą stigmomanometru Riva-Rocci i skombinowanie jego z przyrządem dla kontroli.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 19. Askanazy: Etyologia i patologia motylicy kociej (*distomum felineum*) u ludzi. Rosenthal: Nowa surowica przeciw czerwonce i jej zastosowanie w leczeniu tej choroby. Wassermann: Czy istnieje biologiczna metoda różniczkowa dla odróżnienia zapomocą precypityny krwi ludzkiej od zwierzęcej? Chajes: O lewulozuryi pokarmowej w chorobach wątroby. Bettmann: Gruźlica skóry pod postacią trądzika (dok.). Ury: Ilościowe wykazanie wytworów gnicia i kiśnienia w kale.

Redakcya otrzymała: Beck: 1) Durch Operation geheilter Fall von Angioma racemosum; 2) The utilisation of the Lover lip in rhinoplasty. A nev procedure; 3) Ueber erstrebenswerte Ziele der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New-York; 4) On costal and thoracic Resection for pyothorax; 5) Heidelberg und Studententhum.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 17 (od 1/V do 7/V) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 34, dz. 31; nieżywo: chł. 3, dz. 3. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 19, kob. 16; zamiejscowych: męż. 13, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych—, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 18, ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miejsc. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej —, ob.—. 8) odra: miej. —, ob. 2. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej 2, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 4, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 2, ob. 1. **Razem** miej. 35, obcych 21.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 18 b. m., o godzinie 6-tej popołudniu, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Bier mówić będzie: „O zakładzie do czyszczenia wody kanałowej w Sanatoryum zakopańskiem."

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr. **Jekels,** właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.

Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski,** docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).

Dr. **Witczak,** kierownik i właściciel Zakładu.

Kosów

lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.

Dr. **Tarnawski,** kierownik i właściciel.

Krynica.

Dr. **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens,** („pod Jeleniem").
Dr. **Ebers,** radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr **Lewicki Stanisław,** asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr **Wąsowicz Z.,** („pod Orłem").

Maryówka pod Lwowem.

Dr. **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakładu.

Rabka.

Dr. **Lang,** lekarz okr.

Rymanów.

Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz,** lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr. **Gorski Ksawery,** lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Kołączkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniczego dolnego i pensyonatu.

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski E.,** radca ces., lekarz zakł.
Dr. **Pelczar Z.**

Zakopane.

Dr. **Majewicz Edmund,** Przecznica.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr. **Kümmerling,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr. **Feuerstein Leon,** („Hotel Continental").

Franzensbad.

Dr. **Steinsberg,** („Goldener Brunnen").

Gleichenberg.

Dr. **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger" IV)

Wyspa Grado obok Tryestu.

(Kąpiele morskie i piaskowe.)

Dr. **Oransz M.,** (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.

Dr. **Kaufmann Oskar,** (Sprudelstrasse, „Pascha").
Dr. **Kołaczkowski,** („Stadt Athen")
Dr. **Kostecki,** (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz,** (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau").
Dr **Kropf Leon,** (Theatergasse, „Minerva").

Kissingen.

Dr. **Chłapowski Franciszek,** radca sanitarny.

Marienbad.

Dr. **Harajewicz Wład.,** (Villa „Wahnfried").
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").
Dr. **Schermant J.,** (Villa „Apollo")

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)

Dr. **Binder,** kier. i właściciel sanatoryum „Stefania".

Trenczyn.

Dr. **Wobr,** lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Rok XLIII. Kraków 21 Maja 1904. Nr. 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału Dr. med. Dunina w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Kreozot i kreozalbina w cierpieniach narządu oddechowego.

Podał

Leon Karwacki.

(Rzecz wygłoszona w warszawskiem Towarzystwie lekarskiem na posiedzeniu dnia 30 czerwca 1903).

Celem niniejszej pracy jest bliższe zapoznanie się z własnościami otrzymanego przezemnie białkowego połączenia kreozotu — kreozalbiny. Ponieważ czynną częścią składową tego leku jest kreozot, uważam za rzecz niezbędną poruszyć jeszcze raz starą, a jednak niedostatecznie pogłębioną sprawę użyteczności kreozotu w cierpieniach dróg oddechowych

Kreozot był otrzymany w roku 1832 przez Reichenbacha. Badacz ten wprowadził go do terapii z powodu jego własności przeciwgnilnych i ściągających. Dzięki powadze Reichenbacha środek ten został przyjęty przez ówczesnych terapeutów z zapałem i zastosowany jako „panaceum“ w całym szeregu najróżnorodniejszych stanów chorobowych. Po bezkrytycznem zapale nastąpiło zupełne rozczarowanie i do roku 1877 o kreozocie pamiętali tylko dentyści. Do arsenału terapeutycznego kreozot wrócił znowu dzięki pracom Boucharda i Gimberta już jako środek do zwalczania nieznanego jeszcze wtedy, a przeczuwanego zarazka gruźlicy płuc. Statystyka Gimberta zachęciła bardzo wielu lekarzy do wypróbowania skuteczności kreozotu w tym kierunku i zjednała mu licznych zwolenników. Z poszukiwań doby ówczesnej warto wymienić prace Curschmanna i Picka: badacze ci zapomocą odpowiednich masek stosowali wziewanie kreozotu zarówno w celu powstrzymania krwotoków przyrody gruźliczej, jak i dla wywarcia przeciwgnilnego działania na zarazki gruźlicze.

Mówiąc o zwolennikach terapii kreozotowej w gruźlicy płuc, nie podobna pominąć Sommerbrodta. Lekarz ten stosował kreozot w ogromnej liczbie przypadków i gorąco zachwala go, polecając zadawanie leku w dawkach dużych i przez znaczny przeciąg czasu. Przy zachowaniu tych warunków Sommerbrodt często jakoby otrzymywał wyleczenie gruźlicy płuc zarówno w pierwszym, jak i w drugim okresie. Z tego powodu Sommerbrodt uważa kreozot za lęk prawie swoisty dla gruźlicy.

Po odkryciu Kocha sprawa swoistości kreozotu została przeniesiona na grunt doświadczalny. Guttmann przekonał się, że dodatek kreozotu do pożywek hodowlanych w ilości 1:4000 wpływa bardzo niekorzystnie na rozwój laseczników gruźliczych, przy stosunku zaś 1:2000 wegetacya ustaje zupełnie. Ponieważ toksyczna dawka kreozotu wynosi zaledwie 0,17 na kilogram żywej wagi, podobne rozcieńczenie leży w granicach działania terapeutycznego i może być urzeczywistnione u osobnika dorosłego przez wprowadzenie do ustroju 2,0—4,0 kreozotu. Zdawało się więc na razie, że w tych warunkach i w ustroju uda się powstrzymać rozwój laseczników gruźliczych, a co za tem idzie, i dalszy rozwój gruźlicy.

Doświadczenia kliniczne jednak ziściły podobne oczekiwania tylko w bardzo małej mierze. Doświadczenia zaś Corneta, Albu, Weyla nad przebiegiem gruźlicy doświadczalnej u zwierząt przy podawaniu kreozotu wypadły dla leku zupełnie niepomyślnie. Również Sormani i Pellucani, stosując u zwierząt tuberkulizowanych wziewania kreozotowe, nie otrzymali wcale zachęcających wyników.

Ostateczny cios teoryi swoistego przeciwgruźliczego działania kreozotu zadały poszukiwania Yersina. Badacz ten stwierdził, że przebywanie laseczników gruźliczych w nasyconym wodnym roztworze kreozotu w ciągu godziny nie niszczy w nich wcale zdolności do rozwoju na pożywkach sztucznych. Zdolność ta ginie dopiero po dwugodzinnem oddziaływaniu roztworu. Gdybyśmy nawet byli w stanie wprowadzić do ustroju równie olbrzymie ilości kreozotu, to i wtedy jeszcze nie bylibyśmy pewni śmierci laseczników gruźliczych. W dobie obecnej probierz wyłącznie hodowlany nie może być uważany za miarodajny co do żywotności prątków gruźliczych. Jako przykład tego pozwolę sobie przytoczyć moje doświadczenia: 3-miesięczną hodowlę laseczników na agarze glicerynowym zawieszałem w 20 centymetrach sz. nasyconego wodnego roztworu kreozotu i zostawiałem tak w ciągu 4 godzin. Następnie zastrzykiwałem świnkom do otrzewnej po jednym centymetrze tej zawiesiny. Wszystkie świnki padły z gruźlicy.

Wobec tych faktów, — sądzę, — nie może być mowy o swoistem bakteryobójczem oddziaływaniu kreozotu w gruźlicy płucnej. Niektórzy badacze, jak Hoeltscher, przypisują kreozotowi oddziaływanie antytoksyczne: kreozot w ustroju dzięki znacznemu powinowactwu do istot białkowych łączy się z toksynami i zobojętnia je. Toksyny w tej postaci są łatwiej utleniane i wydalane z ustroju. Być może, że część dobroczynnych wpływów kreozotu warunkuje się wiązaniem toksyn gruźliczych, jak to przypuszczać należy naprzykład dla rtęci i toksyn przymiotu. Brak jednak wszelkich danych doświadczalnych, bodaj z tuberkulinami kochowskiemi, nie pozwala tej teoryi wyjść poza granice zwykłego przypuszczenia.

W dobie obecnej większość terapeutów jest usposobiona nieprzychylnie dla terapii kreozotowej. Z jednej strony szereg poszukiwań, mających na celu uzasadnienie wartości

leku drogą wykazania jego swoistości, wypadł ujemnie; z drugiej zaś strony całą uwagę świata lekarskiego pochłaniają wysiłki w kierunku opanowania gruźlicy na drodze odpowiednich urządzeń społecznych i na drodze leczenia swoistego „sensu stricto“ — uodporniania czynnego i seroterapii. Wobec tych wielkich dążeń leczenie farmakologiczne wydaje się małem, niedoskonałem i z góry skazanem na zagładę. Dla olbrzymiej jednak większości chorych gruźliczych niedostępnem jest ani leczenie klimatyczne, ani też swoiste. Cóż ma tedy począć lekarz wobec podobnych chorych? Zwraca się do arsenału farmakologicznego i wybiera najczęściej kreozot, jako środek posiadający półwiekową tradycyę i bezwarunkowo najpoważniejszy z tych niezliczonych leków, które empirya doradza w gruźlicy; wszystkie bowiem nieudane uzasadnienia teoretyczne nie obalają doniosłości faktycznej tych licznych spostrzeżeń, gdzie kreozot wpłynął bardzo korzystnie na przebieg gruźlicy płucnej. To też kreozot jak leitmotyw terapii gruźliczej powtarza się nieustannie, wypływając w coraz nowej postaci, w coraz innym sposobie podawania.

Powszechnie wiadomo, że kreozot nie jest jednostką chemiczną, lecz mieszaniną fenolów. Główną część jego stanowią gwajakol, czyli monometylbrenckatechina i kreozol, czyli monometylhomobrenckatechina. Ciała te, identyczne pod względem działania fizyologicznego, różnią się punktem wrzenia i ciężarem gatunkowym. Różne gatunki kreozotu zawierają w przewadze to pierwszy, to drugi z tych fenolów. Naogół ilość ich waha się w granicach 60—90%. Bardzo często preparaty kreozotowe zawierają różne domieszki, a przeważnie kwas karbolowy. Ilość tych domieszek w złych gatunkach kreozotu może wynosić niekiedy 75%, jak wykazał to Goldberg na Zjeździe farmaceutycznym w Moskwie. Fakt ten ma doniosłe znaczenie dla porównawczej oceny wyników leczniczych u różnych badaczów. Być może, że zanieczyszczeniom przypisać należy często fakty zatrucia lub złego znoszenia kreozotu przez chorych.

Dla wyrobienia sobie pojęcia o istocie możliwego wpływu leczniczego przyjrzyjmy się oddziaływaniu kreozotu na różne narządy i jego losom w ustroju. Już Reichenbach stwierdził, że kreozot działa na błony śluzowe ściągająco; działanie to jednak występuje przy nieznacznem stężeniu rozczynów kreozotowych, znaczniejsze zaś działają żrąco i mogą wywołać nawej zmiany martwicze. Wprowadzony do żołądka, wywiera kreozot wybitny wpływ hamujący na patologiczne fermentacye treści żołądkowej, co oczywiście wpływa korzystnie na trawienie. Podmiotowe dobroczynne oddziaływanie kreozotu wyraża się poprawą łaknienia. Jeżeli wyniki otrzymane przy trawieniu sztucznem można przenieść na trawienie żołądkowe, to mógłbym twierdzić, że kreozot wpływa niekorzystnie na peptonizowanie się ciał białkowych w żołądku. Przy trawieniu sztucznem w moich doświadczeniach (1,0 ściętego białka kurzego +1,0 pepsyny Karajewa +50 ctm. $^1/_{10}$ kwasu solnego) dodatek 10 kropli kreozotu redukował po 24 godzinach peptonizacyi białka do $^1/_4$; przy dodatku zaś 20 kropli w rozczynie powstawały zaledwie ślady peptonu. W kwaśnem środowisku z rozczynem peptonów kreozot wytwarza bardzo subtelną zawiesinę. W kiszkach kreozot ulega wessaniu. Czy cały kreozot ulega wessaniu, jako taki, czy też pewna część wchłania się jako sprzężenie z wytworami rozpadu ciał białkowych? — dokładnie nie wiemy. Przy znacznem schorzeniu przewodu pokarmowego lub przy większych stężeniach przetworu kreozot w wysokim stopniu upośledza trawienie i wywołuje szereg zaburzeń, jako to: nudności, utratę łaknienia, gniecenie i palenie w dołku, kolki, biegunkę.

Z tego, co powiedzieliśmy, widać, że nie działanie na przewód pokarmowy rozstrzyga o wartości kreozotu, gdyż oddziaływanie to jest raczej przyrody ujemnej. Potwierdzają to także wyniki lecznicze, otrzymane drogą zastrzykiwań podskórnych. Zasadnicze oddziaływanie poczyna się od chwili, kiedy kreozot znajduje się w krążeniu krwi. W osoczu cały kreozot łączy się prawdopodobnie z istotami białkowemi. Hölscher i Seifert wprowadzali królikom do żołądka znaczne ilości kreozotu i co pewien czas badali krew, czy nie zawiera wolnego kreozotu, otrzymując stale wyniki ujemne. W surowicy zaś (poza ustrojem), jak wynika z moich doświadczeń, tylko część kreozotu ulega temu losowi, część zaś pozostaje niezwiązaną. Według obliczeń Sailleta około $^2/_3$ wprowadzonego kreozotu opuszcza ustrój przez nerki, przytem pod postacią sprzężenia z siarkanem potasowym, reszta zaś wydziela się przez inne narządy, z których lwia część przypada na błonę śluzową dróg oddechowych.

Jakie są pośrednie okresy rozkładu białkowych połączeń kreozotu aż do wymienionego sprzężenia, nie wiemy; możemy przypuszczać tylko, że dokonywują się one dzięki czynnej roli leukocytów. W pracy Miecznikowa o odporności zebrany jest cały szereg twierdzeń doświadczalnych, dowodzących, że leukocyty pochłaniają nierozpuszczalne i rozpuszczalne sole ciężkich metali, a także i alkaloidy. Labbé i Lortet dowiedli, że ma to miejsce także dla jodu i jego połączeń. Być może, że ma to miejsce i dla kreozotu, znajdującego się w osoczu. Być może, że pochłanianie takie wpływa podniecająco na różne czynności życiowe leukocytów, a w pierwszym rzędzie na czynności, związane z istotą samoobrony ustrojowej. Za przypuszczeniem tem przemawiają poszukiwania francuskich badaczów nad zachowaniem się surowic zwierzęcych pod wpływem wstrzykiwań kreozotu. Arloing spostrzegł ciekawy fakt, że wstrzykiwania kreozotu wywołują u kozy znaczny przyrost w surowicy istot, aglutynujących prątki gruźlicze. Schoul i Remlinger stwierdzili, że w surowicy królików w tych warunkach powstają aglutyniny pneumokokowe. Znanym zaś jest i stwierdzonym doświadczalnie fakt, że powstawanie aglutynin dokonywa się dzięki czynności leukocytów. Hawthorn badał zachowanie się w tych warunkach prawidłowej surowicy ludzkiej: okazało się, że wstrzykiwania kreozotu u ludzi zdrowych nie wywołują powstawania aglutynin gruźliczych. Co się tyczy chorych na gruźlicę, to o ich odczynie nic nie wiemy z powodu braku odnośnych poszukiwań.

Wydzielanie się kreozotu przez błonę śluzową dróg oddechowych ma za następstwo zmniejszanie się wydzieliny oskrzelowej. Fakt ten jest notowanym ogólnie przy podawaniu chorym większych ilości kreozotu. Dwie mogą być przyczyny tego zjawiska: z jednej strony bezpośrednie ściągające działanie kreozotu, z drugiej modyfikacya flory oskrzelowej. Na ten ostatni czynnik zamało dotąd zwracano uwagi. Kreozot może być uważany, jako środek przeciwpasorzytniczy *sensu stricto*; jednak działanie jego bakteryobójcze lub osłabiające występuje nie wobec laseczników Kocha, lecz wobec innych drobnoustrojów, które mogą rozwijać się za-

równo w zdrowej, a tembardziej w gruźliczej tkance płucnej. Mam tu na myśli dwoinki, paciorkowce, gronkowce, laseczniki grypowe, wywołujące zarówno sprawy pierwotne, jak i wtórne. Za takiem pojmowaniem roli kreozotu przemawiają bardzo pomyślne wyniki leczenia zapalenia płuc krupowego przetworami kreozotu. Zandt zebrał 1130 podobnych przypadków, gdzie kreozot miał wybitne działanie na przebieg choroby, skracając jej przebieg, obniżając ciepłotę i zmniejszając odsetek śmiertelności. Schoul i Remlinger widzieli przy podawaniu kreozotu zmniejszanie się liczby dwoinek w plwocinie i osłabienie ich jadowitości, co stwierdzili drogą szczepień na zwierzętach.

Podjęte przezemnie poszukiwania doświadczalne w tej sprawie dały następujące wyniki: najwrażliwszemi na działanie kreozotu okazały się dwoinki Talamon-Fraenkla. W dwóch przypadkach, gdzie dwoinki były wyhodowane z krwi chorych na zapalenie płuc, dodatek kreozotu w ilości $^1/_{10000}$ do hodowli bulionowej po 2 godzinach wyjaławiał hodowlę. Paciorkowce, wyhodowane z chorej na posocznicę, nie rosły w bulionie, zawierającym $^1/_{2000}$ kreozotu Gronkowce, wyhodowane z krwi chorego gruźliczego, nie rosły w bulionie, zawierającym $^1/_{1000}$ kreozotu [1]). Otrzymanie zaś podobnych rozcieńczeń w ustroju jest rzeczą zupełnie możliwą.

Schoul i Remlinger stwierdzili wyraźne własności zapobiegawcze wstrzykiwań kreozotowych w doświadczalnem zakażeniu pneumokokowem. Co się tyczy działania leczniczego, to bardzo wyraźny wpływ został stwierdzony na szczurach — organizm zaś ich pod względem oddziaływania na zakażenie dwoinkowe jest najbardziej zbliżonym do ludzkiego.

Na podstawie przytoczonych faktów zapatruję się na rolę kreozotu w cierpieniach dróg oddechowych w sposób następujący: kreozot jako środek w ścisłem znaczeniu przeciwgruźliczy ma wartość niewielką; poprawa łaknienia w czystych postaciach gruźlicy płucnej nie przedstawia objawu swoistego dla kreozotu, lecz może być otrzymaną i przy podawaniu innych środków, jak arsen, goryczki. Użyteczność kreozotu w cierpieniach dróg oddechowych polega głównie na przeciwpasorzytniczem oddziaływaniu na niektóre drobnoustroje flory płucnej i być może na podniesieniu samoobrony ustrojowej drogą oddziaływania na czynności białych ciałek krwi. Wnioski te określają dostatecznie, w jakich postaciach nosologicznych kreozot może i powinien uzyskać zastosowanie. Wnioski te nie wykreślają bynajmniej kreozotu z listy środków przeciwgruźliczych, lecz zaznaczają wyraźniej jego wskazania. Zakażenia wtórne w gruźlicy płucnej są bardziej częste, niż mogłoby się to wydawać na podstawie objawów klinicznych. Przeprowadzając poszukiwania na na materyale szpitalnym doktora Dunina, znalazłem zakażenia dodatkowe, wykazujące się swoistym odczynem aglutynacyjnym, u 50% chorych. Przypadki brane były bez wyboru, około $^1/_3$ chorych miało niewielkie zmiany w płucach. Niektórzy chorzy z wyraźnym odczynem paciorkowcowym nie gorączkowali lub też ulegali stanowi podgorączkowemu.

Zasada Sommerbrodta, że im więcej kreozotu chory jest w stanie użyć, tem wyniki leczenia będą lepsze, służyć powinna za podstawę dla pozologii leku, czynnikiem zaś regulującym będzie zachowanie się przewodu pokarmowego i nerek. Z powodów zupełnie zrozumiałych przetwory kreozotowe rugują powoli z praktyki przykry w smaku i drażniący błony śluzowe kreozot czysty. Każdy z tych przetworów powinien w pewnych warunkach rozkładać się w ustroju, wyzwalając swój istotny czynnik leczniczy. Rozkład nie powinien dokonywać się w żołądku, gdyż wtedy wolny kreozot może zbytnio drażnić błonę śluzową i wpływać ujemnie na peptonizacyę. Ten zarzut można zrobić kreozolidowi, rozkładającemu się w kwaśnej treści żołądkowej. Rozkład powinien dokonywać się w kiszkach i być o ile możności powolnym, ażeby wywiązana większa ilość kreozotu nie wywierała żrącego działania na śluzówkę kiszki. Od grzechu tego niezupełnie wolny jest kreozotal. Drugorzędna część składowa powinna być — o ile możności — obojętną fizyologicznie, żeby nie wikłać wpływu leku oddziaływaniem ubocznem. Doskonały skąd-inąd przetwór francuski „kreozal“ rozkłada się w treści kiszkowej na kreozot i garbnik, ten ostatni zaś może działać wprost ujemnie, wywołując niepożądane w danej chwili zaparcie stolca. Cieszący się takiem rozpowszechnieniem w chwili obecnej tiokol przedstawia połączenie, w postaci którego gwajakol opuszcza ustrój przez nerki. Połączenie to jako ostateczny etap przeróbki wewnątrzustrojowej nie zdolne jest ani do rozkładu, ani do wchodzenia w nowe związki; wprowadzone do ustroju opuszcza go w postaci niezmienionej. Tiokol nie wpływa ujemnie na peptonizowanie się ciał białkowych i w rozcieńczeniach, które mogą być otrzymane w ustroju, nie posiada najsłabszego nawet oddziaływania przeciwpasorzytniczego. Nie posiadając osobistego doświadczenia, uchylam się od oceny jego wartości klinicznej. Wobec jednak braku dowodów, że środek ten wywiązuje w ustroju wolny gwajakol, przetworowi temu należy się wyodrbębnienie z grupy innych związków kreozotowych i gwajakolowych. Leczenie w tym razie będzie w ścisłem znaczeniu tego słowa „tiokolowe“.

Nakreślone powyżej postulaty ziszczą otrzymane przezemnie białkowe połączenia kreozotu, inaczej „kreozalbina.“ Jest to proszek bezpostaciowy, żółtawego koloru, o woni i smaku wyraźnie kreozotowych. Połączenie to zawiera 40% kreozotu, jak to stwierdziły liczne analizy, między innemi dokonane przez doktora Lembergera. Kreozalbina nie rozpuszcza się w żadnem środowisku, rozkłada się zaś przy oddziaływaniu alkalii lub stężonych kwasów. W ustroju środek ten wyzwala swój kreozot w miarę trawienia się białka. Trawienie żołądkowe wyzwala zaledwie ślady kreozotu, stąd oddziaływanie jego antypeptonizujące jest bardzo nieznaczne. Całkowity rozkład następuje dopiero w kiszkach. Powolne i nieznaczne wytwarzanie się kreozotu chroni przewód pokarmowy od zbyt energicznego działania miejscowego, a powolne wchłanianie się zabezpiecza od zatrucia. Niewielka jadowitość kreozalbiny pozwala na wprowadzanie dużych ilości jej do ustroju bez obawy szkodliwych ubocznych następstw. Ujemną stronę środka stanowią smak i zapach, utrudniające podawanie go w praktyce dziecięcej. Zwykła dawka dla dorosłego wynosi 2,0 trzy razy dziennie. W zapaleniu oskrzeli posokowatem i gnilnem, w serowatem zapaleniu płuc, dochodziłem do 4,0 trzy razy dziennie. Kreozalbinę można zapisywać w równej ilości z mączką cukrową,

[1]) Znaczniejsze rozcieńczenia wywierały na wzrost wyraźny wpływ hamujący.

przyczem chory sam może dawkować lekarstwo: pół łyżeczki zawiera mniej więcej 2,0 kreozalbiny.

Przetwór ten, pomimo licznego stosowania w praktyce, nie posiada dotąd literatury (oprócz życzliwej oceny przez Komisyę przemysłowo-lekarską krakowską). To też byłbym wdzięczny klinicystom naszym, gdyby zechcieli ściślej zbadać zalecony przezemnie lek, a temsamem przyczynili się do właściwej oceny tego środka w liczbie innych przetworów kreozotowych.

II. Replantacya, transplantacya i implantacya zębów.

Według wykładu mianego w Tow. lek. krak. d. 21 kwietnia 1904.

Podał

Doc. Dr. Wincenty Łepkowski.

(Dokończenie.)

Do rzędu operacyi, które rozróżniamy pod nazwą powrotnego wszczepienia, zaliczamy tak zwaną *„replantatio atypica.“* Przy tym rodzaju replantacyi nie wszczepiamy napowrót zęba wyrwanego, tylko wszczepiamy w miejsce jego ciało obce, jak n. p. kość słoniową, korzenie zęba, sporządzane z metalu lub masy porcelanowej, albo też z kauczuku. Rozliczne próby, robione w tym kierunku, robione były tylko dlatego, aby uchronić się przy powrotnem wszczepianiu przed najgłówniejszym jego nieprzyjacielem, t. j. resorbcyą. Autorowie podają przy zwykłej replantacyi odwapnianie, o którem wspomniano. Znamienski z Moskwy pierwszy wprowadził *„replantatio atypica“* i dostosowywał do zębodołu zęby, zrobione z kauczuku lub porcelany. Użycie kauczuku nie jest myślą szczęśliwą, gdyż wiadomo, że kauczuk przez zawartość siarki nie jest obojętny dla otaczających tkanek, a sam z czasem staje się porowatym. Daleko lepszą jest myśl użycia metali lub porcelany. Nie trzeba zapominać, że wszystkie metale ulegają resorbcyi z wyjątkiem złota, platyny i irydu. Odlewanie korzeni z tych metali byłoby rzeczą zanadto kosztowną, a ostatecznie korzeń, odlany z takich metali, byłby za ciężki.

Idąc w dalszym ciągu za myślą uchronienia się przed resorbcyą, najodpowiedniejszem wydaje mi się być sporządzanie korzeni z porcelany, co też w kilku przypadkach przeprowadziliśmy. Według sposobu, używanego w tutejszem ambulatoryum dentystycznem, robimy korzeń porcelanowy według metody sporządzania plomb sposobem Jenkinsa. Po wyjęciu zęba otaczamy korzeń platynową złotą folią i osadzamy go w łożyskowej masie, używanej do ustalenia zębów przy lutowaniu ich do mostków lub złotych płyt. Ostrożnie wysuwa się ząb z tej w ten sposób otrzymanej formy, a mając przygotowaną rurkę platynową odpowiedniej grubości, wtapia się ją w korzeń dla umocowania w niej ćwioczka od korony. Odlewanie tym sposobem korzeni wymaga pewnej wprawy formowania masy Jenkinsa w ogrzewaniu, gdyż częstokroć zdarza się, że zamiast gładko i dobrze odlanego korzenia otrzymujemy porowatą masę, która łatwo rozpada się i nie da się użyć. Dobrze odlany korzeń powinien być następnie pokarbowany zapomocą szlifowania tak, aby nowo obrastająca go tkanka miała punkta zaczepu. Postępowanie tego rodzaju jest rzeczą mozolną i trudną. Szukając tedy za czemś nowem i lepszem, myśląc nad tem, jakby resorbcyi uniknąć, obecnie jesteśmy przy próbach replantacyi, która jest „replantacyą nieatypową.“ Sądzę, że te próby dadzą wyniki dodatnie.

Wychodząc z założenia, że ząb powrotnie wszczepiany nie powinien ulegać resorbcyi, dalej że ma mieć kształt, identyczny z kształtem zęba wyrwanego, pomyślałem, że najodpowiedniej będzie użyć tego samego zęba, czyniąc go niemożliwym dla resorbcyi.

Zastosowanie parafiny, jako środka leczniczego, nabrało w ostatnich czasach rozgłosu. Parafina w dentystyce została wprowadzoną do zalewania kanałów korzeni w leczeniu zapalenia miazgi zębowej zębów mlecznych. Szabó używał jej, co okazało się nadzwyczaj dobrem, do zalewania odciętych przed replantacyą końców korzeni. Idąc w ślad za nim, posługujemy się tą metodą we wszystkich naszych replantacyach i transplantacyach.

Z doświadczeń klinicznych nad parafiną, która służy do modelowania zbezkształtnionych części miękkich, jak nosów, piersi i t. d., pokazuje się, że kuleczki parafiny otarbiają się i że ona pozostaje w miejscu, gdzie była wstrzykniętą, nie ulegając żadnym zmianom. Na tej zasadzie, chcąc uchronić korzeń zęba od resorbcyi, przepajamy ząb parafiną, używając do tego *vacuum*. Sądzę, że resorbcya nie nastąpi, gdyż parafina, jako ciało, nie ulegające jej, zapobieże wessaniu. Czyż myśl jest dobra? czy nadzieje w niej położone się ziszczą? na te pytania można dopiero odpowiedzieć po szeregu lat, ale nie w chwili obecnej. Czyniąc tymczasowo wzmiankę o podjętem doświadczeniu, rozstrzygnięcie tej kwestyi odkładam na później.

W dalszym ciągu wynik operacyi zależy od zmian patologicznych, od ich jakości i rozciągłości. Wskazania do wyjęcia zęba są dziś ze względu na nowe metody zachowawcze nad wyraz ograniczone. W ślad za tem byłyby również ograniczone wskazania do replantacyi zęba. Tu odróżnić musimy wskazania bezwzględne i wskazania względne. Pod bezwględnemi rozumiemy takie, gdzie żadna inna metoda zachowawcza nie doprowadzi do celu, a jedynym sposobem jest wyjęcie zęba. Zachodzi to w zapaleniach okostnej, gdzie ropienie wywołało zmiany większe, a ociąganie się z wyrwaniem mogłoby spowodować poważniejsze zaburzenia w całym ustroju. I w tych razach, jak to już wspomnieliśmy, podjęcie replantacyi jest rzeczą możliwą, chociaż nie zawsze pewną. Podejmujemy ją jednak częściej w chronicznem i podostrem zapaleniu okostnej, nawet tam, gdzie przyszło do wytworzenia się przetoki na dziąśle ponad zębem. Są jednak przypadki, w których przy chronicznem lub ostrem zapaleniu miazgi zębowej przeprowadzamy replantacyę, chociażbyśmy mogli doprowadzić do odpowiedniego wyniku metodami zachowawczemi.

Nie wszyscy pacyenci godzą się na założenie plomby. Przedkładają ponad to krótkotrwałą i efektowną operacyę wyjęcia zęba, zaplombowanie i replantowanie go poza ustami. W praktyce prywatnej, gdzie się ma do czynienia z publicznością, obeznaną ze zabiegami dentystycznymi, replantacya jest rzeczą stosunkowo rzadką. Ale zato w praktyce szpitalnej, gdzie przy ograniczonym czasie dużą liczbę plomb trzeba dokonać, na mozolne częstokroć leczenie korzeni nie mają czasu ani lekarz, ani zazwyczaj ciężką robotą zajęty pacyent. Replantacya, którą przy pomocy stosownej asystencyi w 10 minutach załatwić można, licząc czas od wyrwania aż do

osadzenia zęba, staje się wprost dobrodziejstwem dla chorego i operacyą, o której zapominać nie wolno. Tu możnaby powiedzieć, że replantacya nie jest przy chorobach zębów prawie nigdy przeciwwskazaną, a w niektórych przypadkach jest jedynym środkiem do utrzymania zęba w ustroju. Między naszą publicznością, co zresztą i gdzieindziej, jak sądzę, ma miejsce, niewiara w podobną operacyę jest tak wielka, że częstokroć dla tej niewiary i tego braku zaufania nawet przy najlepszych warunkach i okolicznościach musimy zaniechać tego rękoczynu. Zdarzało się niejednokrotnie, że po dokonanej replantacyi, po długich, a przekonywujących przemowach, po dokładnem objaśnieniu, jak się ma operowany zachowywać i t. d., wyjmuje on zęba replantowanego w kilka chwil później własnymi palcami, tryumfując, że i tak mu dał rady. Rzecz naturalna, że wiara w udanie się operacyi i inteligencya pacyenta odgrywać muszą wielką rolę. Od nich bowiem zależne jest zachowanie się po operacyi, przestrzeganie i uwaga przy jedzeniu, staranne płókanie ust, bez których to czynników trudno, aby wynik był zadowalniający Z drugiej strony zdarzały się i odmienne przypadki. Trafiało się kilkakrotnie, że chory lub chora sami się prosili o replantacyę, wiedząc zapewne od osób trzecich o jej zbawiennych skutkach. Ogólnie jednak powiedzieć można, że mało doznajemy poparcia ze strony chorych. Często trzeba wprost wywalczać możność zrobienia replantacyi.

Ogółem dotychczas w Ambulatoryum dentystycznem i w praktyce prywatnej wykonaliśmy replantacyi czterdzieści ośm, replantacyi *atypica* trzy, transplantacyi cztery. Z tego było mężczyzn 16, kobiet trzydzieści dwie. Przeciętny wiek wynosił lat dwadzieścia; najmłodszy pacyent miał lat czternaście, najstarszy lat trzydzieści pięć. Powodem do wyjęcia zęba i replantacyi w przeważnej liczbie przypadków było zapalenie okostnej, w których jedenaście razy operowano wśród silnego nacieku zapalnego, w trzech zaś przypadkach widoczną była ponad zębem przetoka. Reszta przypadków dzieliła się jak następuje: pięć replantacyi po uderzeniu; transplantacye i replantacye „atypowe“ były robione dla doświadczenia; replantacye korzeni porcelanowych nie powiodły się, korzenie po jakimś czasie wypadły, być może dlatego, że pacyentka była osobą chorą i źle odżywioną; transplantacye udały się w zupełności. Licząc wszystkie nieudałe przypadki procentowo, byłoby nieudałych replantacyi 8%. Część z tego położyć można na karb złego zachowania się pacyentów po replantacyi, część zaś na błędy w artykulacyi i umocowaniu.

Równie dobrze, jak replantacye, udają się i transplantacye. Tu tylko trudność polega na tem, ażeby mieć pod ręką odpowiedniego zęba, któryby kształtem swoim tak co do korzenia, jak i korony, był podobny do zęba wyrwanego i odpowiadał warunkom, jakie przy transplantacyi są wymagane. Już Pfaff, który w dziele swem, wydanem w Berlinie 1756 r. o zębach ludzkich, poświęca większą uwagę transplantacyi, nadmienia, że trzeba wyszukiwać dla transplantacyi osobniki zupełnie zdrowe, gdyż łatwo można przenieść jakiekolwiek choroby zakaźne z jednego na drugiego. Podobne ostrożności zaleca Bourdet. Berdmore jest jednym z przeciwników transplantacyi i twierdzi, że jest to operacya, która powinna być zakazaną, gdyż trudno znaleźć u dwóch osobników dwa zęby tak zbliżone do siebie budową korzeni i korony, ażeby można było przeszczepić zdrowy ząb z jednego, drugiemu. Nie jest on ostatni, który w tym duchu głos zabiera, gdyż Richeraud znowu oburza się ze stanowiska ludzkiego na fakt, często niestety spotykany, że ludzie biedni za pieniądze sprzedawali swe zęby, aby nimi służyć zamożnym; dosłownie zaś wyraża się tak: „Zdaje mi się, że jest wstrętnem i nieludzkiem, aby wyrywać zęby biedakowi dla ozdobienia ust bogatego pyszałka, nawet gdyby tenże pokrył ten ząb dziesięciokrotną wagą złota“.

Wskazanie do transplantacyi czyli przeszczepienia jest rzeczą nadzwyczaj ograniczoną. Chodzi tu może głównie o zęby przednie osobników młodych i zdrowych, przeszczepione z osobników młodych i zdrowych. Nadzwyczajne tylko okoliczności, w których chyba odgrywać może rolę miłość i poświęcenie, albo chciwość i pieniądz, dają nam możność wykonania przeszczepienia, które w postępowaniu i w wynikach niczem się nie różni od postępowania i wyniku przy powrotnem wszczepieniu, czyli replantacyi. Przy przeszczepianiu uważać trzeba na kształt, długość i grubość korzenia, a ewentualnie zachodzić może potrzeba do przystosowania zapomocą pilnika zęba przeszczepianego do otworu w zębodole. Dla doświadczeń w tutejszej poliklinice zrobioną została kilkakrotnie transplantacya, a sposób jej wykonania i wynik, jak to już powiedziałem, zupełnie jest identyczny z powrotnem wszczepieniem.

Transplantacya miałaby cel i wskazanie tam, gdzie przy urazie nietylko ząb lub zęby zostały wybite, lecz zaginęły, albo popękały. Posiadanie dla ewentualnej transplantacyi zasobu zębów już z odwapnionymi korzeniami w jałowym rozczynie soli kuchennej, jak to proponuje Amoëdo, jest zdaniem mojem rzeczą nadzwyczaj niepraktyczną, gdyż trzeba ich mieć dużo, a takie składy nie są konieczne. Ten, który się zgodzi na transplantacyę, zgodzi się na „*replantatio atypica*“ lub w końcu na zastosowanie zębów sztucznych na mostkach lub płytach.

Trzecią z rzędu operacyą, która do niniejszego działu rękoczynów należy, jest wszczepianie czyli implantacya. Różnica główna polega na tem, że przy replantacyi i transplantacyi otwory w zębodole, powstałe po wyjęciu zęba, istnieją, gdy zaś przy wszczepianiu otwory te zrobić trzeba drogą operacyjną. Implantacya właściwie nie ma wskazania, chociaż jest ona może jednym z ideałów dentystyki, bo daje możność przywrócenia braków w taki sposób, w jaki żaden ze znanych sposobów techniki dentystycznej dać nie może. Wskazaniem tu jest chyba silna wola pacyenta, który dobrowolnie chce się poddać operacyi bądź co bądź nie obojętnej. Śmieli w swoich pomysłach i lubiący nadzwyczajności Amerykanie są ojcami tej ekscentrycznej operacyi. Younger z Chicago, gorliwy zapaleniec wszczepiania zębów, jeden z pierwszych, który przed laty dziesięciu ją wprowadził, zestawił szereg narzędzi, rodzaj świdrów do trepanowania kości, któremi wywierca dziury, zbliżone swym kształtem do korzenia zęba.

Na XII międzynarodowym Zjeździe w Moskwie Amoëdo z Paryża, miał odczyt na temat implantacyi zębów. Implantacya — twierdzi on — musi znaleźć rozległe zastosowanie w praktyce dentystycznej, gdy daje się ona przeprowadzić bez bolu i bez niebezpieczeństwa dla chorego. Celem wszczepiani jest nietylko osadzanie pojedynczych

zębów, ale małych mostków, dla których implantowane zęby mają być punktem zaczepu. Jeżeli porównamy wstawianie małych protez w sposób, jakiego technika dentystyczna dziś używa, z protezami udanemi, a robionemi przez implantowanie zębów, to istotnie te ostatnie są bardziej podziwienia godne.

Sposób operowania Amoëdy jest następujący:

1) Odkażenie jamy ustnej sublimatem $^1/_{4000}$ lub nadmanganezianem potasu $^1/_{2000}$.

2) Znieczulenie kokainą.

3) Głębokie nacięcie dziąsła w kształcie litery H odpowiednimi nożykami, zapomocą których można odrazu podnieść do góry okostnę.

4) Trepanowanie kości odpowiednimi świderkami.

5) Osadzenie zęba, które odbyć się może nawet młotkiem.

6) Przywiązanie implantowanego zęba zapomocą podwiązek lub odpowiednich przyrządów.

Na pytanie, w jaki sposób utrzymuje się ząb implantowany w kości, posiadamy trzy teorye:

1) Odrodzenie osłonki zębowej.

2) Wytworzenie się w kości torebki naokoło korzenia zęba.

3) Wrośnięcie kości w korzeń.

Co się tyczy odrodzenia osłonki zębowej, to to jest wprost niemożliwe i nawet nie może być hipotezą.

Druga teorya, mówiąca o wytworzeniu się nowej, otaczającej ząb torebki, ani klinicznie, ani mikroskopowo stwierdzoną nie została.

Zęby implantowane mają przy opukiwaniu ton wyższy i jawniejszy, niż zęby sąsiednie. Każde poruszenie zęba implantowanego udziela się wprost kości. Wyjęcie zęba implantowanego przedstawia nadzwyczajne trudności.

Te trzy objawy kliniczne przemawiają, co zresztą Amoëdo miał stwierdzić na preparatach mikroskopowych, że przychodzi tu do wytworzenia się kostniny i że następuje zespolenie zupełne korzenia zęba implantowanego z kością. Ząb implantowany, który odgrywa rolę ciała obcego, drażni kość, wywołując tworzenie się komórek limfoidalnych, które ustawiają się w szeregi na całej przestrzeni jamy zębodołu i otaczają w końcu cały korzeń. W tej chwili następują ubytki w korzeniu. Spostrzegamy komórki olbrzymie i osteoblasty, które tworzą małe zagłębienia na powierzchni korzenia. Skoro ząb ustalił się, a ogólny stan pacyenta jest dobry, resorbcya jest powstrzymaną. Nowo utworzona tkanka między zębem, a kością coraz jest bogatszą w wapno i w końcu implantowany ząb z kością stanowi jedną całość. Tak sobie tę sprawę przedstawia Amoëdo. Aby cały ten proces był pewniejszym, szybszym, radzi on korzeń na powierzchni odwapnić, gdyż twierdzi, że w ten sposób obrośnięcie i ustalenie zęba jest łatwiejsze.

Implantowania zębów dotychczas nie podejmowałem wcale. Z wyników jednak, jakie przy transplantacyi i replantacyi osiągnęliśmy, widzę, że jest to rzeczą zupełnie możliwą, chociaż nie zawsze pewną.

Kończąc wykład niniejszy mam nadzieję, że rozpoczęte doświadczenia w kierunku replantacyi, a szczególnie w kierunku replantacyi „*atypica*", w przyszłości uzupełnię i otrzymanymi wynikami z ogółem kolegów się podzielę.

III. Uwagi nad powstawaniem chorób zakaźnych.

Napisał

Dr. Adam Wrzosek.

(Podług wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem na posiedzeniu dnia 2 grudnia 1903 r.)

(Ciąg dalszy).

Wszystkie wyżej przytoczone fakty świadczą aż nadto wymownie, że poglądy szkoły skrajnej bakteryologicznej, która jeszcze dotychczas ma niektórych zwolenników w Niemczech, nie wytrzymują krytyki. Drobnoustroje jadowite nie wystarczają same przez się do wywołania choroby. Jeśli bowiem ustrój jest odporny, to możemy wstrzykiwać doń drobnoustroje „chorobotwórcze" i niejednokrotnie i w dawkach wielkich, a jednak choroby nie wywołamy. Dla wywołania choroby konieczny jest odpowiedni grunt w organizmie, na którym drobnoustroje mogłyby się bez przeszkody rozmnażać, potrzeba, aby organizm posiadał chwytność na zakażenie. Taki grunt dla śmiertelnego zakażenia kur lasecznikami wąglika i dla wspomnianej wyżej choroby epidemicznej żab stwarza obniżenie ciepłoty ciała; taki grunt dla zapalenia płuc może stworzyć zaziębienie; dla ostrego zapalenia szpiku kostnego — uraz; dla gruźlicy złe warunki higieniczne i t. d. Zgodzić się musimy, że drobnoustroje tak zwane chorobotwórcze nie są wystarczającą przyczyną chorób zakaźnych. Z drugiej natomiast strony zgodzić się również musimy, iż niemasz gruźlicy bez „prątka" Kocha, niemasz duru brzusznego bez prątka durowego, niemasz błonicy bez prątka Klebsa-Loeflera, niemasz ostrego ropnego zapalenia szpiku kostnego bez drobnoustrojów, zdolnych ropienie wywoływać i t. d., słowem, niema chorób zakaźnych bez odpowiednich zarazków.

Zachodzi przeto pytanie, co właściwie mamy uważać za przyczynę chorób zakaźnych i gdzie szukać błędu w dotychczasowem pojmowaniu przyczynowości w chorobach zakaźnych przez Kocha, Baumgartena i innych zwolenników skrajnie bakteryologicznego kierunku?

Zdaniem Hueppego ([31], [32]) błąd polega na nieścisłem rozumieniu pojęcia przyczyny. Zgodnie z prawem zachowania energii skutek winien być równy przyczynie, nie można przeto nazywać przyczyną jakiegoś zjawiska pewien czynnik, wywołujący dane zjawisko, nie równoznaczny ze skutkiem. Dla objaśnienia tej różnicy zapożyczę przykładu od Martiusa([45]) z jego dzieła, traktującego o patogenezie chorób wewnętrznych, gdyż przykład ten przedstawia rzecz dobitnie i zrozumiale dla każdego. Jeśli jakaś substancya wybuchowa tak jest umieszczona, że podczas wybuchu cała spoczywająca w niej napięta energia chemiczna przechodzi w mechaniczne działanie, to skutek wybuchu, to jest stopień mechanicznego spustoszenia, jest zupełnie równy nagromadzonej przedtem napiętej energii. Jeśli przeto określić z Robertem Mayerem przyczynę w tem znaczeniu, że *causa aequat effectum*, przyczyna równa skutkowi, to przyczyną spustoszenia w danym przykładzie będzie nie czynnik wywołujący wybuch, np. iskra, lecz utajona energia substancyi wybuchowej, która podczas wybuchu przeszła w energię kinetyczną.

Toż samo pojęcie przyczynowości chce zastosować Hueppe, a z nim Martius i w patogenezie chorób za-

kaźnych, a wtedy drobnoustroje nie byłyby dla nas przyczynami chorób, jeno czynnikami wyzwalającymi chorobę, znajdującą się w ustroju *in potentia*. „Wie in allen Naturprocessen ohne jede Ausnahme, powiada Hueppe(32), können die Krankheitserreger als auslösende Anstösse nur das auslösen, was als Krankheitsanlage irgendwie nach Masse und Art im Menschen vorhanden ist.“ U nas zwolennikiem takiego pojmowania roli drobnoustrojów w chorobach zakaźnych jest Hoyer*)(30). Lecz może zbyt daleko posuwają się ci uczeni, gdy w drobnoustrojach jadowitych widzą tylko czynnik wyzwalający chorobę („das auslösende Moment“ Martiusa). Nie mamy prawa porównywać drobnoustrojów z iskrą, wywolującą wybuch prochu, a organizm, usposobiony do zakażenia, z napiętą energią, nagromadzoną w materyale wybuchowym, gdyż nie mamy prawa utożsamiać procesów biologicznych ze zjawiskami fizyczno-chemicznemi, zachodzącemi w martwej przyrodzie. I dopóty ten mechaniczny pogląd na zjawiska biologiczne nie może rościć sobie pretensyi do tego, aby mu wszyscy hołdowali, dopóki nie zostanie osiągnięty ostateczny cel badań biologicznych, dopóki nie zostanie rozwiązane pytanie, sformułowane przed kilku laty przez Nenckiego(50): „na czem właściwie polega zjawisko, że żywa komórka wykształca się, odżywia, rośnie, rozmnaża się i w końcu zawsze prędzej czy później umiera, a w martwej znajdujemy te same składniki, co w żywej?“ Nie przesądzając przyszłego rozwiązania tego pytania, możemy tylko powiedzieć: *ignoramus*.

Hueppe, występując przeciw nienaukowemu pojmowaniu roli drobnoustrojów w chorobach zakaźnych przez zwolenników skrajnie bakteryologicznego kierunku, którzy uważają drobuoustroje jadowite, jako „das schädliche Ding an sich“, jak się trafnie wyraził Gottstein(45), Hueppe sam wpada w drugą ostateczność i sam staje na stanowisku nienaukowem. Twierdzić bowiem, jak to czyni Hueppe, że siły fizyczno-chemiczne wystarczają do objaśnienia zjawisk biologicznych, jest to postępować nienaukowo, jak nienaukowem byłoby twierdzenie, że siłami fizyczno-chemicznemi nie zdołamy nigdy objaśnić życia.

Możeby lepiej, nie wpadając ani w jedną, ani w drugą ostateczność, wyrazić się ostrożnie, iż drobnoustroje stanowią jeden z koniecznych warunków choroby zakaźnej w myśl określenia Milla, że przyczynowością jest suma wszystkich warunków zjawiska. Ale najlepiej może będzie, a zarazem najściślej, gdy, idąc za radą wielu uczonych, nie będziemy się zupełnie posługiwali pojęciem „przyczyna“, którego to pojęcia dokładnego określenia nie posiadamy. A wtedy poprostu powiemy, że do powstania choroby zakaźnej dwa warunki są konieczne: usposobienie organizmu do choroby zakaźnej i zarazek, wywołujący chorobę zakaźną. Oba te warunki są konieczne, jak to i Hueppe*) zauważył, ale żaden z nich nie jest wystarczający sam przez się, aby chorobę wywołać. Warunki te są dwiema wielkościami zmiennemi, jak je słusznie nazywają Gottstein i Martius. Raz usposobienie ustroju może być większe do pewnej choroby zakaźnej, drugi raz mniejsze; raz drobnoustrój może być więcej jadowity, drugi raz mniej jadowity. Wynika stąd, że jeśli usposobienie ustroju do pewnej choroby zakaźnej równa się w przybliżeniu zeru, to nawet bardzo jadowity drobnoustrój nie wywoła choroby i naodwrót, nawet bardzo mało jadowity drobnoustrój może wywołać chorobę, gdy organizm posiada bardzo wielkie usposobienie do tej choroby. Stąd wniosek prosty, że nie każde zakażenie drobnoustrojami jadowitymi musi koniecznie prowadzić do choroby zakaźnej, że przeto należy odróżniać zakażenie od choroby zakaźnej. Zakażeniem nazywamy znajdowanie się w głębi ustroju, w tkankach, lub sokach jego, drobnoustrojów, bez względu na to, czy prowadzą one do choroby, lub nie.

Z tych dwóch koniecznych warunków choroby zakaźnej, o których wyżej była mowa, patologowie nowszej daty nie zawsze zdawali sobie sprawę, choć jeszcze w XVIII stuleciu taki Hufeland dokładnie je rozróżniał. Ale najwyraźniej sformułował znaczenie samego ustroju w patogenezie chorób zakaźnych nasz wielki fizyolog, a zarazem bystry lekarz, Jędrzej Śniadecki. „Oto, mówi Śniadecki, że jak w grunt rzucone ziarno nie zawsze wschodzi i nie zawsze bujny płód wydaje; tak zaraza potrzebuje szczególnym, ale dotąd nieopisanym sposobem przysposobionego ciała, aby się przyjęła i aby mocną wzbudziła chorobę.“ W innem miejscu podobne zdanie wygłasza: „zaraza nie w każdem ciele wzbudzi chorobę, ale także potrzebuje pomocy zewnętrznych i usposobienia właściwego.“ Pod temi zdaniami mógłby się i dziś podpisać bez zastrzeżenia każdy patolog i słuszniejby uczynił, niż przyjmując zapatrywania zwolenników kierunku skrajnie bakteryologicznego w patologii.

W końcu dodam kilka uwag z punktu widzenia patologii ogólnej *) o najnowszej teoryi Behringa (4, 5, 6) powstawania gruźlicy, gdyż teorya głośnego uczonego niemieckiego nie zgadza się z wynikami wyżej omówionych badań pracowników krakowskiego Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej.

Behring, opierając się na pracy Naegelego i doświadczeniach Franza, zgadza się z często przytaczanem zdaniem: „Ein bischen tuberkulös ist jeder von uns“. W odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób następuje zakażenie gruźlicą, mówi Behring, iż „odkrył nowe prawo“, streszczające się w słowach następujących: głównem źródłem powstawania gruźlicy jest mleko, którem karmi się niemowlęta. Ale bynajmniej nie złe mleko jest tu winne, lecz inna okoliczność, a mianowicie, że osesek ludzki na równi z oseskami wszystkich zwierząt nie posiada w przewodzie pokarmowym narządów, które chronią w warunkach prawidłowych soki tkankowe osobników dorosłych od wnikania do nich drobnoustrojów.

Zarazki gruźlicze, zdaniem Behringa, mogą przebywać w zakażonym ustroju miesiące, lata — ba, dzie-

*) »Przy odżywianiu organizmu, powiada Hoyer, nie wzmacniamy go, przy stosowaniu lekarstw nie leczymy, a bakterye nie wywołują choroby, lecz wszystkie te czynniki wyzwalają tylko samodzielne czynności organizmu, energię potencyalną, właściwą każdemu narządowi, każdej komórce.«

*) »Beide Momente gehören untrennbar zusammen und deshalb ist weder die kranke Zelle noch der Parasit allein das angeblich gefundene eus morbi.«

*) Z punktu widzenia przeważnie anatomii patologicznej zrobili już teoryi Behringa zarzuty Kimla (34) i Ciechanowski (17).

siątki lat, zanim zakażenie doprowadzi do widocznej choroby.

Nie tylko w wieku niemowlęcym, lecz i w późniejszych okresach życia, może nastąpić zakażenie gruźlicą z przewodu pokarmowego, ale do tego potrzeba albo nadzwyczaj dużych dawek, albo zmian chorobnych w przewodzie pokarmowym.

Swoją „naukę“ o łatwej przepuszczalności przewodu pokarmowego dla drobnoustrojów, zwłaszcza dla zarazków gruźliczych, opiera Behring przeważnie na pracach Dissego ([19]), Gmelina ([26]) i na swoich własnych doświadczeniach.

Dla dokładniejszej oceny teoryi Behringa należy przedewszystkiem poddać rozbiorowi podstawy, na których oparł on swą teoryę.

Disse, zbadawszy mikroskopowo błonę śluzową żołądka 10-ciomiesięcznego płodu ludzkiego, oraz błony śluzowe żołądka zwierząt młodych i starszych, przyszedł do wniosku, że u zwierząt starszych komórki błony śluzowej składają się z dwóch warstw: jednej śluzowej, zwróconej do jamy żołądka i drugiej protoplasmatycznej, zawierającej jądro. Grubość warstwy śluzowej wynosi mniej więcej połowę wysokości komórki. U płodów i noworodków niema jednolitej warstwy śluzowej, natomiast są tylko kulki śluzowe, nie wypełniające całej wierzchniej warstwy komórki. Zdaniem Dissego tej to właśnie okoliczności należy przypisać, że antytoksyny i drobnoustroje przechodzą przez błonę śluzową żołądka zwierząt młodych, a mianowicie przez protoplasmę, otaczającą kulki śluzowe.

Opierając się na tej pracy Dissego, oraz na badaniach Gmelina, przychodzi Behring do przekonania, że błona śluzowa jelit noworodków i osesków w pierwszych tygodniach życia dla tego łatwo przepuszcza drobnoustroje, że jest pozbawiona narządu ochronnego, mianowicie jednolitej warstwy śluzowej w komórkach nabłonkowych, oraz dla tego, że nie wytwarza jeszcze zabójczo działających na drobnoustroje fermentów.

Na takie pojmowanie rzeczy i na wysnuwanie takich wniosków z prac Dissego i Gmelina żadną miarą zgodzić się nie można.

Disse nie twierdzi wcale w pracy swojej, że błona śluzowa jelit noworodków różni się w swej budowie od błony śluzowej zwierząt dorosłych. Owszem mówi on wyraźnie: „Die Darmschleimhaut neugeborner Thiere dagegen gleicht schon der des Erwachsenen“. A skoro tak, to błona śluzowa jelit noworodków nie przepuszcza drobnoustrojów, gdyż według Dissego i Behringa nie przepuszcza ich błona śluzowa jelit zwierząt dorosłych, posiadająca taką samą budowę, jak błona śluzowa jelit noworodków. Tymczasem Behring, powołując się na pracę Dissego, przypisuje błonie śluzowej jelit noworodków takie własności, które według Dissego są własnościami tylko błony śluzowej żołądka.

Wogóle przytoczone wyżej badania Dissego mogłyby mieć w zajmującej nas sprawie wtedy znaczenie, gdyby Disse dowiódł, iż wchłanianie drobnoustrojów odbywa się w żołądku i tylko w żołądku; tymczasem badania Dobroklonskiego ([20]) przemawiają za tem, iż rzeczone wchłanianie odbywa się w jelicie.

Rozprawa Gmelina także bynajmniej nie przemawia za teoryą Behringa.

Gmelin wykazał, iż sok żołądkowy szczeniąt w ciągu kilkunastu pierwszych dni po urodzeniu nie zawiera ani pepsyny, ani fermentu podpuszczkowego, ani kwasu solnego, natomiast kwas mlekowy. Nie wiadomo, jakie bakteryobójcze fermenty ma na myśli Behring, gdyż sok żołądkowy, jak to wykazali Straus i Wurtz, zawdzięcza swe własności zabójcze dla drobnoustrojów jedynie kwasowi solnemu, że przeto „fermenty“ nie odgrywają tu żadnej roli. Wprawdzie sok żołądkowy nowonarodzonych szczeniąt nie posiada kwasu solnego, lecz posiada kwas mlekowy, który także zabójczo działa na drobnoustroje, choć w stopniu słabszym, niż kwas solny. Zresztą trawienie żołądkowe u noworodków odgrywa bodaj bardzo małą rolę, gdyż płynny pokarm w żołądku przebywa nader krótko. Gdy Gmelin zabijał szczenięta natychmiast po odjęciu od sutka, sądząc, że wtedy żołądek będzie napełniony mlekiem, ku swemu zdziwieniu nie znajdował w żołądku, jak tylko nieznaczną ilość mleka, natomiast sporo w dwunastnicy.

Nie godzi się także o tem zapominać, że sok żołądkowy nie posiada bynajmniej własności odkażających w wybitnym stopniu, zwłaszcza jeśli jest rozcieńczony pokarmem. Niejednokrotnie podczas swych doświadczeń miałem sposobność przekonać się, że drobnoustroje, wprowadzone do żołądka, psów i innych zwierząt, przechodziły do jelit w stanie zdolnym do rozmnażania się. Jeśli przeto sok żołądkowy psów, który według rozbioru Simanowskiej ([61]) zawiera wielkie stosunkowo ilości kwasu solnego, bo od 0,46 do 0,58%, nie jest w stanie zabić drobnoustrojów, wprowadzonych z jadłem do żołądka, to tembardziej nie jest w stanie uczynić tego sok żołądkowy ludzi, zawierający tylko 0,17% (0,05% — 0,3%) kwasu solnego.

Słowem, powoływanie się Behringa na brak fermentów, działających zabójczo na drobnoustroje w celu poparcia teoryi o przepuszczalności błony śluzowej przewodu pokarmowego noworodków i osobników, które nie przekroczyły kilku tygodni życia, nie jest zbyt przekonywającem

(Dok. nast.)

IV. Wyciągi.

Cyplajew. **Wpływ naparstnicy na ciśnienie krwi u chorych sercowych w okresie zaburzeń wyrównania.** *(Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg, 1903). Autor badał w klinice prof. Janowskiego stan ciśnienia krwi u 25 chorych sercowych w okresie zaburzeń wyrównania zapomocą przyrządu Riva-Rocci w tętnicy ramiennej, Gegerstedta w t. sprychowej, Gärtnera w tętnicach drobnych, Bascha w naczyniach włosowatych, wreszcie zapomocą udoskonalonego przez siebie przyrządu Freya dla żył, i przyszedł do wniosków następujących: 1) u chorych sercowych w okresie niewyrównania naparstnica już od pierwszej doby podnosi ciśnienie w tętnicach; ciśnienie tętnicze w przypadkach z pomyślnem działaniem leku, doszedłszy najwyższego stopnia, zaczyna powoli spadać do stopy niższej od pierwotnej, niezależnie od tego, czy chory zażywa w dalszym ciągu naparstnicę, czy nie; obniżenie ciśnienia zawsze bywa poprzedzane przez zwiększenie pierwotnej różnicy między ciśnieniem w naczyniach włosowatych i w żyłach i przez zwiększenie moczenia, które idzie zawsze równolegle z tą różnicą; 2) różnica między ciśnieniem włosowatem i żylnem dochodzi w przypadkach pomyślnego działania naparstnicy do najwyższego stopnia, najczęściej jednocześnie z okresem najwyższego ciśnienia tętniczego, następnie zaś obniża się, lecz nigdy nie spada niżej pierwotnej; w przypadkach niepomyślnego działania naparstnicy nie spostrze-

gal autor zwiększenia różnicy w ciśnieniu włosowatem i żylnem; 3) skutecznego działania naparstnicy nie można tłómaczyć jedynie z punktu widzenia własności jej podnoszenia ciśnienia krwi; 4) ciśnienie krwi w tętnicach u chorych sercowych w okresie zaburzeń wyrównania jest zwiększonem, różnica zaś w ciśnieniu włosowatem i żylnem przeciwnie obniżoną. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Voigt. **Stosowanie i działanie adrenaliny u chorych.** (*Münchener med. Wochenschrift.* Nr. 15). Dwa silne bardzo krwotoki płucne powstrzymał autor zapomocą wstrzyknięcia rozczynu adrenaliny 1/1000 — 1—2 sz. ctm. W jednym przypadku dawkę powtórzył drugiego dnia, w drugim już po 5 minutach krwawienie ustąpiło. W obydwóch przypadkach po wstrzyknięciu wystąpiła bladość twarzy i silne bicie serca; przypadłości te po 5 minutach ustąpiły. Przed wstrzyknięciem adrenaliny krwawienia nie można było powstrzymać żadnym z dotychczas używanych sposobów. *J. Opolski.*

Freund. **Doszczętne wyleczenie wilka i próchnienia kości zapomocą promieni Roentgena.** (*Wien. klin. therap. Wochenschrift*, 1904, Nr. 9). Autor leczył przez jeden rok (60 posiedzeń) chorą na wilka twarzy promieniami Roentgena z pomyślnym wynikiem: powierzchnie owrzodziałe dały piękne, białe, gładkie blizny, guzki poznikały; obecnie już mija dwa lata, a u chorej, bardzo pilnie obserwowanej, niema śladów nawrotu. Sposób leczenia, podany przez autora, polega na tem, że wywołuje się lekki odczyn przez łagodne naświetlanie; po wystąpieniu pierwszych objawów odczynu (np. zaczerwienienia) przestaje się naświetlać i to nie tylko tak długo, jak długo trwają objawy odczynu, ale i jakiś czas potem. Robi to autor z powodu spostrzeżenia, że naświetlanie promieniami Roentgena pobudza do prawidłowego procesu gojenia, a gojenie samo dalej już postępuje. W przypadku tym leczył autor także próchnienie kości palca u ręki naświetlaniem, będąc tego zdania, że długotrwające przekrwienie, wywołane naświetlaniem, działa prawdopodobnie w podobny sposób, jak zastoina Biera. Naświetlanie palca trwało rok cały, przetoki się zagoiły i zabliźniły. Także zmiany zanogcicowe znikły po wyleczeniu palca. Przypadek ten świadczy o korzyści naświetlania małych, powierzchownie położonych ognisk próchnienia kości i może znaleźć zastosowanie w przypadkach, gdzie zachowawcze leczenie może być przeprowadzone. *B. Żmigród.*

Prof. Czystowicz. **Leczenie róży zapomocą drożdży piwnych.** (*Izwiestija Imperatorskoj wojenno-medicinskoj Akademii*, 1903, Nr. 5, t. VI). Czystowicz stosował leczenie róży drożdżami piwnymi w 28 przypadkach, w tej liczbie było 25 przypadków róży twarzy i owłosionej części głowy, jeden okolicy pośladkowej, lędźwiowej i grzbietowej, jeden kończyny dolnej, wreszcie jeden przypadek przedstawiał różę pooperacyjną, która, zacząwszy się w lewej okolicy biodrowej, przeszła na moszne. Niektóre z tych przypadków były ciężkie. Przy stosowaniu drożdży w pierwszych 3 dniach przekrwienie zapalne zwykle szerzyło się dalej; pierwszą pomyślną oznakę stanowiło obniżenie ciepłoty, czasami szybkie, czasami zaś stopniowe; następnie szerzenie się róży ustawało, zajęte przez nią miejsca bladły, obrzmienie zapalne znikało i rozpoczynało się łuszczenie; wogóle Cz. był zadowolniony z tego sposobu leczenia. Przeprowadzało się ono w ten sposób, że chorzy zażywali 3 razy dziennie świeże drożdże piwne po łyżce stołowej, a dzieci po łyżeczce od kawy, zwykle w piwie; oprócz tego stosowano kąpiele 35° C. i smarowanie zajętych części oliwą. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Połiłow. **Przemiana materyi we wczesnych okresach życia ustroju zwierzęcego.** (*Izwiestija Imperatorskoj wojenno-medicinskoj Akademii*, 1903, t. VII, Nr. 4). Badając w pracowni prof. Albickiego (Petersburg) na szczeniętach, królikach i kotach przemianę materyi, przekonał się P., że 1) nowonarodzone zwierzę w pierwszych 10—12 godzinach życia wchłania tlenu znacznie mniej, niż go wydziela w postaci CO^2, wskutek czego równoważnik oddechowy $\frac{CO}{O}$ przewyższa 1; 2) po tym okresie następuje okres znacznego wchłaniania tlenu, wskutek czego równoważnik oddechowy przedstawia się znacznie niżej 1, czem się różni od liczby, zwykłej dla dorosłych zwierząt; 3) w dniach następnych (2, 3 itd.) ilość zużywanego tlenu przewyższa ilość tlenu, wchłanianego przez zwierzę dojrzałe, prawie o 5 razy; 4) ciepłota ma ten wpływ na równoważnik u noworodków, że ochładzanie podnosi zużywanie tlenu; 5) ilość CO^2, wydalanego przez oddychanie, zaczynając już od pierwszych godzin życia, jest większą, niż u dorosłych zwierząt; 6) ilość wody, wydalonej podczas oddychania u noworodków, jest znacznie większą, niż u zwierząt dorosłych, w pierwszych godzinach życia prawie o 4 razy, w czasie późniejszym o $2^1/_2$—$1^1/_2$ razy; 7) waga ciała zaczyna się podnosić u noworodków bardzo szybko po urodzeniu się; już na 6-ty dzień nowonarodzony królik może wykazać zdwojenie pierwotnej wagi; 8) odkładanie się azotu w tkankach noworodków zaczyna się od pierwszych dni życia, przedstawiając niemniej 60—70% całkowitego N, wprowadzonego do ustroju; 9) mocz noworodków zawiera mało soli mineralnych. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Hahl. **Studyum kliniczne nad sztucznym porodem przedwczesnym przy wązkich miednicach.** (*Archiv f. Gyn.*, tom 70, zesz. 3). Praca ta opiera się na wynikach spostrzegań 84 przypadków tego rodzaju, których historye porodu dokładnie są podane; 46 razy szło o miednice płaskie (60%), 21 o ogólnie ścieśnione (22·86%), a 17 o ogólnie ścieśnione płaskie (17·14%). Przeciętnie wzniecano poród między 35—36 tygodniem ciąży. Podczas porodu znajdowano płody 60 razy w położeniu czaszkowem (71·44%), 2 razy w czołowem (2·38%), raz w twarzowem (1·19%), 16 razy w miednicowem (19·04%), a 5 razy w poprzecznem (5·95%). Poród odbył się dobrowolnie 25 razy (29·76%), ukończono operacyjnie 59 razy (70·24%). Zupełnie prawidłowy połóg odbyło 77 kobiet (92·79%), a 6 gorączkowało (7·23%), z których jedna umarła (1·19%). Jedna chora umarła z niewytłómaczonych powodów; całkowity więc odsetek śmiertelności wynosiłby 2·38%. Przeciętna waga noworodków wynosiła 2671 grm. Żywo urodziło się 63 płodów (75%), z tych umarło w ciągu pierwszych 2 tygodni 13; wypuszczono więc żywych noworodków 50 (59·52%); według zasięgniętych informacyi przeżyło pierwszy rok życia 42 dzieci, czyli osiągnięto 50% dzieci, które najmniej żyły rok. Najlepsze wyniki dały porody dobrowolne, najgorsze kleszczowe; to też autor radzi tam, gdzie niema widoków na poród dobrowolny, raczej szybko wykonać obrót nóżki, a kleszcze ograniczyć tylko do tych przypadków, gdzie już nie można wykonać obrotu, a poród należy z jakiegokolwiek powodu szybko ukończyć. W celu przekonania się o istotnej wartości sztucznego porodu przedwczesnego przy miednicach wązkich porównywał autor otrzymane wyniki z wynikami porodów u tych samych kobiet, ale przy prawidłowym końcu ciąży i te ostatnie wynosiły tylko 20% żywych płodów. Z metod, służących do wzniecenia porodu, głównie używano wprowadzania świeczek (*bougie*) lub cewnika, balonu Champetier de Ribesa i metody, którą autor gorąco poleca jako prostą i praktyczną: główną częścią składową jest tu cewnik półtwardy; na przednim jego końcu przywiązuje się jedwabiem kondom gumowy lub pęcherz rybi tak, aby otwory cewnika znajdowały się w pęcherzu. Na drugim końcu przymocowuje się odpowiedni kurek metalowy, który, gdy jest zamknięty, nie przepuszcza płynu wypełniającego pęcherz i cewnik. Przed użyciem należy każdą część osobno wyjałowić w ten sposób, że cewnik i kondom po dokładnem wymyciu mydłem i ciepłą wodą wkłada się na kilka godzin do rozczynu sublimatu 1:1000; kurek metalowy gotuje się w rozczynie sody. Bezpośrednio przed użyciem składa się cały przyrząd i zanurza kilkakrotnie do czystego rozczynu sublimatu, poczem, owinąwszy kondom około cewnika, wprowadza się cały przyrząd między jaje i ścianę macicy tak głęboko, aby kurek znajdował się tuż przed wejściem do pochwy; wprowadzenie przyrządu odbywa się pod kontrolą palca lub we wzierniku. Specyalne wyjałowienie pochwy i przewodu szyjki nie jest konieczne; natomiast bardzo ważnem jest odkażenie części rodnych zewnętrznych. Po wprowadzeniu przyrządu wstrzykuje się przez cewnik do kondomu wyjałowiony rozczyn kwasu borowego (100—150 grm.), zakręca kurek i lekko wypełnia pochwę gazą jodoformową. Przeciętnie po 22 godzinach występują silne bóle porodowe, a po 52 godzinach sam poród. W kilku tylko przypadkach metoda ta nie wystarczała i trzeba ją było zastąpić inną. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Kayser. **O wypadnięciu łożyska prawidłowo usadowionego.** (*Archiv f. Gyn.*, tom 70, zeszyt 3). Stan ten jest tak rzadkiem zjawiskiem, że w całem piśmiennictwie znajdujemy tylko 8 tego rodzaju przypadków opisanych. Różnie tłómaczono sobie powstanie takiego stanu i obwiniano: wystąpienie gwałtownych bólów podczas chodzenia lub stania, śmierć płodu, krótką pępowinę, przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego i odpłynięcie wód, urazy; Fehling przyjmuje jako przyczynę zmiany łożyskowe w następstwie zapalenia nerek; Haake sądzi, że zmiany te są natury zapalnej, najczęściej na tle rzeżączkowem; Schäffer wreszcie tłómaczy odklejenie łożyska zatkaniem żył doczesnych oderwanymi kosmkami, wskutek czego ma przyjść do zastoju tętniczego, a wreszcie do pęknięcia przestrzeni międzykosmkowych. Omówiwszy krytycznie wpływ przytoczonych czynników, sądzi autor, że główną, a może jedyną przyczyną wypadnięcia łożyska, usadowionego na prawidłowem miejscu, jeszcze przed urodzeniem się płodu, a więc i przedwcześnie odklejonego, zdają się być zmiany patologiczne na powierzchni przyklejenia się łożyska. Mechanizm wypadnięcia łożyska może być trojaki: albo łożysko zsuwa się na dół dzięki swojej ciężkości, albo całe jaje wraz z błonami dokonywa obrotu, wtenczas i błony na ca-

łej swej przestrzeni muszą być odklejone od ściany macicy, n. p. wskutek krwisteku założyskowego, albo wreszcie tylko łożysko zostaje odklejone, a zsuwając się na dół przy nietkniętym jeszcze pęcherzu płodowym, pociąga za sobą błony i ukazuje się w ujściu macicy swą stroną płodową. Koniecznym warunkiem wypadnięcia jest, że część przodująca płodu musi się znajdować jeszcze nad wchodem miednicy. Co się tyczy obrazu klinicznego, to właściwie nie posiadamy żadnego objawu patognostycznego. Charakterystycznem jednak dla wszystkich dotąd znanych przypadków, w odróżnieniu od łożyska przodującego, jest to, że nigdy nie zauważono krwawień podczas ciąży. Samemu wypadnięciu łożyska również nie koniecznie musi towarzyszyć krwotok zewnętrzny, czy wewnętrzny, tak, że jedynym objawem jakiegoś powikłania porodowego pozostaje tylko powolne zniknięcie tętna płodu, a badając, wyczuwa się w ujściu macicy tkankę łożyskową. Brak krwotoku tłómaczy autor wczesnem wytworzeniem się zakrzepów w naczyniach. Rozpoznanie jest bardzo trudne, bo jeżeli się nawet wyczuwa w ujściu macicy łożysko, myśli się przedewszystkiem o łożysku przodującem, a rozpoznanie różniczkowe między tymi stanami jest w danej chwili prawie niemożliwe. Łatwiej się zoryentować, jeżeli się chorą obserwowało już w ciąży; brak krwotoków w ciąży przemawiałby za wypadnięciem łożyska. Münchmeyer podaje, że przy łożysku przodującem występuje często śmierć płodu już w ciąży; przy prawidłowo zaś usadowionem dopiero z chwilą jego odklejenia się; nadto łożysko takie wypada zwykle stroną płodową, przy przodującem zaś jest wyczuwalna strona matczyna. Kleinwächter zwrócił uwagę, że łożysko wypadnięte jest ruchome, przodujące zaś nie daje się przy badaniu przesuwać. Pewną wartość rozpoznawczą przypisują jeszcze i tej okoliczności, jeżeli po kilkakrotnem badaniu wyczuwa się tkankę łożyskową tam, gdzie się jej przedtem nie czuło. Dla praktyka wszystkie te objawy, bądź co bądź niepewne, tem mniejsze mają znaczenie, o ile się go wzywa dopiero w chwili porodu lub niebezpieczeństwa. Rokowanie dla płodu jest bezwzględnie złe, szczególnie w przypadkach, w których niema krwotoku. Jeżeli bowiem wystąpi krwotok, wówczas jesteśmy zmuszeni do natychmiastowego działania i przy nader korzystnych warunkach (zupełne rozwarcie ujścia macicy) możemy jeszcze wydostać płód żywy. Dla matki rokowanie jest względnie dobre. Przy leczeniu należy w ogólności, jeżeli płód nie żyje i niema wielkiego krwotoku, zachowywać się wyczekująco; jeżeli płód żyje, powinniśmy się starać poród szybko ukończyć. Ze względu jednak na to, że życie płodu bardzo jest narażone, nie trzeba się nigdy kusić o zabiegi, któreby mogły mieć groźne następstwa dla matki. Autor radzi w każdym podejrzanym przypadku, znać dokładnie wymiary miednicy, aby mieć zawsze jasny obraz położenia i w danej chwili wiedzieć, jak przystąpić do szybkiego rozwiązania. Przy wązkich miednicach należy stanowczo unikać obrotu. W przypadkach takich, w razie krwotoku, raczej należy wykonać wymóżdżenie na płodzie żyjącym. Leczenie więc łożyska wypadniętego zupełnie jest inne, niż przy łożysku przodującem i już z tego względu byłoby ważną rzeczą przez dalsze spostrzeżenia dojść do ścisłego rozpoznania różniczkowego między obu stanami. W końcu podaje autor historyę porodu przypadku, przez siebie spostrzeganego, w którym wypadnięcie, rozpoznane niestety dopiero przy sekcyi, a przytem powikłane wązką miednicą, leczone było jako łożysko przodujące. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Damskaja i Sołowjew. **Przypadek ostrej niedrożności jelit wyleczony zapomocą podskórnych wstrzykiwań atropiny.** (*Wraczebnaja Gazeta*, 1904, Nr. 1). Autorowie opisują przypadek ostrej niedrożności jelit, która wystąpiła u 45-letniego robotnika w następstwie dźwignięcia ciężaru. Na trzeci dzień D. i S. stwierdzili nawpółprzytomny stan chorego, ogólne osłabienie, zapadnięcie oczu, osłabienie głosu, tętno prawie niemacalne, gnilną woń z jamy ustnej, wzdęcie brzucha, zwłaszcza w okolicy nadbrzusznej i wybitne ruchy robaczkowe jelit; wypróżnienia i wiatry nie odchodziły. Olejek rącznikowy i lawatywy wysokie pozostały bez skutku. Wymioty przybrały wkrótce woń kałową; na 4 dzień wystąpił typowy obraz wejrzenia Hippokratesowego. Wobec odrzucenia przez chorego operacyi uchwalono zastosować 0,003 atropiny podskórnie, jednocześnie z kamforą i eterem. Po upływie godziny wymioty ustały i chory usnął. W 3 godziny po wstrzyknięciu stan chorego przedstawiał się znacznie lepszym, tętno stało się macalne, 100 na 1'; sinica się zmniejszyła wyraźnie. Wysokie lawatywy z wody mydlanej nie przyniosły skutku. W 5 godzin po wstrzyknięciu, wobec nowego pogorszenia stanu chorego, wstrzyknięto znowu 0,003 atropiny. W 2 godziny po wstrzyknięciu odeszły wiatry, a w 6 godzin nastąpiło obfite wypróżnienie. Chory wyzdrowiał. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Kołosow. **W sprawie zmian w ciśnieniu krwi u chorych sercowych z zaburzeniem wyrównania pod wpływem gorzykwiatu.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny*. Petersburg, 1903). Na podstawie spostrzeżeń, dokonanych w klinice prof. Janowskiego na 28 chorych z zaburzeniem wyrównania, przyszedł K. do wniosku, że gorzykwiat w jednych przypadkach podnosi ciśnienie krwi, w drugich zaś obniża go po pierwotnem zwiększeniu; w przypadkach z obniżeniem ciśnienia wzmaga się jednocześnie moczenie i obniża się waga ciała. Podniesienie ciśnienia po gorzykwiecie występuje zwykle na 2-gi dzień po jego użyciu i dochodzi do najwyższego stopnia na trzeci, jeśli dawka wynosi 6,0—8,0 na 200,0. Podniesienie ciśnienia nie przekracza granic fizyologicznych wahań; przeciwnie, obniżenie ciśnienia podczas wsysania się obrzęków od gorzykwiata może być bardzo znacznem (do 60 mlm.). W przypadkach bezskutecznego działania leku na serce i czynność nerek K. nie spostrzegał obniżenia ciśnienia krwi po pierwotnem wzmożeniu. W przypadkach pomyślnych występuje wybitne zwiększenie ciśnienia włosowatego i obniżenie ciśnienia żylnego. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Krenicki. **W sprawie przyswajania azotu i tłuszczów z pokarmu w** *achylia gastrica*, **oraz wpływ naturalnego soku żołądkowego na wymienione przyswajanie.** (*Russkij Wracz*, 1904, Nr. 7). K. badał przyswajanie N i tłuszczów u dwóch chorych, dotkniętych *achylia gastrica*. Okazało się, że N pokarmów mlecznych przyswaja się dobrze przy zachowaniu czynności jelit; azot mięsa przeciwnie przyswaja się w niedostatecznym stopniu. W tych samych warunkach przyswajają się dobrze tłuszcze, jeżeli badany pozostaje na dyecie mlecznej; zachowania się ustroju względem tłuszczów przy dyecie mięsnej nie badano. Jeśli *achylia gastrica* przebiega z biegunką, to azot mleka przyswaja się niedostatecznie; wymiana zaś tłuszczów nie ulega w tych warunkach wybitniejszym zmianom. Podawanie badanym soku żołądkowego, otrzymanego z psa, podnosi wymianę azotową. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Prof. Szczerbak. **Znaczenie cianki ludzkiej (trichocephalus dispar) w etyologii chorób nerwowych.** (*Russkij Wracz*, 1904, Nr. 7). Prof. Szczerbak podaje własne spostrzeżenia, które przemawiają za zależnością niektórych chorób nerwowych od obecności w przewodzie pokarmowym cianki ludzkiej. Podobnych przypadków miał Sz. 200; dłużej i szczegółowiej zbadał 11, mianowicie: 2 przypadki padaczki, 1 — macinnictwa, 2 — nawykowych bólów głowy 1 — pląsawicy połowiczej, 2 — ciężkiej neurastenii, wreszcie, w 2 przypadkach spostrzegał autor ciężką postać niedokrwności i w jednym objawy znacznych zaburzeń jelitowych. Jako środek leczniczy zachwala Sz. tymol w dużych dawkach. *Witold Orłowski* (Ptbg).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Urstein. **Doświadczenia kliniczne z „izopralem" lekiem nasennym.** (*Therapie d. Gegenwart*, Nr. 2). Izopral (*trichlorisopropylalkohol*) występuje w postaci kryształków, rozpuszczających się w wodzie, alkoholu i eterze. Smak posiada ostry. Szybko ulega wessaniu, bo już po $^1/_4$—$^1/_2$ godzinie. Dawka: 0.5—0.75, a wyjątkowo 2.0; sen spokojny trwa 6—9 godzin. Autor podawał izopral chorym, cierpiącym na bezsenność, zawsze z bardzo dobrym skutkiem; umysłowo chorzy zasypiali po tym leku znacznie później i spali krótko. Następstw żadnych po izopralu U. nie zauważył. *J. Opolski.*

M. Fischer. **Błękit metylenowy dla celów rozpoznawczych w chorobach dróg moczowych.** (*Münchener mediz. Wochenschrift*, Nr. 14). Błękit metylenowy, podany na wewnątrz w dawce 0.1 lub podskórnie 0.05 w roczczynie wodnym, barwi mocz na niebiesko. Autor w 2 godziny przed cystoskopowaniem podaje na wewnątrz 0.5 błękitu metylenowego. Przy zabarwieniu niebieskiem wypływającego z moczowodów moczu bardzo łatwo odnaleźć można ich ujście. Po przepłókaniu pęcherza zawsze resztki błękitu pozostają w nierównościach i teraz bardzo łatwo można dostrzedz, czy mamy do czynienia z ciałem obcem, czy owrzodzeniem lub nowotworem. *J. Opolski.*

P. Müller. **Salit, nowy ester kwasu salicylowego do wprowadzenia przez skórę.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 15). Salit przedstawia się jako płyn oleisty, łatwo rozpuszczalny w alkoholu, eterze i oliwie. W celu leczniczym używa się pół na pół z oliwą i wciera dwa razy dziennie w ilości pół łyżeczki, poczem miejsca natarte należy pokryć watą. Wskazania są te same, co dla przetworów salicylowych wogóle. W świeżych przypadkach autor miał wyniki bardzo dobre. Salit działa dobrze i tam, gdzie już przetwory salicylowe skutku nie przyniosły. Czasami występuje

lekkie podrażnienie skóry; raz nawet zauważył autor wyprysk świerzbiący na całem ciele, który trwał przez dłuższy czas. *J. Opolski.*

Seiffert. **Wykonanie nakłucia lędźwiowego w mocznicy.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 10). Podczas epidemii płonicy w Neidenburgu znaczna była śmiertelność wskutek mocznicy i silnych następowych drgawek. Autor robił nakłucie lędźwiowe i ile razy je wykonał, zawsze choroba kończyła się pomyślnie. Podobny zabieg, jak przy mocznicy, uskuteczniał i podczas silnych drgawek, również z dobrym skutkiem. Nakłucie wykonywał w pozycyi leżącej na bok, między kręgiem 12 piersiowym, a pierwszym lędźwiowym; używał igły długości 10 ctm. Skoro ukazała się kropla płynu, zakładał dopiero strzykawkę i wyciągał do 50 grm. cieczy. W ciężkich nawet przypadkach mocznicy wracała świadomość już w pół godziny po nakłuciu. *J. Opolski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 22 kwietnia 1904 r.

Przewodniczący: R. Dw. Prof. Rydygier. Obecnych: 30.

I. Przyjęto na członka zwyczajnego T. l. lw. Dra Eugeniusza Dolińskiego.

II. Kol. Dr. K. Wilczek przedstawia chorego po trepanacyi. U mężczyzny dorosłego występują od pół roku napadowo bole głowy w okolicy ciemieniowo-skroniowej. Bole te z czasem przybrały znacznie tak co do częstości, jak i co do nasilenia. Pod koniec przykuły chorego na stałe do łóżka. Z czasem przyłączyły się objawy padaczki Jacksonowskiej. Kurcze ograniczały się do mięśni ramienia lewego, mięśni karku i gałek ocznych. Podczas napadu głowa i gałki oczne zwracają się ku stronie lewej, chory traci przytomność, a tętno wolnieje do 40 uderzeń na minutę. Badanie wziernikiem dna oka lewego wykazało zapalenie nerwu ocznego, na prawem zaś tarczę zastoinową z wybroczynami. W szczytach płuc stwierdzono wyraźną gruźlicę. Gdy wreszcie wystąpiła śpiączka, napady padaczkowe co do liczby znacznie się wzmogły, a wezwany do narady kol. Feuerstein oznaczył miejsce rozpoznawanego guza mózgu w okolicy płatu czołowego prawego, jakkolwiek nie można było wykluczyć umiejscowienia jego w móżdżku, przystąpił W. do otwarcia czaszki ponad wskazaną okolicą, znieczuliwszy poprzednio części miękkie sposobem Haidenbeina. Jednak ani w oponach, ani też po ich przecięciu w mózgu nie zdołał W. odszukać rozpoznawanego guza, jakkolwiek badał nietylko palcem, ale i igłą. Wówczas opony zeszył, a płat skórno-okostnowo-kostny odprowadził, wyciąwszy poprzednio w kości otwór wielkości guldena. Rana zagoiła się przez rychłozrost, a od chwili operacyi (wykonanej przed 6-ma tygodniami) bole głowy i napady padaczkowe znikły bezpowrotnie; utrzymuje się jedynie niedowładny chód, który nie pozwala choremu chodzić. W końcu na podstawie doświadczenia, nabytego w opisanym dopiero co przypadku, jak niemniej na podstawie kilku innych, prelegent zaleca gorąco sposób znieczulania miejscowego, podany przez Haidenheina. Sposób ten polega na podskórnem wzgl. podokostnowem wstrzykiwaniu 0·5% rozczynu kokainy z dodatkiem 1‰ rozczynu adrenaliny w stosunku 1½ kropli adrenaliny na 1 sz. ctm. ½% rozczynu kokainy.

W dyskusyi zwrócił uwagę kol. Feuerstein, że przed operacyą oznaczenie miejsca guza natrafiało na ogromne trudności. Umiejscowiano tylko z pewnem prawdopodobieństwem. Dziś, po kilku tygodniach obraz chorobowy nieco się wyjaśnił: stwierdzamy wcale wyraźną niezborność móżdżkową z upadaniem chorego na stronę prawą, skutkiem tego dziś z wielkiem prawdopodobieństwem rozpoznawałby guz móżdżku.

III. Kolega Dr. Uhma zawiadamia, że firma „Mikolasch i Spółka" wyrabia i pakuje w tutki cynowe jałową masę liposoku tragankowego (*gummi tragacanthae*) z roztworem kwasu karbolowego 1½%, służącą do smarowania wzierników i zgłębników. Masa ta w tutkach i papierze pergaminowym wyjaławiana idzie w sprzedaż w takiej cenie, by aptekarzom nie opłaciło się wyrabiać jej na własną rękę. Ujęcie sprawy przez jedną firmę wydaje się mowcy wskazanem, by zapewnić nietylko dobroć wyrobu, ale i wyjaławiania. Przepis pierwotny Oskara Krausa został zmieniony, bo użycie 3% roztworu karbolowego, — jak chciał Kraus, — powoduje u kobiet silne pieczenie, a u niektórych mężczyzn znieczulenie cewki, mogąc być powodem niemiłych niespodzianek.

IV. Kol. Dr. W. D. Moraczewski: *Fosfaturya i kwasota moczu.* Przy badaniu moczu w przypadku typowej fosfaturyi zauważył prelegent, że ilość jonów metalicznych przewyższa ilość jonów kwasowych, albo że się od ich ilości tylko nieznacznie różni. Ponieważ skaza moczanowa i fosfaturya wydały się prelegentowi cierpieniami pokrewnemi mimo pozornego przeciwieństwa, rozciągnął on badania swoje na przypadki tak zwanej „kwasoty moczu" i przekonał się, że i tu ilość jonów zasadowych zbliża się do ilości jonów kwaśnych. Podawanie zasad w jednym i drugim przypadku doprowadziło do powiększenia jonów kwaśnych w znacznie wyższym stopniu, niż jonów zasadowych. Stosunek tedy staje się więcej prawidłowy. Mocz ludzi zdrowych ma znacznie więcej jonów kwaśnych, niż zasadowych. Zakwaszenie soków ustroju przejawia się obfitszem wydzieleniem zasad — (znanem było obfitsze wydzielenie amoniaku w przypadku zakwaszenia ustroju). — W skazach moczanowej, fosforanowej i t. d. ustrój traci zatem zasady i przez podawanie zasad wraca do stanu prawidłowego. Wyniki analityczne potwierdzają to, do czego dawno prowadziło doświadczenie: 1) że fosfaturya i skaza moczanowa są pokrewne; 2) że leczą się podawaniem zasad, które wpływają na powiększenie kwasoty moczu i unormowanie stosunków kwasów do zasad; 3) prawidłowy mocz ma stosunkowo mniej zasad, niż kwaśny.

W ożywionej dyskusyi po wykładzie kol. Dra Moraczewskiego zabierali głos: koll. Wiczkowski, Uhma, Feuerstein i Panek, którym prelegent odpowiedział.

V. Kol. Dr. T. Praschil wyłożył rzecz: *„O wpływie »Naftusi« na przemianę materyi w skazie moczanowej"*, opierając swe wnioski na ścisłej obserwacyi 2 ludzi zdrowych, 2 dotkniętych skazą moczanową i 1 moczówką cukrową. (Wykład ten w całości ogłoszonym będzie w „Przegl. lek.").

W dyskusyi podnosi kol. W. Moraczewski, iż z tablic przedstawionych przez prelegenta wynika, że kwas szczawiowy jest niewątpliwie wytworem tkanek. Nie zgadza się zaś z prelegentem o tyle, że nie może uznać liczb, określających zachowanie się mocznika, za dokładną miarę przemiany materyi, ponieważ do dziś nie posiadamy dość ścisłej metody do oznaczania mocznika.

Prelegent w odpowiedzi zaznacza, że posługiwał się przy oznaczaniu mocznika powszechnie używaną metodą Mörnera-Ljogvista (codziennie podwójne oznaczenia), a otrzymane stąd względne ilości uważa za zupełnie celowi odpowiadające. Zresztą badań swoich nie uważa wcale za skończone i zachęca innych do ich powtórzenia.

VI. Kol. Dr. W. Reis przedstawia wynik badania anatomiczno-patologicznego gałek ocznych, wyjętych po śmierci u osobnika, liczącego lat 19, u którego, po miejscowem zakażeniu drobnoustrojami ropnymi na wardze górnej, nastąpiło obustronne rozlane zapalenie ropne całej twarzy, oczodołów i ogólne zakażenie ustroju. Z protokołu sekcyjnego obok zmian cechujących ropnico-posocznicę, zasługują na uwagę zakrzepy ropne w zatoce jamistej i splocie żylnym na podstawie czaszki, oraz liczne zatory ropne w narządach wewnętrznych. Badanie bakteryologiczne krwi i ropy wykazało paciorkowce i łańcuszkowce.

Na krótki czas przed śmiercią chory utracił poczucie światła na obu oczach. Rogówka lekko tylko była zmętniałą i dozwalała jeszcze oglądać czerwony odblask dna oka. Zmiany ropne w narządach wewnętrznych pozwalały się domyślać, że zatory ropne w naczyniach włosowatych siatkówki stały się także przyczyną przerzutowego zapalenia oka i następowej utraty wzroku. Tymczasem badanie drobnowidowe wykazało układ naczyniowy siatkówki wraz z naczyniami środkowemi zupełnie nietknięty, natomiast, jako najgłówniejszą zmianę w układzie nerwowym, ogniska ropne w obu nerwach ocznych, zajmujące całą połowę blaszki sitowej. Powstanie tych ognisk ropnych w blaszce sitowatej nerwu wzrokowego tłómaczy prelegent stosunkami anatomicznymi w układzie żylnym tej części oka. Liczne anastomozy żylne z układem naczyniowym jagodówki, twardówki i tkanki oczodołowej umożliwiły także i w blaszce sitowej nerwu ocznego powstanie zakrzepu bakteryjnego i następowego ropienia.

Wobec nadzwyczaj skąpych badań anatomicznych oczu w przypadkach ropówki oczodołowej, przypadek ten tem większego nabiera znaczenia, że stwierdza badaniem anatomicznem nieznane dotychczas powikłanie w narządzie wzrokowym, które stało się bezpośrednią przyczyną utraty wzroku w przebiegu ropówki oczodołu.

W dyskusyi przemawiali: koll. F. Obtułowicz i L. Rydygier (przypominając, że czyraki na wardze górnej mają w chirurgii od

dawna już ustaloną bardzo złą reputacyę) i kol. A. Bednarski (podnosząc wysoką wartość obserwacyi prelegenta).

Dr. Herman, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 20 kwietnia 1904 r.

Przewodniczy kol. prof. Nowak. Obecnych członków 35.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. doc. Łepkowski podał krótkie sprawozdanie z dotychczasowej sześciomiesięcznej czynności »Ambulatoryum dentystycznego« Uniw. Jagiell., zaznaczając przytem, że miarą wysokości naukowej i kulturalnej każdego w tym rodzaju zakładu jest liczba zębów, leczonych zachowawczo, nie zaś liczba wykonanych ekstracyi. Że „Ambulatoryum" istotnie uwzględniało te wymagania, dowodzi tego statystyka, która wykazuje, że zrobiono dotychczas przeszło 1100 plomb, ekstrakcyi zaś 840 u 1000 pacyentów wogóle.

III. Kol. doc. Łepkowski wygłosił zapowiedziany odczyt: »O replantacyach, transplantacyach i implantacyach zębów«. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 19 maja.

* *Redakcya „Nowin lekarskich" ogłasza w Nrze 5 następującą odezwę:*

W roku bieżącym przystąpimy, zachęceni w niemałej mierze, przez kol. Wrzoska, z Krakowa, do wydawnictwa Biblioteki dzieł znakomitych lekarzy i przyrodników polskich. Dzieła ich wyborowe, zajmujące w Panteonie nauk niepoślednie miejsce, nie straciły dotąd ze swej wartości naukowej I dzisiaj jeszcze przynieść nam one mogą wiele korzyści i wiedzy. Z dzieł tych może i obecne pokolenie czerpać natchnienie i zachętę do prac swoich. Zadaniem wydawnictwa Biblioteki będzie pogłębiać myśl naukową współczesnego pokolenia lekarzy i zachować ciągłość naszej tradycyi naukowej.

W tym roku, jako setnym pierwszego wydania wiekopomnej »Teoryi jestestw organicznych« Jędrzeja Śniadeckiego, zamierzamy jako zapoczątkowanie Biblioteki wydać i dzieła rzeczone i oddać przez to cześć winną i hołd przynależny sławnemu synowi Wielkopolskiej ziemi.

Ku uczczeniu nadto pamięci naszego rodaka nosić będzie Biblioteka nazwę: »Biblioteka Jędrzeja Śniadeckiego«.

Do każdego dzieła, jakie się co rok w Bibliotece w jednym większym tomie lub kilku mniejszych ukaże, dodany będzie wstęp obszerny, w którym oprócz życiorysu autora, podana będzie naukowa ocena dzieła, napisana przez osobę kompetentną.

Powodzenie »Biblioteki Jędrzeja Śniadeckiego« zależeć będzie od poparcia ogółu naszych lekarzy. Aby módz oznaczyć wysokość nakładu, uprasza Redakcya już teraz o zapisywanie się na listę prenumeratorów.

Cena roczna Biblioteki wyborowych dzieł znakomitych naszych lekarzy i przyrodników wynosi marek sześć, czyli trzy ruble, lub siedm i pół korony.

Abonenci »Nowin lekarskich« otrzymać mogą Bibliotekę Jędrzeja Śniadeckiego za połowę ceny. W handlu księgarskim cena pojedynczego dzieła znacznie będzie wyższą, niż w prenumeracie.

Heliodor Święcicki.

* *Z Towarzystwa samopomocy lekarzy otrzymujemy następujące doniesienie:*

Centralny Wydział Tow. samopomocy lek. w Krakowie otrzymał następujące zawiadomienie: „Do Wydziału Tow. „Samopomocy lekarzy" w Krakowie! Niniejszem donoszę, że »Reprezentacya lwowska Tow. »Samopomocy lekarzy w Galicyi i t. d.« ukonstytuowała się na Walnem zgromadzeniu w dniu 10 maja b. r., wybierając w myśl statutu następujący zarząd: przewodniczący: kol. Prof. Ziembicki; zastępca: kol. Zgórski; sekretarz: kol. Mayer; skarbnik: kol. Mańkowski; członek zarządu: kol. Mikołajski.

Do Komisyi kontrolującej wybrano koll. Moszkowicza i Pilewskiego.

Do Sądu polubownego wybrano koll. Prof. A. Gluzińskiego, Bednarskiego i Eug. Wajgla«.

Dr. Józef Mayer, sekretarz reprezentacyi lwowskiej.

Jest to zatem pierwsza Reprezentacya Towarzystwa, obejmująca miasto Lwów wraz obwodem sądu krajowego lwowskiego, licząca obecnie 132 członków. Druga Reprezentacya może być utworzoną w obwodzie sądowym przemyskim. Do Reprezentacyi przemyskiej należeć mogą członkowie Towarzystwa, zamieszkali w następujących powiatach sądowych: Dobromil, Dubiecko, Jarosław, Jaworów, Krakowiec, Mościska, Niżankowice, Pruchnik, Przemyśl, Radymno, Sądowa Wisznia, Sieniawa. Członkowie ci, o ile mają zamiar ukonstytuowania się w »Reprezentacyę przemyską«, zechcą zawiadomić o tem Centralny Wydział Towarzystwa w Krakowie, przyczem, według statutu, wymagana jest liczba członków = $^{3}/_{4}$ liczby lekarzy w obwodzie zamieszkałych.

Dr. Langie, generalny sekretarz.

* Kol. Dr. Langie donosi, że otrzymał od Dr. Zygmunta Smolarskiego 93 koron i 80 halerzy na fundusz zapomogowy Tow. samopomocy lekarzy, jako »kwotę zebraną zamiast wieńców na trumnę ś. p. koll. Szalaya i Iwańskiego«. Kwotę tę przesłał kol. Langie do centralnej kasy Tow. samopomocy lekarzy czekiem N. 853,810.

(O) Ponieważ Walne Zgromadzenie »Kasy chorych lekarzy«, zwolane na dzień 14 maja b. r., mogło załatwić tylko 3 pierwsze punkta porządku dziennego, zaś punkt 4 z powodu braku potrzebnego kompletu musiał odpaść, przeto odbędzie się drugie Walne Zgromadzenie »Kasy chorych lekarzy«, które zbierze się we czwartek dnia 26 maja b. r. o godzinie 6 po południu we Lwowie w lokalu Izby lekarskiej (ul. Dominikańska l. 11 na dole). Na porządku dziennym: Wnioski w sprawie zmiany statutu „Kasy chorych lekarzy« z powodu przystąpienia lekarzy, przynależnych do Izby lekarskiej krakowskiej. Zwracamy uwagę, że w myśl § 21 ustęp 8 uchwały zgromadzenia są ważne przy jakimkolwiek komplecie.

Kasa chorych lekarzy. Lwów 15 maja 1904.

Sekretarz: *Dr. Czaczkowski.* Przewodniczący: *Dr. Festenburg.*

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 11 maja posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Żeleński mówił „O pojawianiu się ciałek szpiku kostnego (myelocytów) we krwi niemowlęcej (na podstawie badań przeprowadzonych wspólnie z Dr. Teodorem Cybulskim); 2) kol. Habicht: »O t. zw. „typhus diagnosticum« Fickera« (z demonstracyą.

* Dr. Bogdanik, prymaryusz szpitala powszechnego w Krakowie, który podjął się wypracowywania sprawozdań z polskich rozpraw chirurgicznych do „Centralblatt für Chirurgie", uprasza o przysyłanie mu odbitek z tego zakresu medycyny.

* Koszt pomnika ś. p. prof. dr. T. Chałubińskiego w Zakopanem wyniósł 17.155 kor. 88 halerzy. Kwotę tę pokrył Komitet z zebranych na ten cel składek.

* Wielki Wydział Kasy Oszczędności m. Krakowa przeznaczył 15.000 koron na budowę łaźni ludowej. Szczerze cieszyć się należy, że zasady higieny szerzą się tak skutecznie i w sferach pozalekarskich i że dzięki tej rozumnej uchwale stanie się zadość jednej z istotnie ważnych potrzeb naszego miasta.

* D. 11 b. m. odbyła się w Pradze jubileuszowa uroczystość złożenia życzeń prof. Horbaczewskiemu w pięćdziesiątą rocznicę jego urodzin. W uroczystosci wzięli udział: dziekan Wydziału lekarskiego i przedstawiciele Towarzystwa lekarskiego, Towarzystwa medyków czeskich i grona byłych uczniów. Prof. Horbaczewski, Rusin z Galicyi, wykłada chemię w czeskim Wydziale lekarskim od chwili jego założenia; doniosłością swych prac naukowych (między innemi synteza kwasu moczowego) zyskał poważne imię w nauce i dodał blasku młodej wszechnicy czeskiej. Jubilat jest honorowym członkiem korespondentem Tow. lekarskiego krakowskiego.

* Ministeryum spraw wewnętrznych ustanowiło stypendyum w wysokości 1400 koron rocznie dla lekarzy, życzących się poświęcić badaniom gruźlicy w »sanatoryum Alland«, gdzie prócz zasiłku pieniężnego mieliby całkowite utrzymanie i pracownię do badań naukowych. Specyalna komisya, złożona z referenta spraw sanitarnych w ministerstwie spraw wewnętrznych, oraz profesorów: Weichselbauma, Jakscha i dyrektora szpitala powsz. Dr. Muchy, ma określić zadania i zakres pracy stypendystów i zdawać sprawę ministerstwu o stanie rzeczy i rozwoju badań naukowych, wykonywanych w Alland.

* W międzynarodowym kongresie przeciwgruźliczym, który zbierze się d 25 maja w Kopenhadze, wezmą udział między innymi: Behring, Leyden i Brouardel.

* Nakładem R. Mossa w Berlinie wyszedł »Baeder Almanach« IX wydanie; obejmuje on uzdrowiska, zdrojowiska i zakłady lecznicze niemieckie, austryackie, szwajcarskie i krajów pogranicznych; z galicyjskich atoli miejsc kąpielowych uwzględnia »Almanach« tylko Rabkę, a mapa Austryi od wschodu kończy się na powiecie krośnieńskim.

* Między 3 a 9 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim (2 gm.), czortkowskim (3 gm.), drohobyckim (2 gm.), horodeńskim (1 gm.), husiatyńskim (1 gm.), jaworowskim (5 gm.), kamioneckim (2 gm.), lwowskim (2 gm.), mościskim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), rawskim (4 gm.), skałackim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stryjskim (2 gm.), trembowelskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tarnowskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), turczańskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.), żółkiewskim (3 gm.), w mieście Lwowie 2 przypadki.

Mianowania i odznaczenia. Prof. kijowskiego uniwersytetu dr. Pawłowski przydzielony został do sztabu naczelnego wodza armii w Mandżuryi. Dr. Horbaczewicz mianowany został inspektorem wojskowo-lekarskim wojsk na terenie bojowym w Mandżuryi.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Franc. Kaszliński — w Gnieznie. Dr. Piotr Zaleski, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego, naczelny lekarz miejski, — w Saratowie. Dr. Stanisława Włodkowa l. 36 — w Zakopanem. Prof. Stefan Marey, sławny fizyolog, zmarł w Paryżu w 74 r. życia.

Bibliografia:

— *Nowiny lekarskie* Z. 5. Szuman: Gastroenterostomoza z pomocą magnezyowego guzika Chlumskyego. Zalewski: Przypadek błony wrodzonej krtani. Gerżabek: O znaczeniu pozycyi Walcherowskiej w położnictwie. Deyl: Rak oka i okolicznych jego organów. (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 19. Krokiewicz: W sprawie patogenezy dwoinek Fraenkla. Przypadek zapalenia przerzutowego. Horodyński: Przypadek wrodzonej olbrzymiości częściowej (dok.).

— *Medycyna* Nr. 19. Sterling: O porażeniu astenicznem. Serkowski i Maybaum: W sprawie zaraźliwości raka.

— *Kronika lekarska* Z. 9. Miklaszewski: O wpływie fizyologicznym zabiegów gorących na ustrój (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 10 zawiera następujące artykuły: Położenie materyalne i stanowisko społeczne lekarzy w Galicyi. — Uregulowanie należytości sądowo-lekarskich w sprawach cywilnych (dok.). Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych. — Taryfa lekarska. — Z niwy dziennikarskiej. — Położenie lekarzy kąpielowych. — W sprawie krajowych zakładów dla obłąkanych. — Odcinek.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 19. Kose: Studie o alkalické reakci krve (dok.). Cisler: O poměru pathologických změn svalstva hrtanového k zákonu Semon-Rosenbachovu. Šantrůček: Léčeni hydrokély. Šebor: O vzajemnem vztahu mezi těhotenstvím a některými chorobami vnitřními.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 4. Bizek: Vnitřni léčeni processů zánětlivých.

— *La Presse médicale* Nr. 36. Josué: Miażdżyca tętnic i zwapnienie tętnic. Lermoyez, Lubet-Barbon i Moure: Leczenie zapalenia ucha środkowego.

— Nr. 37. Debove: Nerka wędrująca, przepuszczająca puchlina nerkowa i napady śluzowo-błoniastego zapalenia nerek.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 19 Bonhoff: Niektóre nowsze badania z zakresu odkażania formaldehidem. Krause: Dwa przypadki posocznicy gonokokowej z wykazaniem gonokoków we krwi za życia pacyenta. Kyes. Jad kobry i antytoksyna. Sehrt: O własnościach fermentacyjnych mięśnia mumii. Heine: Wrodzony brak rzepki. Hueppe: Zapobieganie chorobom zakaźnym w szkole (c. d.). Milner: Odpowiedź na artykuł: „Bolesne pasy na szyi po zranieniach głowy“.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 19. Jesionek: Leczenie naświetlaniem metodą prof. Tappeinera. Neisser i Friedemann: Badanie zjawisk strącania. Schott: Badanie hemoglobiny w przypadkach przewlekłej wady serca. Marx: Powikłane przedziurawienie ciałem obcem uchyłku przełyku. Doernberger: Zapalenie płuc, objawy oponowe i afazya. Edel: Wpływ klimatu alpejskiego na zapalenie nerek i białkomocz okresowy. Lammers: Łoże gipsowe dla leczenia zboczenia kręgosłupa i garbu. Bassewitz: Nowoczesne leczenie ukąszenia żmii *(ophidismus)* w Brazylii. Reinhard: Przyczynek do kazuistyki przewlekłego trwałego sokotoku żołądkowego. Kronacher: Przenośny sterylizator dla opatrunków i narzędzi. Ziegner: Instrumentalny przyczynek do leczenia ropni migdałków. Halberstädter: Czy działanie ciał fluoryzujących polega na uczuleniu?

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 19. Zappert: Występowanie substancyi tłuszczowej w rdzeniu płodu i dziecka. Alt: Operacyjne zabiegi w tylnym dole czaszkowym. Peham: Przypadek ciąży zamacicznej z żyjącem dojrzałem dzieckiem. France: Przyczynek do kazuistyki ciąży zamacicznej z żyjącem dzieckiem. Koschier: Przyczynek do operacyjnego leczenia raka krtani (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 20. Riegel: O nadmiernej kwasocie i nadmiernej wydzielinie. Richartz: Różniczkowe rozpoznanie między rozszerzeniem wrzecionowatem przełyku a głęboko usadowionym w nim uchyłkiem. Wullstein: O przedpiersiowej *(antethoracale)* ezofago jejunostomii i operacyach, wykonywanych na podobnej zasadzie. Schmidt Wczesne oddziaływanie po zastosowaniu promieni Röntgena. Neufeld: O błonicy przewlekłej.

Redakcya otrzymała: Steinsberg: Dalsze uwagi o leczeniu chorób serca w Francensbadzie. Wojczyński i Zychoń: Sprawozdanie Komitetu budowy pomnika prof. Dr. Tyt. Chałubińskiego w Zakopanem.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 19 (od 8/V do 14/V) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 33, dz. 22; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 17, kob. 15; zamiejscowych: męż. 13, kob. 13.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 8. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 2 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 3. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. 1. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 7, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 10, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob —. **Razem** miej. 32, obcych 26.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr. **Jekels,** właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.

Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski,** docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).

Dr. **Witczak,** kierownik i właściciel Zakładu.

Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).

Dr. **Zanietowski Józef,** jun., lekarz zakł.

Kosów

lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.

Dr. **Tarnawski,** kierownik i właściciel.

Krynica.

Dr. **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens,** („pod Jeleniem“).
Dr. **Ebers,** radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Lewicki Stanisław,** asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.,** („pod Orłem“).

Maryówka pod Lwowem.

Dr. **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakładu.

Rabka.

Dr. **Lang,** lekarz okr.

Rymanów.

Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz,** lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr. **Gorski Ksawery,** lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Kołączkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniczego dolnego i pensyonatu.

Truskawiec.

Dr. **Krzyżanowski E.,** radca ces., lekarz zakł.
Dr. **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Zakopane.

Dr. **Majewicz Edmund,** Przecznica.

Żegiestów.

Dr. **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr. **Kümmerling,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr. **Feuerstein Leon,** („Hotel Continental“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr. **Filipkiewicz Stefan,** lekarz zakł.
Dr. **Wobr,** lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Franzensbad.

Dr. **Steinsberg,** („Goldener Brunnen“).

Gleichenberg.

Dr. **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger“ IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.

(Kąpiele morskie i piaskowe.)

Dr. **Oransz M.,** (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.

Dr. **Kaufmann Oskar,** (Sprudelstrasse, „Pascha“).
Dr. **Kołaczkowski,** („Stadt Athen“).
Dr. **Kostecki,** (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz,** (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau“).
Dr. **Kropf Leon,** (Theatergasse, „Minerva“).
Dr. **Maleszewski Wł.,** (Alte Wiese, „Drei Staffeln“).

Kissingen.

Dr. **Chłapowski Franciszek,** radca sanitarny.

Marienbad.

Dr. **Harajewicz Wład.,** (Villa „Wahnfried“).
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).
Dr. **Schermant J.,** (Villa „Apollo“).

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)

Dr. **Binder,** kier. i właściciel sanatoryum „Stefania“.

Konkurs

Wydział powiatowy w Wadowicach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Lanckoronie z płacą roczną 1000 koron i ryczałtem na objazdy w kwocie 600 koron z obowiązkiem utrzymywania apteki domowej.

Nadto w myśl uchwały Rady gminnej w Lanckoronie z dnia 12 grudnia 1903 otrzyma lekarz okręgowy od gminy wolne mieszkanie wraz z ogrodem i tytułem rocznego dodatku do płacy kwotę 200 koron.

Ubiegający się o powyższą posadę prócz dostatecznej fizycznej zdolności winni wykazać, że posiadają następujące warunki:

1. prawo obywatelstwa austryackiego;
2. dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3. praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Do okręgu sanitarnego w Lanckoronie należą następujące gminy i obszary dworskie:

Lanckorona, Baczyn, Dąbrówka, Harbutowice, Izdebnik, Jastrzębia, Leśnica, Marcówka, Palcza, Podchybie, Stronie, Skawinki, Stryszów, Zachełmno, Zakrzów, Zembrzyce, Zarzyce małe i wielkie.

Prawa i obowiązki lekarza okręgowego określa dokładnie ustawa z dnia 2 lutego 1891 Nr. 17 dz. ust kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego w terminie do końca maja 1904.

Wadowice, dnia 5 maja 1904.

178 Za prezesa: *Raczyński.*

L. 663/04.

Konkurs.

Celem obsadzenia posady lekarza miejskiego w tutejszej gminie z płacą roczną 800 koron i różnemi dodatkami, wynoszącymi blisko 300 koron, rozpisuje się niniejszem konkurs.

Podania należycie udokumentowane, a szczególnie zaopatrzone dowodem odbytej przynajmniej dwuletniej praktyki lekarskiej, wnieść należy najdalej do dnia 15 czerwca 1904 na ręce tutejszej Zwierzchności gminnej.

Nadmienia się, że z dniem 1 stycznia 1905 ma być tu otwarty Sąd i Urząd podatkowy.

Bołszowce, dnia 5 maja 1904. 181

Burmistrz

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dr. Walentego Koczorowskiego:

1) Wpływy mózgu i móżdżku na odruchy.
2) Miażdżyca tętnicy wątrobowej i jej wpływ na powstawanie spraw chorobowych w wątrobie.
3) Zbadać powstawanie nowych przewodów żółciowych w przebiegu sztucznie wywołanej marskości wątroby (przez szczepienie gruźlicy).
4) Wpływ surowic (Marmorka, Maragliano i innych) na przebieg gruźlicy u zwierząt.
5) Sprawdzić doświadczalnie ochronne znaczenie sieci wielkiej w obec spraw zakaźnych i zgorzelinowych w jamie brzusznej.
6) Związki siarki w moczu w rozmaitych stanach patologicznych.
7) O biochemicznych własnościach paciorkowców.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1905 r. Za najlepsze dwie prace, napisane na wybrane tematy z liczby wyżej wymienionych, wyznaczone są dwie nagrody po 300 Rb. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego, każda w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopisach, pod adresem: „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ (ul. Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie Rb. 240, imienia Tytusa Chałubińskiego, przyznaną zostanie przez Towarz. w roku 1905 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go stycznia 1901 r. do 31-go grudnia 1904 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający, żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1901, 1902, 1903, 1904 i w ciągu stycznia 1905 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia Dr. medycyny i chirurgii Leona Konitza przyznaną zostanie przez Towarzystwo w dniu 15-go października 1905 roku, jako w rocznicę zgonu Dr. Konitza, nagroda pieniężna w kwocie Rb. 256 kop. 50, za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 15 kwietnia 1902 r. do dnia 31 marca 1905 r. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specyalności, jak również i podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 marca 1905 r. przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłómaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieńczona z liczby prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora. 184

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*

Konkurs

Wydział powiatowy w Wadowicach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Lanckoronie z płacą roczną 1000 koron i ryczałtem na objazdy w kwocie 600 koron z obowiązkiem utrzymywania apteki domowej.

Nadto w myśl uchwały Rady gminnej w Lanckoronie z dnia 12 grudnia 1903 otrzyma lekarz okręgowy od gminy wolne mieszkanie wraz z ogrodem i tytułem rocznego dodatku do płacy kwotę 200 koron.

Ubiegający się o powyższą posadę prócz dostatecznej fizycznej zdolności winni wykazać, że posiadają następujące warunki:

1. prawo obywatelstwa austryackiego;
2. dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3. praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Do okręgu sanitarnego w Lanckoronie należą następujące gminy i obszary dworskie:

Lanckorona, Baczyn, Dąbrówka, Harbutowice, Izdebnik, Jastrzębia, Leśnica, Marcówka, Palcza, Podchybie, Stronie, Skawinki, Stryszów, Zachełmno, Zakrzów, Zembrzyce, Zarzyce małe i wielkie.

Prawa i obowiązki lekarza okręgowego określa dokładnie ustawa z dnia 2 lutego 1891 Nr. 17 dz. ust. kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego w terminie do końca maja 1904.

Wadowice, dnia 5 maja 1904.

178 Za prezesa: *Raczyński.*

L. 663/04.

Konkurs.

Celem obsadzenia posady lekarza miejskiego w tutejszej gminie z płacą roczną 800 koron i różnemi dodatkami, wynoszącymi blisko 300 koron, rozpisuje się niniejszem konkurs.

Podania należycie udokumentowane, a szczególnie zaopatrzone dowodem odbytej przynajmniej dwuletniej praktyki lekarskiej, wnieść należy najdalej do dnia 15 czerwca 1904 na ręce tutejszej Zwierzchności gminnej.

Nadmienia się, że z dniem 1 stycznia 1905 ma być tu otwarty Sąd i Urząd podatkowy.

Bołszowce, dnia 5 maja 1904. 181

Burmistrz.

Konkurs.

W celu nadania stypendyum w kwocie 2000 koron z fundacyi J. W. Radcy Stanu Walentego Szklarskiego rozpisuje się niniejszem konkurs.

O stypendyum to ubiegać się mogą niezamożni uczniowie medycyny w U. J., którzy studya swe ukończyli, najdalej w przeciągu pięciu lat od ukończenia swych studyów. Każdy z ubiegających powinien się zobowiązać pisemnie, że w razie udzielenia mu stypendyum w przeciągu najbliższego roku złoży egzamina doktorskie, jeżeli ich jeszcze nie złożył, a następnie celem dalszego kształcenia się wyjedzie na jeden rok za granicę. W każdym razie wykształcenie za granicą ma być przysposobieniem do zawodu naukowego, a nie do samego lekarskiego wykonawstwa Wymaga się więc dowodów uzdolnienia i zamiłowania naukowego, okazywanego jużto w pracowniach, jużto w klinikach szczególnem przykładaniem się do pewnego rodzaju poszukiwań. dokonywanemi ćwiczeniami i pracami. Od pobierajcegoą stypendyum wymagać się będzie dokładnych i wiernych sprawozdań półrocznych piśmiennych z całego toku zajęć naukowych i z osiągniętych niemi wypadków. Podania należy wnieść do dnia 20 czerwca 1904 na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego w Krakowie. 185

L. 1905.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Buczaczu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Uściu zielonem z płacą 1000 kor. i 600 koron na objazdy rocznie.

Do okręgu należy 11 miejscowości. Apteka w miejscu. Warunki określone ustawą z d. 2 lut 1891 Dz. u. kr Nr. 17. Termin do wnoszenia podań do 15 czerwca b. r.

Lekarz okręgowy będzie mógł za osobnem wynagrodzeniem ze strony Urzędu gminnego w Uściu zielonem spełniać obowiązki lekarza miejskiego 188

Z Wydziału powiatowego: Buczacz 23 maja 1904. Zastępca Prezesa: Dr. Krzyżanowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dr. Walentego Koczorowskiego:

1) Wpływy mózgu i móżdżku na odruchy.
2) Miażdżyca tętnicy wątrobowej i jej wpływ na powstawanie spraw chorobowych w wątrobie.
3) Zbadać powstawanie nowych przewodów żółciowych w przebiegu sztucznie wywołanej marskości wątroby (przez szczepienie gruźlicy).
4) Wpływ surowic (Marmorka, Maragliano i innych) na przebieg gruźlicy u zwierząt.
5) Sprawdzić doświadczalnie ochronne znaczenie sieci wielkiej w obec spraw zakaźnych i zgorzelinowych w jamie brzusznej.
6) Związki siarki w moczu w rozmaitych stanach patologicznych.
7) O biochemicznych własnościach paciorkowców.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1905 r. Za najlepsze dwie prace, napisane na wybrane tematy z liczby wyżej wymienionych, wyznaczone są dwie nagrody po 300 Rb. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego, każda w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopisach, pod adresem: „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego" (ul. Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie Rb. 240, imienia Tytusa Chałubińskiego, przyznaną zostanie przez Towarz. w roku 1905 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go stycznia 1901 r. do 31-go grudnia 1904 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający, żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1901, 1902, 1903, 1904 i w ciągu stycznia 1905 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*

Rok XLIII. Kraków 28 Maja 1904. Nr. 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O wskazaniach i przeciwwskazaniach do stosowania kąpieli gazowych w chorobach serca.

Podał
Dr. Z. Pelczar
z Truskawca.

Niedawną jest historya stosowania kąpieli w leczeniu chorób sercowych, a mimo to metoda ta, jako zupełnie racyonalna, uzyskała pełne swe prawa w szeregu środków i święci należyte tryumfy. Kolebka jej Nauheim, gdzie Beneke i bracia Schott pierwsze poczynili w tym kierunku doświadczenia; Nauheim też do tej pory przoduje między zakładami, które stosują leczenie kąpielowe w chorobach serca. Z biegiem czasu przekonano się, że czynniki, które w Nauheim tak dodatnio działają, rozsiane są licznie po świecie i że nawet sztucznie urządzonymi kąpielami gazowemi osiągnąć można te same wyniki. W ostatnich też latach słyszymy o wielu zakładach, które z równie dobrym skutkiem stosują te zabiegi. Owszem, z jednej ostateczności przerzucono się w drugą. Zdaniem mojem, poczęto nadużywać tej metody, stosując ją prawie w każdym przypadku cierpienia serca, a zapominając o tem pierwszem przykazaniu „*primum non nocere*“. Przyznać mi to musi każdy, nawet niewtajemniczony w tajniki władzy lekarskiej, — że „panaceów“ medycyna niema i mieć nie może, — że i kąpiele jednemu choremu pomogą, drugiemu nie, a trzeciemu i zaszkodzić mogą.

Bardzo słuszną jest zasada, że naprawić można tylko to, co się naprawić da, a przytem, jeżeli naprawić się umie, że zaś nie wszystkie chore serca są wrażliwe dodatnio na zabiegi kąpielowe, zgodzić się musi ze mną każdy, kto z chorymi sercowymi więcej miał do czynienia.

Przyznać się przytem musimy, że dotychczas nie mamy postawionych ścisłych wskazań w balneoterapii i niema oznaczonej tej ścisłej granicy, poza którą nie możemy się spodziewać wyników dodatnich, a obawiać się musimy szkodliwych skutków.

Wszystko to zaś, co o działaniu kąpieli na chore serca wiemy, wiemy z doświadczenia kąpielowego, które przez kliniki i pracownie nie przeszło. Ma się rozumieć, że nie podobna oznaczyć tej ścisłej granicy, rozstrzygać zaś musi osobiste doświadczenie, ścisła obserwacya w czasie zabiegów i po nich, uwzględnienie przeróżnych czynników, przeważnie natury higienicznej, które poza kąpielami wywierają na serce swój wpływ. Aby choć w przybliżeniu oznaczyć wskazania do stosowania kąpieli w cierpieniach serca, zastanowić się musimy nad sposobem działania kąpieli na serce zdrowe i chore, w szczególności zaś słonych i gazowych. Uwzględnić musimy wpływ termiczny, chemiczny i mechaniczny.

Pominę działanie kąpieli słonych na przemianę materyi, oddychanie i układ nerwowy, aczkolwiek i te czynniki nie pozostają w wynikach pośrednio bez działania na serce, a zajmę się wprost działaniem kąpieli słonych i gazowych na serce.

Wszystkie czynniki: termiczny, chemiczny i mechaniczny, zawarte w kąpieli, działają we właściwy sposób na serce; a ponieważ działają wszystkie razem równocześnie, dlatego niesłychanie trudną jest sprawą przedstawić działanie każdego z nich z osobna. Tem się też tłómaczy niezupełna zgodność wyników badań pojedynczych badaczy, ponieważ nie mogli badać w tych samych warunkach — tem więcej, jeżli uwzględnimy, że i przedmiot badania — człowiek, — posiadając różną wrażliwość, różnie mógł oddziaływać na pojedyncze zabiegi.

To jednak jest pewnem, że wpływ kąpieli na serce przy jednakowej ciepłocie będzie zależnym od tego, czy woda jest słodką, czy słoną, lub czy zawiera kwas węglowy. Odwrotnie, przy tej samej zawartości soli lub kwasu węglowego działanie kąpieli na serce będzie różnem, a zależnem od stopnia ciepłoty.

I tak, pomijając samą zmianę ciepłoty w ustroju, która w miarę podnoszenia się ciepłoty wody także się podnosi, przekonamy się, że przy podnoszeniu się ciepłoty kąpieli zwiększa się odpowiednio ilość tętna, z równoczesnem obniżeniem się parcia krwi. I tak podaje Mathey:

przy ciepłocie wody	37·05° C.	46° C.	50° C.
liczba tętna	80	103	187.
Londe zaś znalazł przy	37° C.	50° C.	53·7° C.
liczba tętna	70	100	120.

Według zaś Wieganda i Gregoriusa ciepłota ciała może dochodzić do 40° C. przy 60° C. wody kąpielowej. Odwrotnie, w kąpieli t. zw. obojętnej (34° C.) i niżej opada znowu liczba tętna (Niebergall, König, Liebig, Löbel i inni) z równoczesnem wzmożeniem się parcia krwi, które w miarę niższych ciepłot wzrasta coraz to więcej do pewnej granicy, o ile liczba tętna opada.

I tak według tabeli, którą zestawił Lersch:

przy ciepłocie	33·5°C.	liczba tętna pierwotnie	80	spada na 76
„ „	34°	„ „ „	74	„ „ 70
„ „	30°	„ „ „	76	„ „ 72
„ „	20°	„ „ „	67	„ „ 60

Przy kąpielach słonych spotykamy mniej więcej te same wyniki z tą różnicą, że w stosunku do stężenia roztworu soli występuje wybitniejsze wzmożenie parcia krwi. Stwierdził to manometrem A. Schott na królikach, że parcie krwi natychmiast wzrastało, gdy wodę słodką zastąpił

wodą słoną i to w prostym stosunku do stężenia roztworu soli.

Jeszcze wybitniejsze działanie na serce tak co do tętna, jak i parcia, rozwijają kąpiele słone z dodatkiem kwasu węglowego. Według Schotta parcie może w takiej kąpieli dochodzić do 150—160 mm. rtęci, tętno spadać o 8—10 uderzeń zawsze przy ciepłocie wody, niższej od ciepłoty ciała, a więc 33°—30° C. Podobne spostrzeżenia podaje Löbel zgodnie z Grödlem, Gräupnerem, którzy oznaczają, że ciepłota 34° C. stanowi właśnie tę granicę, poniżej której u osobnika kąpanego parcie się podnosi.

Pokrótce powiedzieć musimy, że tak w kąpieli słodkiej, jak i słonej, a w wyższym stopniu w gazowej poniżej punktu obojętnego (34° C.) spada liczba tętna — parcie zaś krwi wzrasta. Im niższa ciepłota wody, im większą zawartość soli lub kwasu węglowego, tem spadek tętna większy, a silniejsze wzmożenie parcia krwi.

Towarzyszą temu i inne jeszcze objawy, jak zwiększenie liczby ciałek krwi (Winternitz, Grawitz), zwolnienie liczby oddechów, wzmożenie wydzielania azotu, — co nas na razie mniej zajmuje.

Takie samo działanie rozwijają kąpiele słone lub słonogazowe i na serce chore; że zaś niezawsze zależeć nam może na znacznem podwyższeniu parcia krwi w przypadkach pewnych cierpień serca lub naczyń, przyzna mi każdy.

Są mianowicie cierpienia serca, których stałym objawem jest już podwyższone parcie krwi. Do tych cierpień należy swoisty przerost mięśnia sercowego, n. p. powstały w cierpieniach nerek lub na innem tle, oraz miażdżyca tętnic, zwłaszcza tętnic mózgowych, rozdęcie aorty i tętniaki. W tych przypadkach narażanie chorego na dalsze, choćby chwilowe wzmożenie parcia niema najmniejszej racyi, a nawet może być szkodliwem i niebezpiecznem. W przypadkach zatem przerostu serca, zwapnienia tętnic w ogóle, aorty i tętnicy wieńcowej serca, oraz tętnic mózgowych w szczególności, są wskazane kąpiele słone bez kwasu węglowego o ciepłocie 35°—37°C., a nie przekraczające 2—5% zawartości soli.

Kąpiele gazowe natomiast nadają się znakomicie do leczenia innych postaci cierpień serca, począwszy od nerwic serca, zapaleń osierdzia, wysięków w worku sercowym, zapaleń wsierdzia, bez względu, czy towarzyszy temu zwężenie, czy rozszerzenie odpowiedniego ujścia. Ilość soli, kwasu węglowego, ciepłotę, należy znowu zastosować do indywidualności chorego, jego sił, stanu nerwów i t. p., z zastrzeżeniem jednak, że przy wadach zastawkowych niema znaczniejszej niedomogi mięśnia sercowego.

Kąpiele wreszcie słono-gazowe są na miejscu w przypadkach osłabienia serca po przebyciu chorób ostrych zakaźnych, lub wogóle po fizycznem znużeniu mięśnia, w zwyrodnieniu włóknistem, oraz w przypadkach otłuszczenia serca.

Wspominać nie potrzebuję, że w leczeniu wszystkich tych postaci cierpień serca niezawsze wystarczają same zabiegi kąpielowe, że nieraz trzeba się lekarzowi uciekać i do środków aptecznych, gimnastyki oporowej, a uwzględnić przytem i cały szereg innych higienicznych czynników, które wywierają szalony wpływ na serce. Nie należy spuszczać z oka i tych czynników, które stały się przyczyną cierpienia serca, lub je podtrzymują, jak niedokrewność, zatrucie nikotyną, alkoholem i t. p., a leczyć przy tem towarzyszący przymiot, otyłość, dnę, gościec i t. p.

Że zapatrywania moje, oparte na kilkunastoletniem doświadczeniu, nie są odosobnione, dowodem tego coraz częściej podnoszące się głosy z ostrzeżeniem i nawołujące do ostrożności przy stosowaniu kąpieli w cierpieniach serca.

Już Kisch mówi (1883): „*Bäder dürfen bei Herzhypertrophie u. Arteriosclerose nur mit grosser Vorsicht angewendet werden, nicht zu warm sein u. nicht zu lange dauern. Die an Kohlensäure reichen Stahlbäder u. Soolbäder ebenso Moorbäder sind zu meiden*“.

Beneke, który jeden z pierwszych stosował kąpiele w cierpieniach serca, uważa przedewszystkiem cierpienia, powstałe na tle gośćca, jako takie, które nadają się do leczenia kąpielowego, wyklucza zaś sprawy sercowe, powstałe na tle zapalenia nerek i miażdżycy; niesłusznie zaś wciąga do przeciwwskazań i cierpienia sercowe po płonicy, jakoteż po gorączce połogowej.

W nowszych czasach Huchard (Odczyt w „Société de Therapeutique“ 1903), opierając się na doświadczeniach Laachéa, Fräntzla, Abutt, Heydega, Samsona, Bourneya, Veo, Williamsa, Broadbenta i swoich, przestrzega przed stosowaniem kąpieli gazowych w chorobowych sprawach serca, połączonych z podwyższeniem parcia krwi.

Z polskich autorów Pisek (Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych 1899) uważa za przeciwwskazanie do stosowania kąpieli CO_2 silnie rozwiniętą miażdżycę tętnic, tętniaki, powikłania wad serca (choroby nerek), a po części nerwice serca.

Prof. Gluziński w dziele: „Nauka o chorobach wewnętrznych“ tom: (Choroby serca i naczyń krwionośnych, 1904), stanowczo sprzeciwia się stosowaniu kąpieli CO_2 we wszystkich tych formach cierpień serca, gdzie do obrazu choroby należy podniesienie się stałe parcia krwi, zwłaszcza przy równoczesnych zmianach w ścianach naczyń.

Tego samego zapatrywania jest i Pawiński i wielu klinicystów polskich, choć myśli swej nie dali wyrazu.

Mam nadzieję, że tych słów kilka w kwestyi tak zasadniczej wobec bardzo obecnie rozpowszechnionego leczenia kąpielami chorób serca, pobudzą kolegów do wymiany zdań i ustalenia pojęć o działaniu kąpieli, jakoteż ścisłego określenia wskazań do używania zabiegów kąpielowych w cierpieniach serca.

II. Ze szpitala powszechnego w Jaśle.

Wypadnięcie pochwy i macicy wśród porodu.

Napisał
Dr. Józef Kadyi,
sekundaryusz szpitala.

Zamierzam opisać przypadek, jaki niedawno operowałem w szpitalu, a który dla swej niezwykłości zasługuje na opisanie.

Przed kilku tygodniami z miasteczka, odległego o 4 mile, przywieziono rodzącą do tutejszego szpitala.

Wywiady. Osoba 35-letnia, licho odżywiona, o tkankach wiotkich, rodzi poraz piąty. Od lat kilku cierpi na wypadanie części rodnych ze szpary sromowej i wskutek tego nosi krążek pochwowy.

Chociaż podaje wyraźnie, że to ja właśnie poleciłem jej nosić krążek; niestety, jednak sam tego nie mogę przypomnieć, tem samem nie mogę podać bliższych szczegółów co do jakości i stopnia wypadnięcia. Poród zaczął się przed dwiema dobami; bóle porodowe były dożo większe, aniżeli obecnie. Ponieważ czas mijał, a płód się nie ukazywał, więc przyszła jej do pomocy jakaś nie egzaminowana położna; a chcąc rodzącą ratować, wsuwała wielokrotnie do jej części rodnych rękę, zapewne w tym celu, aby płód na zewnątrz wygarnąć. Podczas tych zabiegów utworzył się przed częściami rodnemi guz, cierpienia się wzmagały, a poród nie kończył się. W końcu zawezwany pobliski lekarz, przybywszy na miejsce i obejrzawszy chorą, polecił natychmiast odwieźć ją do szpitala.

Stan obecny. Osoba, zdradzająca cierpienie widoczne w wyrazie twarzy, znużona podróżą na wozie, pokryta lepkim potem. Brzuch wypukłony przez mocno obkurczoną macicę, na której dosyć nizko u dołu wykazać się daje pierścień skurczowy. Położenie płodu pierwsze czaszkowe główka nizko wciśnięta pod spojeniem łonowem. Pomiędzy udami rodzącej znajduje się guz wielkości dużej głowy dorosłego mężczyzny, wychodzący ze szeroko rozwartej szpary sromowej. Guz ten jest pokryty żywo czerwoną błoną śluzową, która tu i ówdzie doznała otarcia i jest w tych miejscach pokryta już to wilgotnymi szarymi nalotami, już to pergaminowo zaschłymi strupkami. Ta czerwona i zmacerowana błona śluzowa przechodzi u górnego bieguna guza wprost na zewnętrzne części rodne tak, iż zupełnie brak wpuklenia odpowiadającego pochwie, w któremby można palcem obejść dokoła guza u wejścia do pochwy. U dolnego bieguna tego guza i nieco ku tyłowi znajduje się ułożony we fałdy otwór, prowadzący w głąb i dający dosyć łatwe przejście dla całej ręki operatora. Wprowadzona ręka, kryje w tym guzie się aż powyżej nadgarstka, zanim końce palców dosięgną główki płodu. Guz ten jest zatem wynicowaną, wypadniętą i potwornie obrzmiałą pochwą. Główka płodu ułożona prawidłowo, wychyla się już poczęści z pod spojenia łonowego; gdyby nie obecność opisanego guza, utworzonego z pochwy, który tak niepomiernie przedłuża przewód rodny poza miednicą i poza zewnętrznemi częściami rodnemi, toby ta główka ukazywała się już na światło dzienne w sparze sromowej. Tymczasem jednakże ma przed sobą jeszcze drogę poprzez cały guz, którego najdłuższą średnicą przejść musi.

Poród należało prędko ukończyć, a że przewód pochwowy, biegący przez opisany guz, był dostatecznie szeroki, więc postanowiłem użyć kleszczy. Założenie kleszczy było dosyć trudnem, a to dlatego, iż trzeba było wsunąć je więcej niż do połowy trzonków, zanim koniec łyżki dosięgnął główki płodu. Oczywista więc rzecz, że wskutek tego ograniczoną została w znacznej mierze swoboda poruszeń i zwrotów i nie łatwo udawało się zwykłe początkowe ustawienie kleszczy trzonkiem do góry i opuszczanie go w miarę posuwania się łyżki po wypukłości główki. Wraz z kleszczami musiał i guz odbywać te wychylenia do góry, a w dalszym ciągu opuszczać się napowrót. Ażeby tę wypadniętą pochwę do pewnego stopnia uruchomić, uczynić ją podatniejszą i miękkszą, a nie tak silnie wskutek obrzmienia napiętą, zastosowałem oględne ugniatanie, jakby pewnego rodzaju mięsienie, podobne do tego, które tak dobre oddaje usługi przy odprowadzaniu n p uwięzniętych przepuklin. W ten sposób po krótkim czasie zyskałem rzeczywiście możność założenia kleszczy na główkę płodu.

Nastąpiła teraz druga część operacyi, t. j. wydobycie tej główki na zewnątrz. I ta część operacyi z powodu zmienionych warunków musiała się różnić od zwykłych pociągań kleszczowych. Tutaj bowiem nie mogło właściwie zależeć na sprowadzaniu główki przez pociąganie coraz niżej ku otworowi zewnętrznemu; a nawet takie pociąganie mogłoby stać się groźnem przez sprowadzenie pęknięcia lub wprost oderwania całej guzowato wypuklonej pochwy. Należało więc główkę wyprowadzoną poza obręb miednicy raczej unieruchamiać zapomocą kleszczy, a natomiast starać się do pewnego stopnia odnicować wypadniętą pochwę i obsuwać ją poza kleszcze, obejmujące i ustalające główkę. Wykonywało się to powoli, aby zbyt nagłem pociągnięciem nie przekroczyć granicy sprężystości tkanki i nie spowodować jej pęknięcia. W ten sposób po usiłowaniach, trwających 10—15 minut, wytoczono główkę na zewnątrz, a reszta płodu z łatwością natychmiast się wysunęła. Macica skurczyła się zupełnie i wypchnęła ze siebie łożysko, które utknęło w tym długim przewodzie wypadniętej pochwy i dopiero przez oględne pociąganie za sznurek pępowinowy zostało na zewnątrz wydalone. Po zakończeniu porodu zmniejszyło się obrzmienie guza, który też cokolwiek zmalał i pomarszczył się. Z łatwością teraz dawał się ten guz odprowadzić; ale że wejście do pochwy było przez długi czas tak bardzo rozciągnięte, iż brakowało mu potrzebnej elastyczności do należytego się zwarcia, więc tłocznia brzuszna natychmiast wypchnęła znowu pochwę na zewnątrz.

Przebieg i zakończenie choroby. Chora żyła po operacyi dni sześć, a sekcya zwłok wykazała galaretowato ropny nacick w tkance łącznej miednicy małej i taką samą wypocinę w jamie opłucnej i w płucach. Nie zamierzam nużyć czytelnika szczegółami choroby i sekcyi zwłok, gdyż to rzeczy samej nie zmienia; wystarczy zaznaczyć, że przyczyną śmierci była ropnica.

Jest to bardzo rzadki, a może nawet odosobniony przypadek, w którym tak znaczną przeszkodą porodową była sama pochwa, wypadnięta na zewnątrz i obrzmiała do potwornych rozmiarów.

W dotychczasowej mojej praktyce czegoś podobnego nie spotkałem a lekarze, z którymi opisany przypadek omawiałem, także zgodnie przyznają, że z tego rodzaju przeszkodą nigdy się nie spotkali. Że przypadki takie należą do niezmiernych rzadkości, dowodzi nadto studyum odnośnego piśmiennictwa. W podręcznikach Brauna, Ahlfelda, Martina, Schauty, Schrödera i Winckla, opisujących mniej lub więcej dokładnie wypadnięcie macicy podczas ciąży i porodu, nie ma wzmianki o wypadnięciu samej pochwy w tych rozmiarach, jak to miało miejsce w moim przypadku. Jedynie Späth[1]) wspomina pobieżnie że kawałek wypadający już podczas ciąży pochwy może uwięznąć podczas porodu pomiędzy główką a spojeniem, przyczem obrzmiewa, staje się sinym i przedstawia guz, który może stanowić przeszkodę porodową.

Wogóle zauważyć można, że autorowie, zajmujący się tą sprawą, mówią o wypadnięciu pochwy najczęściej przy sposobności opisywaniu przypadków wypadnięcia macicy, prac zaś odnoszących się do samego wynicowania pochwy, jak to miało miejsce w naszym przypadku, znajdujemy bardzo niewiele. Jedynie w pracy pani Hopfenstand z kliniki berneńskiej „O wypadnięciu pochwy i macicy w ciąży, podczas porodu i w połogu“ znajdujemy osobne zestawienie przypadków wynicowania pochwy. Autorka przytacza (w r. 1892) 18 takich przypadków, opisanych prze-

[1]) „Bei der Geburt bleibt nicht selten eine prolabirte Scheidenfalte entweder im vorderen oder hinterem Umfange der Vulva vorgelagert und kann namentlich vorn zwischen Kopf und Schoossbogen so eingeklemmt werden, dass sie ödematös anschwillt und von Hyperämie und Blutextravasaten dunkelblau gefärbt, eine grosse Geschwulst darstellt, die sogar das Vorrücken des Kopfes zu hindern vermag und das Mittelfleisch in Gefahr bringt“.

ważnie bardzo niedokładnie Chodzi tu najczęściej o nieznaczne wypadnięcie przedniej lub tylnej ściany pochwy, które tylko w 2 przypadkach stanowiły nieznaczną przeszkodę porodową w innych nie utrudniały w niczem porodu. Ale i w tych dwóch przypadkach wypadnięcie było bardzo nieznaczne tak, że przypadki te w niczem nie przypominają powyżej przezemnie opisanego. W jednym z nich nastąpiło przedarcie pochwy i śmierć z zakażenia, po trudnej ekstrakcyi płodu w położeniu miednicowem; w drugim poród odbył się siłami natury, choć był nieco utrudniony.

Tak więc przypadek przezemnie opisany stanowi *unicum*. Niewątpliwą jest rzeczą, że w tym przypadku istniało i istnieć musiało usposobienie do opisanego powikłania porodu jeszcze z czasów przed ostatniem zastąpieniem w ciążę, a to w postaci zbyt szerokiego wejścia do pochwy wskutek pękniętego międzykrocza. Takie jednak usposobienie samo przez się nie wystarcza do wytłómaczenia.

Kobiety z pękniętem i niezeszytem międzykroczem wcale do rzadkości nienależą. Bardzo często spotyka się pacyentki, które z tego powodu lata całe cierpią na usunięcie się ku dołowi narządu rodnego, a wówczas stosownie do okoliczności mniejszy lub większy odcinek tego narządu opada na zewnątrz. Jeżeli kobieta taka zajdzie w ciążę, to zazwyczaj część opadnięta cofa się w górę i znika na czas ciąży, kiedy macica wzrośnie do tego stopnia, iż dla swojego zwiększonego rozmiaru musi dźwignąć się ponad miednicę małą. Także i poród przebiega w takich razach prawidłowo, to znaczy, że owo nawykowe opadnięcie pochwy podczas porodu również jakby nie istniało.

Jeżeli więc wyżej opisany poród nie miał tego przeciętnego przebiegu, a przeciwnie utworzyła się tak znaczna przeszkoda z samejże opadniętej pochwy podczas porodu, to z konieczności obwiniać o to muszę owo wielokrotne wsuwanie i wysuwanie do przewodu rodnego ręki osoby trzeciej, która działać musiała zupełnie bez znajomości rzeczy. Notoryczną jest rzeczą, że niektórzy w celu uwolnienia się ze służby wojskowej sprowadzają sobie w sztuczny sposób opadnięcie kiszki stolcowej, a to zapomocą wsuwania do kiszki kamienia uwiązanego na sznurku i następowego pociągania za ten sznurek. Wówczas to kamień wyciągnięty wyprowadza wraz z sobą i błonę śluzową kiszki stolcowej na zewnątrz Zupełnie tak samo powstać musiało i tu w ciągu porodu wynicowanie ścian pochwy. Rolę wyciąganego kamienia odegrała tu ręka rzekomej położnej. Błona śluzowa pochwy, przylegając i czepiając się ręki, wysmykała się wraz z nią na zewnątrz. Być może także, że ta nieszczęsna operatorka, widząc jakieś ciało czerwone, wypuklające się ze szpary sromowej, brała je za część płodu i wprost chwytała je w palce lub całą garścią i wyciągała na zewnątrz. W ten sposób wyprowadzona pochwa ze swojego dotychczasowego położenia, opadnięta i wynicowana, musiała gwałtownie obrzmieć, bo zmieniły się warunki krążenia. Wraz z wywiniętą pochwą uległy zagięciu i żyły, a wskutek tego odpływ krwi z części opadniętej doznał nagłego utrudnienia, wytworzyły się analogiczne warunki, jakie powodują tak wielkie obrzmienie napletka przy powstaniu załupka. Jeżeli w tych warunkach tkanka napletka tak potwornie obrzmiewa, to nie ma się co dziwić, iż uwięznięta pochwa dosięgła rozmiarów głowy dorosłego człowieka, boć jest to narząd ulegający w ciąży znacznemu przerostowi, bardzo unaczyniony, pulchny i soczysty.

Sądzę więc, że opisane opadnięcie pochwy zostało wywołane czynnie przez osobę trzecią. Gdyby nie owe rzekomo operacyjne zabiegi, dokonywane ręką w narządzie rodnym, toby do opadnięcia pochwy nie przyszło, mimo że rodząca cierpiała od dawna na nawykowe opadanie tego narządu. Z drugiej strony nawykowe opadanie pochwy musi być uważane za przyczyną usposabiającą, a to w tem znaczeniu, że nawet najbrutalniejsze rękoczyny raczej wszystko inne spowodować mogły, tylko nie opadnięcie pochwy, gdyby przedsięwzięte był na osobie z prawidłowo wązkiem wejściem do pochwy.

Zachodzi jeszcze pytanie, jaki wpływ na przebieg połogu miałoby opisane opadnięcie pochwy, gdyby śmierć nie była nastąpiła wskutek zakażenia ropnego? Nawiasem tu wspominam, że przypadek opisany stał się przedmiotem sądowokarnych dochodzeń przeciw winowajczyni. Śmierć z ropnicy uprościła znacznie orzeczenie sądowo-lekarskie. Zakażenie ropne, stwierdzone przez sekcyę zwłok, bezsprzecznie przypisać należało tej samej winowajczyni; a wobec tego na drugi plan zeszło określenie i skwalifikowanie sądowo-lekarskie szkody na zdrowiu, jakiem było opadnięcie pochwy samo w sobie. Pomijając jednak śmiertelne zakażenie krwi, można było spodziewać się po rozwiązaniu wyleczenia, a nawet powrotu mniej więcej do stanu, jaki istniał przed ostatnią ciążą. Jak po odprowadzeniu uwięznięlej przepukliny wraca wszystko niebawem do stanu prawidłowego, tak też skłonny jestem przypuścić, że po rozwiązaniu zwijanie się narządu rodnego odbyłoby się zwyczajnym torem, lub przynajmniej nie daleko od zwyczajnego odbiegającym. Żałować tylko wypada, że śmierć nie dozwoliła na spostrzeganie połogu aż do jego naturalnego końca.

Jeżeli rzadkością jest opisane opadnięcie pochwy, to nie zbyt częstem, aczkolwiek niewątpliwie częstszem jest opadnięcie macicy podczas porodu. Wypadek taki przed laty zdarzył się w mojej prywatnej praktyce; sądzę, nie od rzeczy będzie, gdy go tu pokrótce w głównych zarysach opiszę.

Do rodzącej izraelitki zostałem wezwany przez egzaminowaną położnę i to w miejscu mojego zamieszkania. Wypadek więc wcale nie był zaniedbany lub zadługo się przeciągający.

Przez szparę sromową przerżnęła się już główka swoją największą objętością, ale ta główka była pokryta macicą, której ujście zaledwie na koronę się otworzyło. Rodząca była nędzną handlarką, cierpiącą od dawna na zupełne opadnięcie macicy do tego stopnia, iż pomiędzy udami zwisająca macica nabrała powłoki twardej podeszwowatej. Wargi maciczne były stwardniałe, modzelowate i zbliznowaciałe. Nic więc dziwnego, że maciczne ujście wytworzone z takiej zbitej tkaniny, nie mogło się w czasie porodu rozstąpić i otworzyć. Gdy się zważy, że szpara sromowa była szeroka i nie dawała dostatecznego oporu dla silnego napierania, jakie tłocznia brzuszna wśród porodu wywiera, wówczas łatwo się pojmie, iż spychana na dół macica, nie mogąc się otworzyć i przepuścić główki, sama wraz z poprzedzającą w niej główką, ukazała się w szparze. Trudno przewidzieć, do jakiego stopnia doszłoby to opadnięcie macicy, gdyby odpowiednia pomoc opaźniała się, n. p. przez 2 lub 3 doby, t. j. tak długo, jak to nieraz na wsi zwlekają ze sprowadzeniem

pomocy lekarskiej. W szczególności trudno się spierać, czy zupełne opadnięcie ciężarnej a raczej rodzącej macicy byłoby możebne lub nie. Dotychczas opadnięcie całej macicy wraz z donoszonym płodem uważa się za wytwór wyobraźni. Odkąd przypadek w mowie będący osobiście widziałem, nie śmiałbym *à priori* przeczyć możliwości takiego zdarzenia.

Poradziłem tu w łatwy sposób: dwoma czy trzema cięciami nożyczek rozszerzyłem dostatecznie ujście maciczne i założyłem kleszcze. O dalszych szczegółach nie mam nic uwagi godnego do zauważenia.

Przypadków opadnięcia macicy podczas ciąży i porodu opisano znacznie więcej, niż przypadków przeszkód porodowych z powodu wynicowania pochwy. Pani Hopfenstand przytacza ich 26, a Franke w pracy z r. 1892 zebrał ich 124. Liczba to nieduża, jeśli się uwzględni, że cierpienie to poza ciążą jest tak niezmiernie częste.

I znowu zachodzi pytanie, dlaczego tak rzadko zdarza się opadnięcie macicy wraz z płodem podczas porodu, mimo, że wiele kobiet cierpi na opadnięcie macicy jeszcze przed zastąpieniem w ciążę; i wszystkie one w mniejszym lub większym stopniu mają preformowaną szeroką drogę przez pęknięte międzykrocze. Jeżeli w pierwszym opisanym przypadku czynne a nieumiejętne działanie osoby trzeciej stało się powodem opadnięcia pochwy, to tu u tej handlarki nikt o czynne sprowadzenie opadnięcia macicy posądzonym być nie może. Macica opadła samoistnie, t. j. jedynie pod wpływem działających przy porodzie sił przyrody. Dlaczegóż więc nie dzieje się to częściej w podobnych przypadkach? Na to zdaje mi się jest tylko jedno wytłómaczenie, a mianowicie, iż zapłodnienie prawie nigdy nie ma miejsca tam, gdzie opadnięcie macicy dosięgło najwyższych stopni. Póki część opadnięta jest jeszcze miękka, nie duża, łatwo się daje odprowadzić przynajmniej leżąco w łóżku, póki owrzodzenie i zbliznowacenie ujścia nie jest znaczne, póty zapłodnienie w tych razach do skutku dojść może. Atoli w tych razach nie ma jeszcze warunków dostatecznych, aby podczas porodu do opadnięcia macicy przyjść miało. Ani zbitość tkanki nie jest tak znaczna, aby się stała nieprzezwyciężonym oporem dla rozwarcia się ujścia, ani ruchomość macicy, ani, co najważniejsza, szerokość wejścia do pochwy nie dosięgły tu ostatecznych granic. Inna rzecz, gdy nawykowo opadająca macica wyciągnie za sobą i pochwę na zewnątrz; wtedy razem tworzą ciało duże i grube, które, jakby trzecie udo pomiędzy nogami się plącze. Tu brak wszelkiej podpory ze strony międzykrocza, a wnętrzności mają bardzo szeroką bramę, którą mogą być wyparte na zewnątrz. Gdy w tych warunkach przychodzi do porodu, to dziwić nie można, że macica rzeczywiście opada częściowo, a jednocześnie istnieje groźba, iż całkowicie opadnąć może. Jeżeli co w tych warunkach zadziwia, to okoliczność, iż kobieta taka mogła zostać zapłodnioną. Już samo spółkowanie jest nietylko nie ponętne dla mężczyzny, ale nadto w sposób naturalny niemal nie wykonalne, przypuściwszy nawet, że przedtem macicę odprowadzono do środka. Dalej potrzeba jakiegoś szczególniejszego zdarzenia, ażeby nasienie dostało się aż tam, gdzie należy, bo wpuszczone ono zostało w istną jamę skórzastą, obszerną, zatokowatą, a prócz tego ujście maciczne jest z konieczności w tych razach prawie że nie przepuszczalne dla nasienia, bo bywa owrzodziałe, zapuchnięte, stwardniałe. Sądzę więc, że położnik dlatego tak rzadko spotyka się z opadnięciem macicy podczas porodu, gdyż kobiety, które miałyby potrzebne do tego warunki, bywają zazwyczaj już niepłodne.

III. Uwagi nad powstawaniem chorób zakaźnych.

Napisał
Dr. Adam Wrzosek.

(Podług wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem na posiedzeniu dnia 2 grudnia 1903 r.)

(Dokończenie.)

Z kolei rozpatrzeć należy własne doświadczenia Behringa, z których on wysnuwa swą teoryę. Behring wraz z Muchem karmił jadowitemi laseczników wąglika, niezawierającymi zarodników, świnki morskie dorosłe i młode, mające najwyżej dni siedem. Pomimo jednakowego sposobu karmienia młode zwierzęta padały, a stare pozostawały zdrowe. Gdy natomiast Behring karmił nowonarodzone świnki morskie osłabionymi lasecznikami wąglika, to zwierzęta nie padały, pomimo, iż we krwi ich można było stwierdzić laseczniki wąglika. Stąd wysnuwa Behring wniosek, że przewód pokarmowy młodych świnek morskich przepuszcza drobnoustroje, gdy przewód pokarmowy świnek dorosłych własności tej nie posiada. Lecz z doświadczeń Behringa nie tylko ten wniosek wysnuć można, lecz także i inny, mianowicie, że nowonarodzone świnki morskie są wrażliwsze na zakażenie wąglikiem, niż starsze. Drugi wniosek wydaje mi się nawet więcej uzasadnionym, a to z powodów następujących:

Po pierwsze wiadomo, że zwierzęta stare mogą być odporne na zakażenie wąglikiem, gdy młode są wrażliwe na to zakażenie. Tak jest np. u psów (Straus) ([49]). Zauważono również, że młode świnki morskie są wrażliwsze na zakażenie lasecznikami nosacizny i przecinkowcami cholery, niż świnki morskie starsze ([16]). Według Behringa i Nissena ([28]) młode szczury białe wrażliwsze są na zakażenie wąglikiem, niż stare. Czaplewski ([28]) podaje, że także młode gołębie w znacznym stopniu wrażliwsze są od starych na zakażenie wąglikiem.

Powtóre doświadczenia Nikolskiego ([51]), wykonane w pracowni Miecznikowa, przemawiają za tem, że u zwierząt dorosłych: białych myszy, białych i szarych szczurów, świnek morskich i królików można wywołać chorobę, podając zwierzętom z jadłem zarodniki laseczników wąglikowych. Nikolski, badając gruczoły krezkowe karmionych w ten sposób zwierząt, znajdował w nich laseczniki wąglikowe.

Zresztą już przed Nikolskim Koch wraz z Gaffkym i Löfflerem ([20]) wykazali, że laseczniki wąglikowe mogą przechodzić do krwi przez nieuszkodzoną błonę śluzową jelit.

Po trzecie, jeszcze w roku 1877 wykazał Pasteur ([49]), że obecność innych drobnoustrojów niekorzystnie wpływa na laseczniki wąglikowe. Pasteur zauważył mianowicie, że jeśli wstrzykiwać zwierzętom laseczniki wąglikowe razem z innymi, zupełnie nieszkodliwymi drobnoustrojami, to zwierzęta pozostają przy zdrowiu. Być może przeto, iż laseczniki wąglikowe daleko prędzej giną w przewodzie pokarmowym

zwierząt dorosłych, niż noworodków, gdyż zawiera on daleko więcej rozmaitych drobnoustrojów, niż przewód pokarmowy noworodków.

Tyle o tej seryi doświadczeń Behringa.

Natomiast druga serya doświadczeń, wykonana przez Behringa wraz z kilku współpracownikami (Römer, Much, Kovacs) raczej przemawia przeciw jego teoryi, niż za nią. W tej seryi karmił Behring świnki morskie jednakowemi dawkami zarazków gruźliczych. Po jednorazowem nakarmieniu zapadały na gruźlicę świnki morskie tylko nowonarodzone, lub mające kilka dni. Lecz, gdy dawano większe dawki, zdarzało się, że i starsze zwierzęta również zapadały na gruźlicę, zwłaszcza, gdy dawano bardzo jadowite zarazki. Tu już dwóch zdań być nie może. Z doświadczeń tych widocznem jest, że błona śluzowa przewodu pokarmowego tak świnek nowonarodzonych, jakoteż starszych, przepuszcza zarazki gruźlicze, lecz że świnki starsze są odporniejsze na zakażenie. Zresztą dawno przed Behringiem wykazali: Wesener, Klebs, Cornet, Orth([48]) Dobroklonski ([20]), Fischel ([34]) i inni, że zarazki gruźlicze mogą przechodzić przez nieuszkodzoną błonę śluzową przewodu pokarmowego. Dobroklonski w skrawkach z jelita zauważył zarazki gruźlicze w kosmkach bądźto na pewnej odległości od warstwy nabłonkowej, bądźto tuż pod tą warstwą; czasem znajdowały się one między komórkami nabłonka, przyczem część zarazka wystawała do światła jelita. W samej warstwie nabłonkowej znajdował Dobroklonski zarazki gruźlicze bardzo rzadko, mimo, iż przejrzał setki preparatów; były one albo wolne, albo wewnątrz leukocytów. Dobroklonski podnosi ze szczególnym naciskiem, że warstwa nabłonkowa błony śluzowej jelit nie przedstawiała zgoła żadnych zmian patologicznych, nie wyłączając miejsc, w których zarazki znajdowały się w kosmkach tuż pod tą warstwą.

Z powyższych uwag łatwo osądzić można, że podstawy, na których oparł Behring swoją teoryę, niezupełnie mogą się ostać w świetle krytyki. Na poparcie swej teoryi nie przytoczył Behring ani jednego faktu, który przemawiałby bezsprzecznie za nią. Nie dowiódł również Behring swego twierdzenia, że zarazki gruźlicze mogą przebywać w ustroju dziesiątki lat, nie wywołując widocznej gruźlicy.

Dodać należy, że już dawno Weigert ([66]), opierając się na badaniach anatomiczno-patologicznych, wskazywał na przewód pokarmowy małych dzieci, jako na wrota zakażenia gruźlicą. Zdaniem Cohnheima ([20]) przewód pokarmowy dzieci jest nawet najczęstszemi wrotami zakażenia gruźliczego. Muszę również zaznaczyć, że wprowadzając drobnoustroje niejadowite do przewodu pokarmowego zwierząt nietylko dorosłych, ale i nowonarodzonych szczeniąt, oraz kociąt, przyszedłem do wniosku, iż błona śluzowa przewodu pokarmowego tak starych, jak i młodych zwierząt w równej mierze przepuszcza drobnoustroje. Zdaje mi się, że inne tłómaczenie, nie różniące się zasadniczo ani od teoryi Behringa, ani od teoryi Manfrediego, może objaśnić sposób powstawania niektórych przynajmniej chorób zakaźnych.

Ustrój zwierząt wyższych, a zapewne i człowieka, tak w pierwszych okresach życia, jak i później, narażony jest na bezprzestanne zakażanie się. Jedną z bram, być może najważniejszą, wnikania drobnoustrojów w głąb tkanek jest przewód pokarmowy, dzięki własności błony śluzowej przepuszczania ich w warunkach prawidłowych. Ponieważ jama ustna i cały wogóle przewód pokarmowy zwierząt, żyjących w naszej strefie*) zawiera stale obok roztoczy i drobnoustroje jadowite, przeto i te ostatnie mają sposobność wnikania w głąb organizmu. Drobnoustroje z przewodu pokarmowego przechodzą do naczyń mleczowych, a stąd do gruczołów krezkowych. Tu część ich zostaje zatrzymana, część wędruje dalej do limfy przewodu piersiowego, z nią do żyły bezimiennej, do prawej połowy serca i do płuc. W płucach znów część drobnoustrojów osiada, pozostałe wędrują do lewej połowy serca, a stąd z krwią tętniczą wędrują do rozmaitych tkanek, w których ostatecznie osiadają. Tutaj rozstrzyga się ich los. Mogą one przebywać w narządach przez krótszy lub dłuższy czas, poczem zwykle, nie znajdując odpowiedniego podłoża do życia i rozmnażania się, giną. Ale gdy znajdą odpowiedni grunt do dalszego rozwoju, czyto wskutek wrodzonego osłabienia ustroju, czyto wskutek nabytego, wtedy zaczynają się szybko rozmnażać i wywołują chorobę. Rzecz godna zaznaczenia, że nawet nieszkodliwe drobnoustroje w warunkach prawidłowych, jak n. p. prątek okrężniczy, stale znajdujący się w kiszkach ludzi i zwierząt, przy zmianach chorobowych w jelicie nie tylko może nadmiernie się rozmnażać, ale co ważniejsza, może się zwiększyć jego jadowitość, jak to wykazał prof. Klecki, i w tych warunkach nieraz może wywołać zapalenie otrzewnej lub wyrostka robaczkowego. Wszystkie przeto czynniki, szkodliwie wpływające na cały ustrój lub na niektóre jego części, znakomicie przyczynić się mogą do wywołania choroby zakaźnej, a takimi czynnikami są złe warunki higieniczne (gruźlica), głód (dur głodowy), przeziębienie (zapalenie płuc), uraz (ostre zapalenie szpiku kostnego) i t. p. Przypuszczenie fizyologicznego zakażania i utajonego życia drobnoustrojów nietylko w gruczołach chłonnych (Manfredi), ale i w innych tkankach ustroju, daje nam odpowiedź, w jaki sposób mogą powstawać takie choroby zakaźne, jak ropień mózgu i ostre zapalenie szpiku kostnego po urazie; w jej świetle stają się zrozumiałe dla nas takie przypadki chorobowe, jak pierwotna gruźlica nerek, urazowe powstawanie gruźlicy kości, stawów i jąder; ropnie wątroby, śledziony i nerek; ropne zapalenie opon mózgowych wskutek długiego działania promieni słonecznych na głowę (Bornhaupt); zropienie krwisteku zamacicznego i t. p. sprawy chorobowe.

Badania, o których na początku tej pracy była mowa, wykonane w krakowskim Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej prof. Kleckiego, rzucają pewne światło na zagadkowe powstawanie rzeczonych spraw zakaźnych. Badań tych nie można uważać za zakończone, albowiem powstaje cały szereg pytań, dotychczas nie rozwiązanych w należytej mierze: czy tylko przewód pokarmowy stanowi wrota fizyologicznego zakażania? jaką płuca odgrywają rolę w fizyologicznem zakażaniu? czy drobnoustroje po przejściu z przewodu pokarmowego do tkanek nie zmieniają swej jadowi-

*) Levin ([42]), badając bakteryologicznie treść przewodu pokarmowego wielu zwierząt (białych niedźwiedzi, fok, rekinów i t. d.) w krajach podbiegunowych, doszedł do wniosku, iż u większej części zwierząt treść kiszek była zupełnie jałowa. Tylko u niektórych zwierząt można było wyhodować z jelit jeden gatunek drobnoustrojów, podobnych do prątka okrężniczego.

tości? czy w tkankach znajdują się beztlenowce? w jakiej liczbie? jakie gatunki?... i wiele innych pytań. Słowem, dotychczasowe badania stanowią dopiero wstęp do dalszej pracy w tym kierunku.

Piśmiennictwo *). [1]) Baumgarten: 1) Beiträge zur Lehre von der natürlichen Immunität. Berlin. kl. Woch. 1899. Nr. 41. [2]) 2) Zur Lehre von den natürlichen Schutzmitteln des Organismus gegenüber Infectionen. Berliner klin. Woch. 1900. N. 7—9. [3]) 3) Der gegenwärtige Stand der Bacteriologie. Berl. klin. Woch Nr. 27—28. — [4]) Behring: 1) Tuberkulosebekämpfung. Berliner klin. Woch. 1903. Nr. 11. [5]) 2) Ueber die Artgleichheit der vom Menschen und der vom Rinde stammenden Tuberkelbazillen und über Tuberkulose-Immunisierung von Rindern. Wiener klin. Woch. 1903. Nr. 12. [6]) 3) Ueber Lungenschwindsuchtentstehung u. Tuberkulosebekämpfung. Deut. med. Woch. 1903. Nr. 39. — [7]) Biedl und Kraus: 1) Ueber die Ausscheidung der Microorganismen durch die Niere. Arch. f. exper. Pathologie u. Pharm. XXXVII. Bd. 1895. [8]) 2) Ueber die Ausscheidung der Microorganismen durch drüsige Organe. Zeitschr. f. Higiene. Bd. XXVI. 1897. — [9]) Bordet et Gengou: Recherches sur la coagulation du sang et les sérums anticoagulants. Annal. de l'Instit. Pasteur. 1901. — [10]) Browicz: O śródnaczyniowych komórkach we włoskowatych, krwionośnych naczyniach zrazików wątroby. Rozpr. Akad. Umiej Wydz. mat.-przyr Serya II. T. XVII. 1900. — [11]) Buchner u. Voit: Ueber den bacterientödtenden Einfluss des Blutes. Arch. f. Higiene. 1900. Bd. X — [12]) Buchner u. Sittmann: Welchen Bestandtheil len des Blutes ist die bacterientödtende Wirkung zuzuschreiben? Archiv. f. Higiene 1900. Bd. X. — [13]) Buchner u. Orthenberger: Versuche über die Natur der bacterientödtenden Substanz im Serum. Arch f. Higiene. 1890. Bd. X. — [14]) Bujwid: Cukier gronowy, jako podnieta ropienia w obecności staphyl. aurei. Przegląd lekarski 1888 — [15]) Carrière et Vanverts: Études sur les lésions produites par la ligature expérimentale de vaisseaux de la rate. Archives de méd. expér. 1899 — [16]) Charrin: L'infection. Traité de pathologie génér. publié par Bouchard. T. II. Paris. 1896. — [17]) Ciechanowski: W sprawie wrót zakażenia gruźliczego. Nowiny lekarskie. 1904. N. 1. — [18]) Cotton: Ein Beitrag zur Frage der Ausscheidung von Bakterien durch den Thierkörper. Aus d. Sitzungsberichten d. k. Akademie der Wissensch. in Wien. Math.-naturw. Classe Bd. CV. Abth. III. 1896. — [19]) Disse: Untersuchungen über die Durchgängigkeit der jugendlichen Magen-Darmwand f. Tuberkelbacillen. Berl. klin. Woch. 1903. N. 1. — [20]) Dobroklonski: De la pénétration des bacilles tuberculeux dans l'organisme à travers la muqueuse de l'intestin. Archives des médecine expér. 1890. T. II. — [21]) Ernst: Die Frühjahrsseuche der Frösche und ihre Abhängigkeit von Temperatureinflüssen. Zieglers Beiträge. Bd. VIII. 1890. — [22]) Fodor: Bacterien im Blute lebender Thiere. Arch. f. Higien. Bd. IV. 1886. — [23]) Ford: On the Bacteriology of Normal Organs. Journal of Hig. 1900. Vol. I. — [24]) Fütterer: Wie bald gelangen Bacterien, welche in die Portalvene eingedrungen sind in den grossen Kreislauf u. wann beginnt ihre Ausscheidung durch die Leber u. die Nieren. Berl. klin. Woch. 1899. N. 3. — [25]) Gengou: Contribution à l'étude de l'origine de l'alexine des sérums normaux. Annal de l'Inst. Pasteur. 1901 — [26]) Gmelin: Untersuchungen über die Magenverdauung neugeborener Hunde. Pflüger's Archiv. f. Physiologie. Bd. 90. 1902. — [27]) Goldberg: K woprosu o sudbie baktierij w organizmie żywotnych. Petersburg 1900. — [28]) Günther: Wstęp do nauki bakteryologii. Przekład Żurakowskiego. Warszawa 1902. [29]) Hess: Untersuchungen zur Phagocytenlehre. Virchows Archiv. 1887. Bd. 109. — [30]) Hoyer: Zasadnicze pojęcia naukowe w świetle krytyki poznania. Krytyka lekarska 1897. — [31]) Hüppe: 1) Ueber die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten und deren Beziehungen zum Causalproblem und zur Energetik. Berlin 1893. [32]) 2) Naturwissenschaftliche Einführung in die Bacteriologie. Wiesbaden 1896 — [33]) Janowski: Przyczyny powstawania ropienia w świetle pojęć współczesnych. Przegląd chirurg. 1894. — [34]) Kimla: Nová theorie Behringova o spůsobu propagace tuberkulosy a Behringova osnova na racionelni jeji potřeni Časopis lek. česk. 1903. N. 43—44. — [35]) Klecki K.: 1) O zapaleniu otrzewny w cierpieniach przewodu pokarmowego. Kraków 1895. [36]) 2) Ueber die Ausscheidung von Bacterien durch die Nieren und Beeinflussung dieses Processes durch die Diurese. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. 37. 1897. [37]) 3) Contribution à la pathogénie de l'appendicite. Annal. de l'Inst. Past. 1899. — [38]) Koch: Ueber bacteriologische Forschung. Berlin 1890. — [39]) Kossowski: K woprosu o wydielenii poczkami mikroorganizmow i żirowych emulsij. Petersburg 1897 — [40]) Kostanecki: Wpływ bakteryobójczy surowic normalnych różnych zwierząt. Medycyna. 1900. Nr. 22. — [41]) Lannelongue: Statistique microbienne de l'ostéom. aigue. Revue de chirurg. 1895. — [42]) Levin: Les microbes dans les régions arctiques. Annal. de l'Inst. Past. 1899. — [43]) Lubarsch: Infectionswege u. Krankheitsdisposition. Lubarschs-Orstertags Ergebnisse. 1896. — [44]) Manfredi: Ueber die Bedeutung des Lymphgangliensystems f. die moderne Lehre von der Infection u. der Immunität. Virchows Archiv. 1896. Bd. 155. — [45]) Martius: 1) Pathogenese innerer Krankheiten. Infectionskrankheiten und Autointoxicationen. Wien-Leipzig. 1899. [46]) 2) Pathogenetische Grundanschauungen. Berl. klin. Woch. 1900. Nr. 20 — [47]) Meltzer and Norris: The Bactericidal Action of Lymph taken from the Thoracic Duct of the Dog. The Journal of experim. medicine. II Vol. 1897. — [48]) Mélin: Note sur l'élimination des bactéries par les reins et le foie. Annal. de l'Inst. Pasteur. 1900. — [49]) Metchnikoff: L'Immunité dans les maladies infectieuses. Paris 1901. — [50]) Nencki M.: O zadaniach biologicznej chemii. Przegl. Lek.. 1900. — [51]) Nikolsky: Charbon chez les animaux nourris avec leurs aliments habituels mélés de spores charbonneuses. Annal. de l'Inst. Pasteur, 1900. — [52]) Noetzel: Experimentelle Studie zur Frage der Ausscheidung von Bakterien aus dem Körper. Wiener klin. Wochenschr. 1903. Nr. 37 — [53]) Nuttal: Experimente über den bakterienfeindl. Einfluss d. thierischen Körpers. Zeitschrift für Hygien. 1888. Bd. IV. — [54]) Opitz: Beiträge zur Frage der Durchgängigkeit von Darm und Nieren für Bacterien. Zeitschs. f. Hyg. 1898. Bd. XXIX. — [55]) Pawlowsky: Zur Frage der Infection und der Immunität. Zeitschrift für Hyg. 1900. Bd. XXXIII. — [56]) Pettersson: Ueber die bactericide Wirkung von Blutserum und Blutplasma. Arch. f. Hyg. 1902. Bd. XLIII. — [57]) Pruszyński: Przegląd prac profesora Nenckiego i jego uczniów, dotyczących bakteryologii. Gazeta Lek. 1897. — [58]) Ribbert: Die Schicksale der Osteomyelitiskokken im Organismus. Berliner klin. Wochenschr. 1884. Nr. 51. — [59]) Rogoziński: O fizyologicznej resorbcyi bakteryi z jelita. Rozprawy Wydz. mat.-przyr. Akad. Umiejęt. Serya B. Tom XLII. 1902. — [60]) Rzegociński: Badania bakteryologiczne nad szpikiem kostnym zwierząt normalnych. Polsk. Archiw. nauk. biol. i lek. T. II. 1902. — [61]) Simanowska: O soku żołądkowym i pepsynie u psów. Gazeta Lekarska. 1893. — [62]) Śniadecki Jęd.: O wyziewach jadowitych i zarazach. Pamiętnik Tow. Lekarskiego Warszawsk. 1837. — [63]) Stern: Trauma als Krankheitsursache. Lubarsch's-Ostertag's Ergebnisse. 1897. — [64]) Virchov R.: 1) Krankheitswesen und Krankheitsursachen. Virchov's Archiv. 1880. Bd. 79. [65]) 2) Traumaticismus und Infection. Virchov's Archiv. 1900. Bd. 162. — [66]) Weigert: Bemerkung zu v. Behrings Vortrag. Ueber Lungenschwindsuchenstehung und Tuberkulosebekämpfung. Deutsche med. Wochensch. 1903. Nr. 41. — [67]) Wrzosek: 1) W sprawie jałowości tkanek prawidłowych. Przegl. lekar. 1902. [68]) 2) O przechodzeniu drobnoustrojów w warunkach prawidłowych z przewodu pokarmowego do narządów wewnętrznych. Polskie Archiwum nauk biol. i lek. T. II. 1903. [69]) 3) Recherches sur les voies de passage des microbes du tube digestif dans les organs internes à l'état normal. Extrait du Bulletin de l'Academie des sciences de Cracovie. Novembre 1903. — [70]) Wysokowicz: Ueber die Schicksale der ins Blut injicirten Microorganismen im Körper der Warmblüter. Zeitsch. f. Hyg. 1886. Bd. I.

*) Zupełny wykaz piśmiennictwa, dotyczącego powstawania chorób zakaźnych, zająłby zbyt wiele miejsca. Ograniczam się przeto do podania ważniejszych źródeł, z których czerpałem materyał do pracy niniejszej.

IV. Oceny i sprawozdania.

Hopf Ludwig: **Die Anfänge der Anatomie bei den alten Kulturvölkern.** J. U. Kern's Verlag (Max Müller). Breslau 1904, str. VII—126.

Autor dzieła, które dziś mamy przed sobą, nie zamierzył przeglądnąć i zbadać cały materyał źródłowy, o ile on się przechował aż do naszych czasów w muzeach, dziełach starożytnych, lub pod postacią wotów w świątyniach

pogańskich, lecz starał się zebrać wiadomości z tego zakresu, podane przez rozmaitych badaczy, rozsypane po licznych czasopismach lub obszernych dziełach historyczno-lekarskich. To też nie znajdujemy w omawianej jego książce całego tego aparatu źródłowego i ciężaru przytoczeń, które tak bardzo utrudniają czytanie dzieł historycznych osobom mniej się zajmującym historyą. H. podaje jedynie ostateczne wyniki badań innych uczonych, ułatwiając w ten sposób zapoznanie się z treścią dzieła swojego nawet lekarzom, stojącym zdala od studyów historycznych.

Autor podzielił treść swojej książki na dwie części, w których poucza o wysnuwaniu wniosków anatomicznych z donaryów, przechowywanych po muzeach, a naśladujących rozmaitę części ciała ludzkiego lub zwierzęcego, z ofiar składanych bóstwom u rozmaitych ludów starożytnych ze zwierząt, ze sposobu ich przyrządzania i przechodzi do czasów historycznych, podając krótki rys początków anatomii w dzisiejszem jej rozumieniu. Stara się po krótce zapoznać czytelnika z dawniejszemi wiadomościami anatomicznemi starożytnych indyan, egipcyan, dawnych filozofów greckich, Hipokratesa i jego szkoły, szkoły aleksandryjskiej, dogmatyków, metodyków, pneumatyków i eklektyków, Celsusa, Galena, okresu bizantyńskiego, arabów, wieków średnich, a przedewszystkiem szkoły salernitańskiej, scholastyków i akademii w Montpelier, doprowadzając swój rys aż do r. 1543, t. j. do czasu pojawienia się *„de corporis humani fabrica libri septem.“*

Dzieło Hopfa nie zawiera wprawdzie dużo poglądów nowych lub oryginalnych, lecz zestawiając w bardzo przystępny sposób poszukiwania Oetelego, Töplyego, Fuchsa, Blocha, Pagla i innych, stanowi dobry podręcznik i zasługuje na bliższe zapoznanie się z niem.

Dr. Lachs.

V. Wyciągi.

Szenes. **Uwagi krytyczne o operacyjnem leczeniu chorób usznych.** (*Ungar. med. Presse*, Nr. 26, 1903). Autor dzieli wszystkie zabiegi, stosowane obecnie w otochirurgii, na dwa główne działy: do pierwszego zalicza operacye, zmierzające do usunięcia takich przeszkód, które tamują czynność narządu słuchowego. Do drugiego zaś te operacye, które ratują życie; tu cierpienie uszów jest właściwie początkiem sprawy chorobowej, która na pewne występuje przy zaniedbaniu operacyi i zbyt często kończy się śmiercią. Autor omawia te sprawy ropne jamy bębenkowej, w których choroba rozszerza się na sąsiednie jamy poboczne, a często także na jamę czaszkową. Na podstawie doświadczenia w kilkuset odnośnych przypadkach, autor twierdzi, iż tylko po należytem rozważeniu wszystkich objawów przystąpi otyatra do operacyi, gdyż chociaż z jednej strony jestto karygodnem niedbalstwem odwlekać tak długo zabieg, aż ropienie, obok pogorszenia objawów, sprowadzi powikłanie śródczaszkowe, to z drugiej strony byłoby to stanowczo błędem w sztuce przyspieszać operacyę w przypadkach, w których mimo groźnych objawów są jeszcze widoki, że choroba jamy bębenkowej może się zakończyć wyleczeniem bez niebezpiecznej operacyi.

Baschkopf.

Bukojemski. **W sprawie fagocytozy i leukocytozy po wstrzyknięciu jadowitych łańcuszkowców do jamy brzusznej.** (*Russkij Wracz*, 1904, Nr. 5 i 7). Autor badał w pracowni prof. Weryho (Odessa) los łańcuszkowców po wstrzyknięciu jadowitej ich hodowli do jamy brzusznej królików. Poddając badaniu krew królików co godzina aż do ich śmierci, oraz wypocinę w jamie brzusznej i narządy, przekonał się B., że w ciągu pierwszych 3—4 godzin po zakażeniu można łańcuszkowce odnaleźć tylko w jamie brzusznej, gdzie warunki dla ich rozwoju są nader sprzyjające; następnie drobnoustroje przedostają się w liczbie wciąż wzrastającej do gruczołów chłonnych, śledziony, wątroby i płuc; przed śmiercią wszystkie narządy królika są przeładowane drobnoustrojami. W tym samym okresie, gdy badanie wykrywa szybkie rozmnażanie się łańcuszkowców, można stwierdzić obecność oddzielnych łańcuszków lub nawet kolonii, które barwią się tioniną nie na sino, lecz słabo różowo; niektóre z tych koków tracą kształty okrągłe i przedstawiają się podłużnymi lub pęcznieją i nieraz zlewają się, tworząc zamiast łańcuszka laseczník z wklęsłościami. Podobne obrazy przemawiają na korzyść sprawy rozpadowej paciorkowców, która często towarzyszy rozmnażaniu drobnoustrojów.

Po tych badaniach B. przeszedł do wyświetlenia roli, którą odgrywają w walce z łańcuszkowcami krwinki białe. Wiadomo, że Miecznikow i jego uczniowie tłómaczą odporność przeciwko zakażeniu tem, że krwinki białe uodpornionych zwierząt przyciągają do siebie drobnoustroje i pochłaniając, niszczą je. Przeciwnie krwinki białe zwierząt nieuodpornionych stronią od drobnoustrojów, słowem odznaczają się ujemnemi własnościami chemotaktycznemi. Wbrew tej teoryi prof. Weryho dowiódł, że różnica między krwinkami białemi zwierząt odpornych i nieodpornych jest li tylko ilościowa: fagocyty zwierząt nieodpornych są tylko mniej czułe względem jadów bakteryjnych; wykazują one również dodatnie własności przyciągające, lecz o wiele słabsze, niż krwinki białe zwierząt uodpornionych. Do tych wniosków Weryho doszedł, badając przebieg wąglika i cholery kurzej u królików. Gdy jednak Bordet, Czystowicz i Marchand, zakażając króliki jadowitą hodowlą łańcuszkowców, przyszli do wniosku, że wbrew zdaniu Weryho ujemna chemotaksis, zgodnie z zapatrywaniem Miecznikowa, istnieje, postanowił B. sprawdzić te doświadczenia i ich wyniki. Okazało się, że zaraz po zakażeniu jamy brzusznej królika jadowitą hodowlą łańcuszkowca liczba leukocytów w wypocinie jamy brzusznej ogromnie spada. Podobna leukopenia zależy od tego, że krwinki białe pochłonąwszy łańcuszkowce, osiadają w bardzo obfitej ilości na powierzchni narządów brzusznych. Wbrew więc Miecznikowowi fagocytoza jest tu bardzo wyraźna. Tylko przed śmiercią fagocytoza traci na sile, aczkolwiek nawet po śmierci można spostrzegać w wypocinie brzusznej i w narządach krwinki białe, zawierające drobnoustroje. Żadnych postaci, któreby przemawiały na korzyść rozpadu krwinek białych (leukolizy), B. nie spotykał. Oprócz obfitej liczby krwinek białych na powierzchni narządów brzusznych, B. znachodził je również w gruczołach chłonnych jamy brzusznej, w śledzionie, wątrobie, zwłaszcza zaś w naczyniach tych narządów. Łańcuszkowce, pochłonięte przez fagocyty, przedstawiają się początkowo niezmienionymi, lecz już po 3—4 godzinach można wykazać znaczną liczbę okazów rozpadających się, która wciąż się zwiększa. Inaczej niż krwinki białe zachowują się komórki śródbłonkowe krezki: ich jądra ulegają pod wpływem zakażenia paciorkowcami rozpadowi i zniszczeniu. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Boczarow. **Przyczynek do farmakologii weronalu.** (*Russkij Wracz*, 1904, Nr. 6). Na podstawie doświadczeń, wykonanych z weronalem na żabach, królikach i psach, autor przychodzi do wniosku, że weronal poraża ośrodkowy układ nerwowy. W małych dawkach weronal poraża przedewszystkiem mózg. Sen po weronalu odznacza się długotrwałością; w następstwie dawek dużych zwierzęta po obudzeniu się przedstawiają przez dłuższy czas przygnębienie i osłabienie. Liczba skurczów serca od dawek nasennych nie zmniejsza się lub podnosi się niewiele. Po dawkach śmiertelnych czynność serca początkowo przyśpiesza się, następnie zwalnia. Zwolnienie czynności serca zależy od bezpośredniego porażającego działania weronalu na sploty ruchowe lub na mięsień sercowy, przyśpieszenie zaś przedstawia najprawdopodobniej objaw drugorzędny, zależny od porażenia ośrodka naczynioruchowego w rdzeniu przedłużonym. Ciśnienie krwi po dawkach nasennych weronalu obniża się nieznacznie; dawki zaś śmiertelne sprowadzają spadek ciśnienia krwi, zależnie od porażenia ośrodków naczynioruchowych, jak również od osłabienia i zwolnienia czynności serca. Zestawiając wyniki doświadczeń własnych i znajdujących się w piśmiennictwie, dochodzi Boczarow do wniosku, że weronal przypomina pod względem działania trional. Istotnie, między tymi przetworami istnieje zupełna analogia w powolności działania nasennego, długotrwałości snu, objawach po przebudzeniu się, wreszcie w zachowaniu się weronalu i trionalu względem narządów trawiennych i krwionośnych, które po dawkach leczniczych nie ulegają zmianom. Dodatnią stroną weronalu w porównaniu z trionalem stanowi ta okoliczność, że weronal nie sprowadza tych objawów ubocznych, które występują po trionalu. Okoliczność ta ma pierwszorzędne znaczenie dla długotrwałego zażywania leku nasennego.

Witold Orłowski (Ptbg).

Prof. Czystowicz i Szestakowa. **Zmiany morfologiczne krwi u chorych na kur** (*rubeola*). (*Wraczeb. Gaz.*, 1904, Nr. 1). Porównywając stan krwi u 4 chorych na kur (*rubeola*) z prawidłowym stanem krwi dzieci tegoż wieku, przyszli autorowie do wniosku, że morfologiczny skład krwi w tej chorobie przedstawia się prawidłowo lub wykazuje nieznaczną hiperleukocytozę w zależności od zwiększenia liczby neutrofilów wielojądrzastych. Krew chorych na kur różni się od krwi chorych na odrę tem, że nie przedstawia ani hipoleukocytozy, ani obniżenia liczby pierwiastków eozynochłonnych. Różnica ta jednak, zdaniem autorów, jest na tyle nie-

znaczną, że ją można wytłómaczyć nie swoistemi własnościami zarazków chorobotwórczych, lecz prędzej niejednakową ich siłą. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Sieber-Szumowa. **Wpływ zaczynów utleniających na węglowodany, w szczególności na cukier.** *(Wraczebnaja Gazeta,* 1904, Nr. 1). Sieber-Szumowa przeprowadziła szereg badań nad zaczynami utleniającymi pochodzenia zwierzęcego i roślinnego. Zaczyny pochodzenia zwierzęcego były otrzymane z włóknika osocza krwi koni zdrowych, uodpornionych przeciwko prątkom błonicy, gronkowcom i łańcuszkowcom. Włóknik tych koni zawiera, jak okazało się, znaczną część zaczynów utleniających, w przeciwstawieństwie do włóknika prawidłowego, który jest prawie zupełnie pozbawiony tych zaczynów. Zaczynów wyodrębniono trzy: jeden cechuje się rozpuszczalnością w wodzie, drugi w solach obojętnych, trzeci w wyskoku i wodzie. Wszystkie te zaczyny odznaczają się własnością rozkładania cukru z utworzeniem CO^2 i zużyciem O; w największym stopniu posiada tę własność zaczyn pierwszy, w najmniejszym drugi. Dalsze badania wykazały, że nie tylko monosacharydy, lecz i di- (cukier trzcinowy) i poli- (skrobia) ulegają wpływom tych zaczynów utleniających. Oprócz włóknika, udało się wydostać takie zaczyny ze śledziony i innych narządów, wreszcie z wytworów roślinnych, mianowicie z owoców, grzybów i t. d. Wszystkie te zaczyny pomimo różnorodności ich pochodzenia odznaczają się jednakową własnością rozkładania cukru. Okoliczność ta ma ogromne znaczenie, jako dowód jednostajności spraw, zachodzących w ustrojach zwierzęcych i roślinnych. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Prof. E. Gancher. **O kiłowem pochodzeniu zapaleń wyrostka robaczkowego.** (*La Presse médicale,* 1904, Nr. 30). Zbierając statystykę chorych, którzy przebywali kiłę, stwierdził autor, że wielka liczba zapaleń wyrostka robaczkowego występuje u osób z przebytą kiłą, osobiście nabytą, lub odziedziczoną. Statystyka autora odnosi się do 32 przypadków, które dzieli on na dwie kategorye: jedna obejmuje chorych w wieku ponad 30 lat z kiłą nabytą, druga klasa chorych poniżej 30 lat odpowiada kile odziedziczonej. Autor rozumie, że podział ten jest zresztą sztuczny; wszelako zapalenie kiłowe wyrostka robaczkowego może być, zdaniem jego, tylko przypadem kiły wrodzonej późnej lub jako objaw kiły nabytej może się pojawić dopiero po 30 roku życia. Chorych powyżej lat 30 było dziewięciu, mianowicie: mężczyzn 4 i kobiet 5. Z tego u wszystkich 4 mężczyzn i jednej kobiety były dane osobiste, u trzech kobiet dane ze strony małżonka, u jednej kobiety żadnych danych nie było. Na 23 przypadki drugiej kategoryi można było 21 razy wykazać dziedziczność ze strony ojca. Ogółem zaś na 32 przypadki zapaleń wyrostka robaczkowego znalazł autor 29 razy kiłę, a to 8 razy nabytą, a 21 razy dziedziczną. Autor przedstawia tę statystykę bez komentarzy i rzuca myśl, że zapalenie wyrostka robaczkowego należy uważać za późną kiłę, względnie za przejaw „parasyfilityczny" i to częściej przejaw kiły dziedzicznej, aniżeli nabytej. *Dr. M. Blassberg.*

Peters. **Leczenie zapalenia i świądu sromu adrenaliną.** (*Der Frauenarzt,* Nr. 1 i 2, 1904). W przypadkach zapalenia sromu autor okłada go na 4 minuty watą, zamoczoną w roztworze adrenaliny (1:2000—3000); wieczorem powtarza ten zabieg, pozostawiając okład na całą noc. Skutek podmiotowy występuje bezpośrednio, a po niedługim czasie sprawa zapalna sromu ustępuje. Mniej energicznie, lecz skuteczniej, niż inne leki, działają okłady z roztworu adrenaliny (1:3000) w świądzie sromu, a nierzadkie są przypadki zupełnego wyleczenia. *K*

F. Ehrlich. **Odżywianie po operacyi w zakresie żołądka lub jelit.** (*Münchener med. Wochenschrift,* Nr. 14, 1094). Największa część operowanych umiera wskutek wycieńczenia. Autora to nie dziwi i twierdzi on, że gdyby zdrowego przez trzy tygodnie tak odżywiano, jak operowanych w zakresie przewodu pokarmowego, to ledwo trzymałby się na nogach. W swej klinice podaje autor zaraz po operacyi herbatę, wino czerwone i kleiki. W kilka godzin bulion, chociażby chory wymiotował. Drugiego dnia mięso gołębie, kurze lub cielęcinę; trzeciego — mięso wołowe, kartofle; czwartego szynkę, jaja na miękko; piątego bułkę, szpinak; od siódmego zwykłą lekką dyetę. Na 12 operowanych i w ten sposób odżywianych ani jeden nie zmarł wskutek wycieńczenia. *J. Opolski.*

Strełkow. **Purgatyna, jako lek rozwalniający.** (*Russkij Wracz,* 1904, Nr. 9). Strełkow stosował w klinice lekarskiej (Petersburg) purgatynę u 26 chorych w dawce 0,5—3,0. Do stron dodatnich tego środka zalicza autor niedrażniące jego działanie na przewód pokarmowy, brak przykrego smaku i małe rozrzedzenie kału. Daleko liczniejszemi są strony ujemne działania purgatyny, mianowicie: 1) wywołuje ona często bole, np. przy oddawaniu moczu, bole brzucha przed wypróżnieniem, parcie, odbijanie, wymioty, przelewanie w brzuchu, swędzenie rzyci, następową biegunkę, zmniejszenie łaknienia; 2) działanie rozwalniające jest zwykle słabe, wskutek czego zachodzi potrzeba używania dawek dużych, które sprowadzają uboczne działanie, bardzo nieprzyjemne; 3) ustrój szybko przyzwyczaja się do tego leku; 4) purgatyna czasami pociąga za sobą jeszcze większe zaparcie następowe; 5) mocz po purgatynie barwi się na czerwono i pozostawia na bieliznie plamy, które usuwają się z trudnością; 6) wreszcie, purgatyna jest przetworem drogim. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Morkowitin. **Przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego, w którym wycięty wyrostek zawierał glistnicę robaczkową** (*oxyuris*). (*Russkij Wracz,* 1904, Nr. 9). W jednym przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego wyciął M. wyrostek, który był nieco zgrubiały i okazywał u podstawy zrosty z jelitem. Jama wyrostka zawierała śluz, miazgę kałową i żywe okazy glistnicy robaczkowej różnych rozmiarów; dużych okazów z dobrze rozwiniętą macicą naliczono 12. Drobnowidowe badanie treści wyrostka wykazało znaczną zawartość bardzo drobnych młodych okazów glistnicy, które były czasami skłębione, oraz sporą ilość typowych jaj tego wnętrzaka. Błony śluzowa i podśluzowa wykazywały stan zapalny, miejscami zdarzały się wybroczyny. W swem spostrzeżeniu M. dopatruje dowodu, że glistnica robaczkowa odkłada swe jaja w jelitach człowieka, a nie schodzi w tym celu do odbytnicy, jak to przypuszczali Leuckart i Miecznikow. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Boseck. **O działaniu atropiny w mechanicznej niedrożności jelit.** (*Münchener mediz. Wochenschrift,* 1904, Nr. 9). Na działanie atropiny można zdaniem klinicystów liczyć w przypadkach niedrożności jelit na tle porażnem, a nie na tle mechanicznem. Przypadek autora przemawia przeciwko temu twierdzeniu. U chorego wystąpiła niedrożność jelit wskutek ucisku guzów na jelito; zaparcie stolca trwało 10 dni. Wstrzyknięto 0,004 atropiny podskórnie, a już po 14 godzinach poczęły odchodzić gazy, a po 16 godzinach obfity, ciastowaty kał. Po raz drugi u tego samego chorego zatrzymał się stolec na 8 dni, a wstrzyknięcie atropiny wywołało pożądany skutek; tylko trzeci raz już wstrzyknięcie było bez dodatniego wyniku. W przypadkach, gdzie lekarz praktyczny nie może stwierdzić przyczyny i rodzaju niedrożności jelit, a operacyi robić nie można lub chory się na nią nie zgadza, radzi autor spróbować atropiny w postaci podskórnego wstrzyknięcia. *B. Żmigród.*

Tourneau. **Trzy przypadki tężca.** (*Deutsche mediz. Wochenschrift,* 1904. Nr. 10). Opierając się na swych dwóch przypadkach, autor nie jest zwolennikiem surowicy przeciwtężcowej Behringa. W pierwszym z nich wstrzyknięto surowicę w 8 godzin po wystąpieniu pierwszych objawów, w drugim w 12 godzin i mimo tego oba zakończyły się śmiertelnie. Trzeci przypadek autora zmarł w 12 godzin po wystąpieniu pierwszych objawów i nie było już czasu do stosowania surowicy. W piśmiennictwie znajduje się opisanych 117 przypadków leczonych surowicą, ze śmiertelnością 50·4%, podczas gdy śmiertelność przypadków nieleczonych antytoksyną wynosi od 34·9—88%. Statystyka więc przypadków tężca wykazuje, że antytoksyna nie zmniejszyła dotychczas śmiertelności, a także i doświadczenia na zwierzętach przemawiają zdaniem autora przeciwko działaniu antytoksyny. *B. Żmigród.*

Lengenmann. **Przyczynek do leczenia przykurczeń tiosynaminą.** (*Deutsche mediz. Wochenschrift,* 1904, Nr. 13). Autor polecił przeszłego roku swój sposób leczenia Dupuytrena wstrzykiwaniami tiosynaminy. W dwóch przypadkach, leczonych naówczas, nie nastąpił nawrót. Obecnie może autor podać trzeci pomyślny przypadek: u chorego istniało przykurczenie od dziesięciu lat: kąt zgięcia palca wynosił 70°. Po 45 wstrzyknięciach w połączeniu z mięsieniem, ruchami biernymi i kąpielami palec się wyprostował w przeciągu dwóch miesięcy; obecnie chory porusza palcem zupełnie dobrze. Te pomyślne wyniki skłoniły autora do zastosowania tiosynaminy w przypadku zaburzenia ruchów palca wielkiego, wywołanych zmiażdżeniem części miękkich palca, poczem powstała blizna, wskutek której palec pozostał zupełnie nieruchomy. Po 12 wstrzyknięciach rozpoczęły się czynne ruchy palca, siła jego wracała tak, że po 25 wstrzyknięciach wróciła zupełnie ruchomość palca, chora mogła nawet na tym palcu utrzymać ciężar. Powinno się wstrzykiwać nie w miejsca sąsiednie, lecz w bliznę, chociaż to więcej boli; można jednak w celu usunięcia bolu dodać ½ ctm.³ 1% kokainy. Należy pamiętać o tem, że wstrzykiwania tiosynaminy nie zastępują mięsienia i ruchów leczniczych, które działanie lecznicze bardzo popierają. *B. Żmigród.*

Prof. F. Lapersonne. **O stowainie, nowym leku miejscowo znieczulającym.** *(La Presse médicale,* 1904, Nr. 30). Autor podaje wyniki swych badań nad zastosowaniem stowainy w okulistyce. Jest to chlorowodorek amyleiny α β z grupy aminoalkoholów, stosowany już w chirurgii ogólnej przez Reclusa i Chaputa. Toksyczność jego jest znacznie mniejszą od toksyczności kokainy.

Królik wagi 2450 grm., otrzymawszy w postaci wstrzykiwań podskórnych 25 ctm.³ tego środka, w przeciągu dwóch godzin okazuje tylko lekkie objawy zatrucia, podczas gdy 8—10 ctm.³ roczczynu kokainy zabija królika tejże samej wagi. Ta słaba własność toksyczna pozwala na szersze stosowanie stowainy, aniżeli kokainy. Musimy odróżniać jej stosowanie powierzchowne w postaci wkraplań, od stosowania wstrzykiwań podskórnych, względnie podspojówkowych. W postaci wkraplań pozwala stowaina przedsięwziąć wszystkie operacye na rogówce i spojówce, nawet operacyę zaćmy. Prócz nieznacznego złuszczania się nabłonka, które jest zresztą bez znaczenia i niestałe, nie wywiera ona żadnego niekorzystnego wpływu na przebieg gojenia. Niższość atoli stowainy od kokainy w tych przypadkach polega na boleśniejszem stosowaniu i na mniej zupełnem i króciej trwającem znieczuleniu rogówki przy równem zresztą dawkowaniu. Przy wstrzykiwaniach podskórnych, względnie podspojówkowych, przyznaje autor natomiast stowainie wyższość nad kokainą. Znieczulenie jest zupełne, występuje w czasie krótszym, aniżeli minuta i trwa w wystarczającym stopniu przez cały czas trwania operacyi. Zdolność rozszerzania naczyń, właściwa temu środkowi, sprzyja bezwątpienia szybkiej dyfuzyi, co ze względu na małą toksyczność stowainy nie jest stroną ujemną. Ogółem wyniki dotychczasowe są bardzo zachęcające do dalszych prób. *Dr. M. Blassberg.*

Prof. Forlanini. **Przyczynek do leczenia tętniaków aorty.** (*Wiener klinisch. therapeutische Woch.*, Nr. 8, 1904). Wszystkie zabiegi, skierowane do leczenia tętniaków, polegają na rozumowaniu, że niebezpieczeństwo cierpienia nie tyle zasadza się na zaburzeniach w krążeniu i ucisku narządów sąsiednich, ile na ustawicznem parciu fali krwi na ścianę tętniaka, która skutkiem tego coraz bardziej cieńczeje, aż nareszcie pęka, pociągając za sobą krwotok śmiertelny. Całe więc leczenie ma na oku zapobieżenie pęknięciu — o ile się da najdłużej. Do tego prowadzą dwie drogi: obniżenie ciśnienia krwi, lub wzmocnienie ściany aorty. Pierwsza droga, obecnie zupełnie opuszczona, polegała na częstych upustach krwi, bezwzględnym spokoju chorego, na ograniczeniu dyety itd.; wszystko to są zabiegi, które wprawdzie obniżały parcie krwi, ale podkopywały równocześnie siły chorego. Sztuczne wzmocnienie ściany tętnicy jest tylko słabem naśladowaniem samopomocy ustroju: wiadomo bowiem, że w niektórych przypadkach osiadają na ścianie tętnicy skrzepy krwi różnej zbitości i twardości, a zbijając się, powiększają w ten sposób i grubość i odporność ściany. Przebieg ten stara się medycyna naśladować wywołaniem sztucznych skrzepów przez wprowadzenie do tętniaka rozmaitych ciał obcych (igły, druty, nitki jedwabne itd.), lub wstrzykiwaniem pod skórę płynów, powiększających krzepliwość krwi. Do ostatnich środków należy żelatyna, której działanie i wyniki dadzą się, — według obecnego stanu nauki i na podstawie własnych, przez autora spostrzeganych przypadków, — ująć w następującą formę: a) nie ulega wątpliwości, że w pewnych przypadkach tętniaków aorty żelatyna działa korzystnie; w innych bywają wyniki mniej dobre, w innych wreszcie nie ma żadnego skutku. Jakie są przyczyny tego różnorodnego działania, dotychczas nie wiadomo; wobec czego nie da się z góry powiedzieć, jaki będzie wynik po żelatynie. b) Pomyślne wyniki objawiają się poprawą stanu przedmiotowego i podmiotowego zaraz z początku leczenia: z małymi wyjątkami znika osiągnięta korzyść w jakiś czas po zaprzestaniu stosowania tego leczenia; sposób działania żelatyny jest nieznany. c) Żelatyna, podawana na wewnątrz, jako też zastrzyknięta pod skórę, obniża parcie krwi; działanie to występuje już w kilka godzin po zastosowaniu, utrzymując się przez kilka dni.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Pimenow. **Metoda Sahliego badania chemizmu żołądkowego.** (*Russkij Wracz*, 1904, Nr. 7). Na podstawie 9 spostrzeżeń, dokonanych na ludziach, i doświadczeń na psach ze sztuczną przetoką żołądkową, oraz próby ze sztucznem trawieniem w probówkach, przychodzi P. do wniosku, że metoda Sahliego nie prowadzi do równomiernego rozmieszczenia się tłuszczu w zawartości żołądka. Wobec tego autor nie widzi przyczyny, dla której tę metodę należałoby przekładać nad utarte już sposoby badania chemizmu żołądka. *Witold Orłowski* (Ptbg).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 6 maja 1904.

Przewodniczący: R. Dw. Prof. L. Rydygier (pod koniec posiedzenia Dr. E. Wechsler). Obecnych członków 45.

I. Prezes zawiadamia o śmierci ś. p. Dr. J. Chądzyńskiego, długoletniego i zasłużonego członka Towarzystwa lek. lw. i wzywa obecnych do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie.

II. Prezes podaje do wiadomości, że rodzina ś. p. Dr. J. Chądzyńskiego ofiarowała pozostały po zmarłym księgozbiór, tutejszemu Towarzystwu lekarskiemu.

III. Prezes wita kol. Prof. Dra J. Raczyńskiego i przedstawia go obecnym jako członka Tow. lek. lw.

IV. Kol. Dr. Roman Merunowicz przedstawia chorą z oddz. wewn. II-go, u której rozpoznaje cisawicę (chorobę Adisona). Rozpoznanie swe opiera na 1) bardzo znacznym upadku sił fizycznych, tak znacznym że nawet przejście z jednego łóżka do drugiego, przeprawia chorą o omdlenie; 2) na bolach, występujących w rozmaitych okolicach (w brzuchu, głowie, stawach); 3) na objawach „gastrycznych" (czkawka, nudności, wymioty) tak znacznych, że nie można było u chorej wykonać zwykłych prób żołądkowych; 4) na ciemniejszem, jakkolwiek nietypowem, zabarwieniu skóry i błon śluzowych i 5) na badaniu krwi, które wykazało przeszło $6^1/_2$ miliona erytrocytów w 1 mm. sz. i 110% hemoglobiny.

W dyskusyi podnosi W. Łukasiewicz, że zmiany barwikowe w skórze i błonach śluzowych tak dalece nie mają cech charakterystycznych dla choroby Adisona, że jedynie na ich podstawie wykluczyłby w przedstawionym przypadku to cierpienie. W każdym przypadku charłactwa bez względu na jego źródło podobne zmiany barwikowe spostrzegać można. J. Wernickiemu wydaje się nieprawdopodobnym wynik badania krwi, wobec tak daleko posuniętego charłactwa. E. Kikinger wyjaśnia, że taka hiperglobulia u osobników charłaczych tłómaczy się sinicą, a zatem przekrwieniem biernem końców palców i przytacza przypadek, w którym przeoczone zrakowacenie narządów rodnych u starszej kobiety dawało klinicznie obraz nadzwyczaj przypominający cisawicę. Wreszcie J. Wiczkowski zaznacza, że rozpoznanie choroby Adisona zawsze natrafia na ogromne trudności. Rozległym zmianom anatomicznym w nadnerczach mogą towarzyszyć bardzo nieznaczne objawy kliniczne, a bywa i odwrotnie. W przypadku, przedstawionym przez kol. M. opiera się stanowczo przy rozpoznaniu cisawicy, a rozpoznanie swe opiera nie na mało cechujących zmianach w skórze i błonach śluzowych, lecz na całym zbiorze innych objawów klinicznych, które tylko takiem rozpoznaniem wytłómaczyć sobie można.

V. Kol. Prof. Dr. W. Łukasiewicz przedstawia: a) dziecko dotknięte osutką bardzo rozległą, a cechującą dla *erythema toxicum.* Równocześnie u dziecka tego stwierdzić można *stomatitis dyphteritica mercurialis.* Zmiany te powstały po podaniu dziecku *hydrarg. tannici oxydulati* w dawce 0·01. Leczenie to przypisał lekarz prawdopodobnie z powodu jakiejś osutki, zajmującej okolicę kości krzyżowej, a o której przyrodzie na razie nic orzec nie można.

b) Chorego 50-letniego z kilkoma owrzodzeniami na języku i podniebieniu twardem. Podobne owrzodzenia wykazano w krtani, nadto stwierdzono zmiany gruźlicze w szczytach. Po wykluczeniu przymiotu, prelegent wspomniane owrzodzenia rozpoznaje jako gruźlicze.

VI. Kol. prof. Dr G. Ziembicki przedstawia: a) chorą ze skórzakiem podjęzykowym. Ze względów kosmetycznych operował w ten sposób, że od jamy ust naciął błonę śluzową, a następnie ścianki torbiela treść jego (około $1^1/_2$ szklanki) wypuścił, wewnętrzną powierzchnię ścianek wyłyżeczkował i wprowadziwszy dren przez nacięty otwór, sprowadzić zamierza zarośnięcie jamki. Sposób ten poleca jako nieszpecący i najmniej niebezpieczny.

b) Chorego 82-letniego, u którego, mimo daleko posuniętej sprawy nieżytowej pęcherza, usunął kamień, krusząc go częściowo na 5 posiedzeniach (z tych trzy w uśpieniu eterowem). W przypadku tym, a podobnie postąpił i w innym analogicznym, odstąpił od zasady drenowania przez *sectio alta* pęcherza, zajętego posokowatym nieżytem, nie wierzył bowiem w dostateczną odporność sił życiowych przeszło 80-letniego starca. Zatem w kamicy pęcherza moczowego należy indywidualizować w najszerszem tego słowa znaczeniu.

W dyskusyi zaznacza F. Obtułowicz, że udawało mu się znieczulać kokainą pęcherz w sposób wystarczający do skruszenia kamienia. Przeciwnie Uhma przekonał się dowodnie, że kokaina wcale nie znieczula, a czyni tylko ból znośniejszym. Następnie uważa uro-

tropinę za doskonały środek, zapobiegający gorączce po cewnikowaniu, w czasie podawania jej jednak, trzeba od czasu do czasu badać mocz, ze względu na pojawić się mogący białkomocz. L. Rydygier nie uważa bynajmniej cięcia nadłonowego za zabieg trudniejszy i groźniejszy dla chorego w porównaniu z litolapaksyą. Na kilkanaście cięć nadłonowych, które wykonał w klinice lwowskiej i w praktyce prywatnej, nie miał ani razu zejścia niepomyślnego. Statystyki, ogłaszane z klinik, w których litolapaksyę uważają za zabieg normalny, podają po *sectio alta* wysoką śmiertelność, wyższą nad 25%. Okoliczność ta jednak wcale nie zadziwia i nie świadczy przeciw operacyi krwawej Bo do *sectio alta* wybierają tam przypadki rozpaczliwe, ze zmianami w miedniczkach i nerkach i chorzy ci ginęli wprawdzie po operacyi, ale nie skutkiem, lecz mimo operacyi. Zresztą w ogólnych zasadach zgadza się z prelegentem.

c) Konwalescentkę po wycięciu pęcherzyka żółciowego Chorą przeniesiono na oddział z rozpoznaniem przewlekłego zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego i z objawami ciężkiej cholemii. Kiedy na drugi dzień wśród dreszczów nagle podniosła się gorączka, przystąpił natychmiast do operacyi. W okolicy pęcherzyka napotkał otorbiony ropień, wyciął bardzo zmieniony pęcherzyk i znalazł, że tak przewód żółciowy jak i wątrobowy są w tym stopniu rozszerzone, iż swobodnie wprowadzić w nie można palec. Tuż ponad zastawką Vatera wyczuł kamień, który usunął (demonstracya). Oba przewody wydrenował na kilka tygodni. Po operacyi chora szybko powracała do zdrowia.

Dyskusya: Wiczkowski stwierdził z przedstawionej chorej na dzień przed operacyą, kiedy jeszcze nie gorączkowała, już 15 000 leukocytów, co wskazywało na ropienie. A. Gluziński nie przypisuje zwiększonej leukocytozie, nawet wówczas, gdy dochodzi do 30.000, znaczenia w rozpoznawaniu sprawy ropnej, zwłaszcza, gdy chodzi o drogi żółciowe.

VII. Kol. prof. Dr. A. Gluziński demonstruje preparaty anatomiczne z przypadku *chloroma ossium dispersum*. Chory 23-letni, przyjęty do kliniki na parę tygodni przed śmiercią, okazywał zmiany w czuciu na kończynach dolnych, zaburzenia w czynności pęcherza i odbytnicy i t. d., każące domyślać się jakiegoś ucisku na koniec rdzenia pacierzowego. Badanie krwi, które wykazało nieznaczne zwiększenie liczby ciałek białych, zmniejszoną liczbę erytrocytów, odsetkową przewagę limfocytów i myelocytów, skierowało uwagę na układ kostny. I rzeczywiście w czasie dalszego spostrzegania zauważono zgrubienia na mostku i żebrach, bolesność kręgosłupa, porażenie n. twarzowego po jednej stronie i t. d. Na podstawie tych objawów rozpoznano rozsianego mięsaka kości. Sekcya wykazała rzeczywiście ogniska nowotworowe, rozsiane w całym niemal układzie kostnym. Tkanka nowotworowa odznaczała się żywo-zielonem zabarwieniem.

VIII. Kol. Dr. E. Doliński przedstawia dziewczynkę, dotkniętą nader rzadką formą naczyniaka chłoniastego, zajmującego okolicę lędźwiową, nadpachwinową lewą i wzgórek łonowy. W skórze ponad naczyniakiem tworzą się nieustannie pęcherzyki, wypełnione płynem jasno żółtawym. Pęcherzyki te pękają, poczem sączy się z nich limfa.

W dyskusyi przemawiają: J. Świątkiewicz i Leszczyński.

Herman, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 27 kwietnia 1904 r.

Przewodniczy kol. Borzęcki. Obecnych członków 21.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Moraczewski ze Lwowa wygłosił zapowiedziany odczyt: „O znaczeniu indykanu w moczu". (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi przemawiali kol. doc. Seńkowski i prelegent.

Dr. Ryszard Urbanik, se retarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół z posiedzenia zwyczajnego z dnia 15 marca 1904.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia:

I. Kol. Borzęcki przedstawia znanego już chorego ze zmianami chorobowemi na wardze dolnej i brodzie. Choremu podawano jod przez 8 tygodni bezskutecznie; badania drobnowidowe w kierunku promienicy dawały stale wynik ujemny; natomiast badanie histologiczne, wykonane w ostatnich dniach, wykazało utkanie nowotworowe. Kol. Steuermark radzi tu zastosować leczenie promieniami Roentgena, a gdyby nawet wynik nie był najpomyślniejszy, w każdym razie powstrzymać można niekiedy szerzenie się nowotworu. Kol. Reiss zaznacza, że w jednym podobnym przypadku, mimo długiego leczenia promieniami Roentgena, nie widział skutku.

Następnie przedstawia kol. Borzęcki kobietę z osutką kiłową, która zanikając, pozostawia, zwłaszcza na karku, plamy blade pod postacią tak zw. *luesderma*.

Kol. Reiss zwraca uwagę na tę okoliczność, że osutka kiłowa rzadko bywa umiejscowioną na karku; w tem zaś właśnie miejscu najczęściej występuje *leucoderma*, które nie jest odbarwieniem skóry, a tylko okalająca pola prawidłowe skóra jest przebarwiona. Rozchodzi się więc tu nie o *leucoderma*, lecz raczej *melanoderma*, a obecność guzków kiłowych w miejscu pól białych jest zwykłym przypadkiem. Kol. Krzyształowicz dodaje, że podniesione przez kol. Reissa szczegóły są w zupełności histologicznie potwierdzone (Majeff). Kol. Borzęcki przedstawia chorą z *dermatitis herpetiformis* Duhring i omawia ten przypadek. W trakcie dyskusyi zaznacza kol. Reiss, że szkoła wiedeńska identyfikuje tą chorobę jako *pemphigus pruriginosus*.

Kol. Krzyształowicz sprzeciwia się łączeniu tej choroby z *pemphigus*, bo *dermatitis* Duhringa jest jasną co do formy i etyologii, natomiast o *pemphigus* tego powiedzieć nie możemy; rozdział więc obu tych postaci chorobowych jest konieczny.

II. Kol. Reiss przedstawia chorego z licznymi bliznowcami rzekomymi skóry (keloid). Podawanie tiosinaminy w zeszłym roku pozostało bez wyniku; obecnie zastosował ten sam przetwór w większych dawkach i odnosi wrażenie, jakoby pojedyncze bliznowce uległy lekkiemu przypłaszczeniu.

Dalej przedstawia kol. Reiss starca 62-letniego z kilakiem na podudziu prawem i przebiciem podniebienia twardego. U chorego widzimy nadto bardzo wybitny starczy zanik skóry, a w okolicy kącika wewnętrznego oka lewego małe ognisko raka skórnego.

W dalszym ciągu przedstawia kol. Reiss chorego z klasyczną postacią *psoriasis geographica*. Chory był leczonym we Wrocławiu promieniami Roentgena bez wybitnego wyniku.

Wreszcie przedstawia kol. Reiss chorą z *lupus tumidus nasi*, leczonym miejscowo bromem. Wynik leczenia po jednorazowem zastosowaniu tego środka bardzo pomyślny, na całej bowiem przestrzeni pierwotnie zajętej wilkiem tylko 2 guzki jeszcze diaskopem wykazać można. Chora pozostaje w dalszej obserwacyi.

III. Kol. Krzyształowicz przedstawia chorą z *neuro-fibromata cutanea*; na skórze tułowia widzimy wszystkie przejścia sprawy chorobowej, począwszy od zmian barwikowych aż do guzów wielkości orzecha laskowego. Kol. Krzyształowicz zwraca uwagę, że badanie histologiczne wykazało w poprzednim podobnym przypadku bezpośredni związek guzów z osłonką nerwów skórnych. Sprawa to wrodzona, a postępuje zwykle nadzwyczaj powoli. Za nerwicą przemawiają również liczne plamy barwikowe, rozrzucone wzdłuż pewnych pni nerwowych, szczególnie w zakresie kończyn. Jeżeli weźmie się pod uwagę dosyć liczne małe naczyniaki, odnosimy wrażenie obrazu, bardzo zbliżonego z wejrzenia do *xeroderma pigmentosum*. Obraz chorobowy odpowiada w zupełności przypadkom, opisanym pierwotnie przez Recklinghausena.

Kol. Pacyna składa z powodu nieprzewidzianych licznych zajęć godność sekretarza, którą zgromadzeni jednogłośnie oddają kol. Stopczańskiemu. *Dr. Pacyna*, sekretarz.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

VII posiedzenie w dniu 19—XII (1—I) 1903 roku.

Obecnych członków 22, gość 1.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego ogólnego zebrania prof. dr. Zaleski wygłasza rzecz pod tyt.: „Wpływ artezyjskich solankowych otworów wiertniczych miasta Sławiańska na zagęszczenie i skład chemiczny tamtejszych jezior leczniczych". W treściwym zary-

sie prelegent zapoznał zgromadzenie z topografią i fizyografią trzech głównych jezior leczniczych miasta Sławiańska, a mianowicie: Repnego, Ślepnego i Wejsowego, a następnie podniósł kwestyę genezy ich powstania i przeszedł do warunków geologicznych miejscowości, dostatecznie wyjaśnionych dzięki licznym otworom wiertniczym, z których pierwszy powstał lat temu trzydzieści.

Lecznicze warunki Sławiańska rozwijały się prawie równolegle z rozwojem tego miasta, jako jednego z najważniejszych w Rosyi ośrodków tak ważnej gałęzi przemysłu, jak warzelnictwo soli. Dzięki obfitości soli, znajdującej się w samem mieście Sławiańsku i jego okolicy, miejscowość ta w obecnych czasach słynie jako ważny punkt przemysłowy wogóle, ponieważ rozwijają się tu liczne fabryki, produkujące z soli drogą chemiczną i elektrolityczną różne dalsze wytwory, jak soda, różne odbarwiające związki chloru i t. p. Wobec takich warunków Sławiańska wielce zatrważającemi dla jego przyszłości okazały się wieści, że wypompowywanie ropy solnej z otworów świdrowych wpływa z jednej strony demineralizująco i osuszająco na miejscowe jeziora lecznicze, odciągając zaopatrujące je źródła mineralne, a z drugiej grozi z czasem zawaleniu się całej tej miejscowości wskutek utworzenia się pod ziemią wielkich próżni. Dla sprawdzenia słuszności tych groźnych przypuszczeń na wniosek górniczego komitetu uczonych polecono prelegentowi przez ministra rolnictwa i dóbr państwa zorganizowanie osobnej komisyi specyalistów, któraby drogą ściśle naukowych i systematycznie prowadzonych badań, mających trwać 2 lata, zbadała tę kwestyę na miejscu i przedstawiła swoje wnioski. Do składu komisyi, pracującej pod przewodnictwem i przy współudziale prelegenta, weszli: górniczy inżynierowie: Sachs, Chilczyński, Abragam, Stepanow, chemik Paszkow, zoolog Skorikow, botanik prof. Nadsom i meteorolog Kowalewskij. Prelegent przedstawił zgromadzeniu metodykę i ogólny zarys tych badań, a także ich wyniki. Okazało się, że wypompowywanie ropy z otworów świdrowych nie wpływa demineralizująco na wodę jezior, a mogące powstać podziemne próżnie nie są tak groźne, ponieważ ropa wydobywa się przez otwory artezyjskie ze znacznej głębokości, wynoszącej przeciętnie 50 sążni. *(Autoreferat).*

Dyskusya. Dr. Strawiński zapytuje prelegenta o skład wody jezior sławiańskich.

Prof. dr. Zaleski odpowiada, że najważniejszą częścią składową tej wody jest sól kuchenna, następnie gips; sucha pozostałość wynosi w przybliżeniu 8—19‰ mlgr.; też same składniki zawiera i ropa z otworów świdrowych z tą jednak różnicą, że wzajemny stosunek części składowych jest inny i sucha pozostałość wynosi prawie 230‰ w mlgr. Dr. Wierciński zapytuje, jaki zachodzi stosunek wód Sławiańskich do Ciechocińskich?

Prof. dr. Zaleski odpowiada, że warunki fizyograficzne są dla Ciechocinka, jako stacyi leczniczej, o wiele mniej sprzyjające w porównaniu z Sławiańskiemi; istotnie, ropa wydobywa się w Ciechocinku ze znacznie większej głębokości, niż w Sławiańsku; samo zagęszczenie ropy ciechocińskiej wykazuje w przybliżeniu $3^1/_2{}^0$ według Beaumé, wtenczas, gdy ropa sławiańska — 24^0; wreszcie, ług ciechociński różni się nieco i składem chemicznym. Dr. Wilanowski podnosi znaczenie źródeł, znajdujących się na dnie jezior sławiańskich i przemawia za koniecznością ich oczyszczenia. Prof. Dr. Zaleski, nie wykluczając możliwości przeprowadzenia podobnych doświadczeń na ograniczonej przestrzeni, uważa oczyszczenie jezior za ryzykowne i nawet niemożliwe wobec ogromnego kapitału, niezbędnego dla jego wykonania.

Prof. dr. Ziemacki wygłasza rzecz pod tyt.: „Przypadek torbiela skórzakowego jajnika. Zwyrodnienie złośliwe torbiela i jelita poprzecznego. Owaryotomia i wycięcie 19 ctm. jelita grubego z zejściem w wyzdrowienie. Demonstracya preparatów makro- i mikroskopowych". Do prelegenta zgłosiła się w r. 1892 chora, która po 4-tym porodzie spostrzegła guz w prawej połowie brzucha wielkości macicy w 6 tym miesiącu ciąży, twardy, zwłaszcza w górnych częściach koło pępka, gdzie przy badaniu dały się wyczuwać oddzielne zgrubienia; guz był niebolesny i przesuwalny, przeważnie w stronę prawą; macica wielkości zwykłej nie łączyła się z nowotworem, jakkolwiek od prawego jej kąta szedł w kierunku do guza gruby sznur. Chora chudła szybko. Rozpoznawszy „torbiel prawego jajnika z częściowem zwyrodnieniem złośliwem (?)", wykonał prelegent celiotomię. Okazało się, że guz był istotnie torbielem prawego jajnika wielkości przeszło głowy dorosłego mężczyzny; szypułę jego tworzyły prawe więzadło szerokie, trąbka maciczna i więzadło okrągłe; torbiel był zrośnięty z otrzewną i siecią, a w górnych częściach z poprzecznicą; część, zrośnięta z poprzecznicą była rakowato stwardniałą i wgłobioną do ściany jelita wzdłuż na przestrzeni 8—10 ctm. Prelegent wyciął torbiel i jelito z siecią na przestrzeni 19 ctm. Chora żyje dotychczas. Badanie anatomiczne wykazało torbiel skórzakowy i mięsak śluzakowy, wrastający do jelita. Przypadek ten, jak zarówno przypadki, przytoczone przez prelegenta na posiedzeniach poprzednich, przemawia na korzyść doszczętnego wycięcia nowotworów złośliwych, usadowionych w jelitach, wbrew zdaniu tych chirurgów, którzy przekładają w tych razach enteroanastomozę.

Dyskusya. Dr. Maczewski: jaki był stosunek nowotworu do więzadła szerokiego macicy? Prelegent: dolny odcinek nowotworu był umieszczony między blaszkami więzu szerokiego.

Dr. Noiszewski wygłasza rzecz pod tyt.: „Powstawanie i rozkład wyobrażeń wzrokowych". Badania swe autor ograniczył do zakresu wyobrażeń wielkości i odległości przedmiotu. Wyobrażenie wielkości jest syntezą 2 czynników: 1) wielkości obrazu na siatkówce, 2) siły inerwacyi napięcia ogniskującego (akomodacyi) w oku. Badając powidoki i porównywując wyobrażenie wielkości przedmiotu, prelegent tłómaczy różnicę pomiędzy wyobrażeniem wielkości powidoku, a wyobrażeniem wielkości przedmiotu. Tak n. p., wielkość obrazu płomienia świecy na siatkówce zmienia się w zależności od odległości płomienia od oka, ale wielkość powidoku płomienia świecy nie może zmienić wielkości obrazu płomienia na siatkówce, więc w pierwszym przypadku na wyobrażenie wielkości płomienia składają się dwa czynniki: wielkość obrazu na siatkówce i rozmiary napięcia ogniskującego w oku; przeciwnie w drugim przypadku na wyobrażenie wielkości wywiera wpływ tylko sama inerwacya napięcia ogniskującego, wielkość bowiem obrazu na siatkówce pozostaje niezmienioną. Prelegent podaje następujący dowód, że wyobrażenie wielkości przedmiotu zależy nietylko od wielkości obrazu na siatkówce, ale i od inerwacyi: 1 ctm. kw. z odległości 30 ctm. i 1 m. kw. z odległości 30 metr. dają na siatkówce obrazy jednakowej wielkości, a jednak 1 metr kw. z odległości 30 metrów wydaje się nam o wiele większy od 1 ctm. kw. z odległości 30 ctm. Ponieważ wielkość obrazu na siatkówce w obu przypadkach jest ta sama, więc oczywiście różnica w wyobrażeniu wielkości zależeć może tylko od rozmiaru inerwacyi napięcia ogniskującego w oku. Jeżeli wyobrażenie wielkości przedmiotu jest syntezą obrazu na siatkówce z inerwacyą napięcia ogniskującego w oku, to wyobrażenie odległości przedmiotu jest syntezą dwóch obrazów prawego i lewego z inerwacyą mięśni, nastawiających linie spojrzeniowe prawego i lewego oka na punkt przedmiotowy. Według prelegenta, wyobrażenie odległości przedmiotowej wytwarza się na zasadach geometryi wykreślnej, ale zamiast płaszczyzny poziomej i pionowej mamy tu płaszczyzny prawą i lewą. Oprócz tego, płaszczyzny te nie są do siebie prostopadłe, ale ustawione pod coraz to nowym, ale zawsze stałym kątem. Za korę zakresu wzrokowego uważa prelegent nie siatkówkę korową (Munk), ale układy rzutów linii spojrzeniowej, z których każdy jest ośrodkiem coraz to innego pola widzenia. Rozkładem wyobrażeń wzrokowych prelegent nazywa takie stany chorobowe, które od czasów Munka i za jego zapoczątkowaniem nazywają zwykle ślepotą duszy. *(Autoreferat).*

W dyskusyi dr. Wierciński przemawia przeciwko zdaniu prelegenta, jakoby w przestrzeni istniał tylko jeden punkt przedmiotowy, mianowicie znajdujący się na przecięciu dwóch osi wzrokowych, reszta zaś miałyby być pozorne; na dowód przytacza strzelca, który w występach swoich przed 12 laty w Petersburgu wykazał zdolność jednoczesnego strzelania z dwóch strzelb do dwóch celów. Według prelegenta w tym przypadku nie może być mowa o strzelaniu jednoczesnem; będąc jeszcze studentem, prelegent zauważył, że mógł jednocześnie słuchać wykładu profesora i czytać książkę; gdy jednak zwrócił na tę właściwość baczniejszą uwagę, przekonał się, że właściwie w każdej chwili może albo tylko czytać, albo tylko słuchać; cała rzecz tłómaczy się szybkością przechodzenia od jednego aktu do drugiego. Tak i ów strzelec nie może służyć za dowód istnienia 2 punktów przedmiotowych: nie ulega żadnej wątpliwości, że w tym przypadku mamy do czynienia z dwoma odrębnymi aktami psychicznymi. Prelegent spodziewał się prędzej innego zarzutu, mianowicie, że jedno oko ma również jeden punkt przedmiotowy, ponieważ strzelec może strzelać jednem okiem. W istocie jednak tak nie jest, bo tym sposobem strzelec może tylko nastawić strzelbę na pewien przedmiot, lecz nie może wnioskować o jego odległości; sąd o odległości może być wydany tylko dwoma oczami. Dr. Pietrowicz zaznacza, że strzelec naprowadza zwykle strzelbę jednem okiem, drugiem zaś rozgląda się bezwiednie w przestrzeni. Prelegent sądzi, że dla naprowadzenia niezbędnem

jest, żeby punkt przedmiotowy, znaczek spójrzeniowy na lufie i otwór spójrzeniowy były na jednej linii; dla obu ócz jednocześnie to jest niemożliwe. Bezwarunkowo, zdaniem jego, istnieje tylko jeden punkt przedmiotowy. Okoliczność ta ma ogromne znaczenie, gdyż obala, zgodnie ze Śniadeckim, twierdzenie nauki niemieckiej, której wciąż jeszcze hołdujemy, o podmiotowości przedmiotów; w rzeczy samej istnienie przedmiotu nie ulega żadnej wątpliwości; nie jest on wynikiem wyobraźni, lecz rzeczywistością. Prof dr. Zaleski nie może zgodzić się z prelegentem, że istnieje tylko jeden punkt przedmiotowy; jak strzelec może jednocześnie strzelać z dwóch strzelb, tak również wielu, prowadząc badania drobnowidowe, jednocześnie patrzą do drobnowidu a przy pomocy drugiego oka rysują; niektórzy zaś mogą jednocześnie pracować na dwóch drobnowidach. Wbrew zdaniu poprzedniego mowcy prelegent utrzymuje, że w tych razach mamy do czynienia z istotnem złudzeniem, bo w rzeczywistości tu się odbywają dwie różne czynności. O ile znacznem może być złudzenie, świadczy następujący przykład: jeśli przed zdrowym okiem postawić pryzmat, powstaje dwuwidzenie; niektórzy jednak nie mają go; okoliczność ta zależy albo od nadzwyczajnie osłabionego wzroku, albo bardzo wielkiego zezowania, wskutek czego obraz powstaje na mało czułych obwodowych częściach siatkówki; w przypadkach bowiem zezowatości przemiennej osobnik widzi również dobrze dwoma oczami; są wreszcie osoby, które mogą dowolnie zezować lub wcale nie zezować, ale w razie nie zezowania prawie nic nie widzą. Prof. dr. Zaleski pozostaje przy swojem zdaniu, że można jednocześnie zupełnie niezależnie wykonywać dwie czynności; stan ten tłómaczy nadzwyczaj dobrem, acz prawie bezwiednem wyrobieniem odruchów.

Prelegent sądzi, że jest to akt czysto psychiczny. Dr. Łukowski odróżnia wyobrażenia, otrzymywane drogą apercepcyi i drogą percepcyi; otrzymywać jednocześnie dwa wyobrażenia przez apercepcyę uważa za niemożliwe: można jednak oprócz pojedynczego wyobrażenia, otrzymanego drogą apercepcyi, otrzymywać jednocześnie mnóstwo innych drogą percepcyi. Prof dr. Ziemacki uprasza o wytłómaczenie spostrzeżenia, uczynionego przez żonę jednego z członków Koła (p. Czeczottowa), a stwierdzonego przez się i inne osoby, mianowicie, jeśli się patrzy na barwny obraz, zwłaszcza z dalekiej odległości i w warunkach niezupełnego oświetlenia, to można zwiększyć dowolnie kontrast barw jedynie ruchem, n. p. schyleniem głowy; w ten sposób można nawet wywołać barwność przedmiotu, gdy ona już znika. Prelegent stwierdza również to spostrzeżenie; najbarwniejsze obrazy można otrzymać przy nachyleniu głowy i patrzeniu przez rozstawione nogi. Najwięcej prawdopodobne tłómaczenie tego zjawiska jest to, że rzuty wrażeń w nowem położeniu padają na inne części kory mózgowej, które nie otrzymują ich zwykle, co nadaje obrazom osobliwszą barwność; jeśli ruch linii spójrzeniowej można porównać do pióra sfigmografu, piszącego na walcu, to poruszenie głowy można porównać do przesuwania na walcu zwojów papieru, wskutek czego pióro pisze wciąż na innych miejscach; zupełnie analogicznie do tego w razie zmiany położenia głowy ulegają wrażeniem wzrokowym inne okolice kory mózgowej. Dr. Strawiński: tu zachodzą w grę i zmiany krwiobiegu, w zależności od różnego położenia głowy. Prelegent zaznacza, że barwność przedmiotu można wywołać już nieznacznem nachyleniem głowy. Dr. Wierciński nie może zgodzić się na to, żeby zmiana położenia sprowadzała działanie obrazów na inne zwoje kory mózgowej; przyznając to, musiałby przyjąć, że zmiana położenia głowy wywiera wpływ i na myślenie. Prelegent dr. Noiszewski wyjaśnia, że istotnie na siatkówce oka otrzymują się obrazy przy różnych położeniach głowy w jednem miejscu, mianowicie w plamce żółtej; przeciwnie dzieje się na siatkówce korowej, gdzie rzuty w tych warunkach padają na coraz inne miejsca, zależnie od kierunku linii spójrzeniowej. Że barwność obrazów zależy właśnie od podobnie zmiennego miejsca rzutowych wrażeń przedmiotów, dowodzi osobliwsza wrażliwość wzrokowa, przypominająca dziecinną, którą można niekiedy spostrzegać, n. p. u ludzi po durze brzusznym. Tu siatkówka korowa, otrzymująca w zwykłych warunkach wrażenia wzrokowe i wskutek tego przytępiona na nie, uległa jakby starciu tych rzutów; wobec tego wrażenia rzutowe padają jakby na zupełnie nową część kory, co nadaje im osobliwszą barwność. Dr. Wierciński tłómaczy podobne zjawisko zmianami anatomicznemi, które zachodzą według badań prof. Popowa podczas duru w korze mózgowej. Prelegent podkreśla, że w tym przypadku obrazy rzutowe na korze mózgowej padają na te same miejsca, co i przed chorobą, jednak odznaczają się po durze osobliwszą barwnością, a przyczyna polega na utracie przez siatkówkę korową dawnych wrażeń. Zdaniem prof. dr. St. Zaleskiego odruchy wzrokowe muszą padać zawsze na te same miejsca kory mózgowej; zmiana położenia głowy sprowadza zmianę w załamaniu promieni i zajęcie innych części siatkówki ocznej. Prelegent zaprzecza możliwości zmiany w załamaniu promieni; jeśli osobnik leży na lewym boku i patrzy na okno, a potem położy się na wznak, to powidok okna będzie poziomy, nie zaś pionowy, tymczasem o zmianach w załamywaniu tu nie może być mowy. Prof. Dr. Zaleski tłómaczy to zjawisko świadomością zmiany położenia, uwidaczniającą się zmianą położenia powidoku. Dr. Strawiński w sprawie świadomości widzenia przypisuje ogromne znaczenie nawykowi; oko może widzieć nawet części tkanek, znajdujących się w samem oku, n. p. krwinki czerwone; zwykle jednak tych obrazów nie widzimy. Prelegent oświadcza, że te tak zw. zjawiska entoptyczne istotnie można spostrzegać w tych przypadkach, gdy siła rzeczywistych wrażeń jest znacznie osłabioną; tak, znajdując się w głębokiej studni, można w dzień widzieć gwiazdy na niebie.

Na tem posiedzenie naukowe zakończono.

Na posiedzeniu administracyjnem po omówieniu niektórych spraw, obrano w poczet członków Koła magistra weterynaryi docenta wojskowo-lekarskiej Akademii Gordziałkowskiego. *Witold Orłowski.*

VII. Ginekologia u Aretaeusa.

Przyczynek do dziejów ginekologii.

Przez

Dr. Jana Lachsa.

I.

Leży to już w naturze ludzkiej, że się najchętniej zajmuje sprawami niezupełnie wyjaśnionemi, dającemi więcej niż inne do myślenia. Ta dobra strona umysłu naszego wychodzi na dobre niejednego ciemnego zagadnienia, przyczyniając się do jego częściowego lub nawet całkowitego wyjaśnienia. Objaw ten można częstokroć spostrzegać w piśmiennictwie, zwłaszcza o ile ono dotyczy dawnych pomników literackich Stąd to pochodzi, że niektóre wieki starożytnego piśmiennictwa, lub też dzieła niektórych starożytnych pisarzy są tak często i obszernie opracowywane. Wobec tego należy się wprost dziwić, że autor, nad którym się dziś mamy zamiar zastanawiać, posiada stosunkowo tak skąpą literaturę. A jednak jest on w stanie dać tyle do myślenia dziejopisarzom medycyny. Badacz tej miary jak Boerhaave, który wydał dzieła Aretaeusa [1]) stawi go obok Hipokratesa, mając na myśli piękny i jędrny jego styl, jakoteż nie mniej zmysł krytyczny i szczególniejszy dar spostrzegawczy.

Byłoby może na miejscu tutaj nieco bliżej się zastanowić nad lekarzem tego znaczenia; chcąc jednak z wyników naszych poszukiwań wysnuć pewne wnioski, dotyczące samej osoby Aretaeusa, zostawiamy to na później, a obecnie przystępujemy wprost do zakreślonego zadania.

Zdaje się, że jako ginekolog odgrywał Aretaeus niepoślednią rolę, a w każdym razie chętnie się zastanawiał nad sprawami z zakresu ginekologii. Za tem przemawia fakt, że napisał ginekologię „γυνοικεία“ i ta okoliczność, że znał bliżej, o ile się zdaje, nietylko anatomię prawidłową i zmiany chorobowe żeńskiego narządu rodnego, ale także właściwości ustroju kobiecego, na które, ilekroć się tylko sposobność po temu nadarza, zwraca uwagę czytelnikowi i z nich korzystać każe. Jak widzimy, możnaby wśród korzystnych warunków dużo napotkać u Aretaeusa z zakresu ginekologii. Niestety jednak zaginęło najważniejsze dla nas dziś dzieło jego „γυναικεία“ [2]), a to, co nas doszło w jego księgach „o przyczynach i o oznakach chorób dłu-

---

[1]) Aretaei Cappadocis de causis et signis acutorum et diuturnorum morborum ed Boerhaave. Lugduni Batavorum 1735.

[2]) Aretaei Cappadocis opera omnia ed. Kühn Lipsiae 1828. De curatione acutorum morborum l. I. cap. III. str. 209.

gotrwałych i ostrych“ i w jego rzeczy o leczeniu tychże chorób, stanowi zaledwie okruchy tego, co było, lecz okruchy, które nam może dadzą pewną podstawę do dalszych wniosków.

Przechodząc do rozpatrywania tych kilku uwag ginekologicznych, które nas doszły, zaczniemy od anatomii. Zdaje się, że Aretaeus przykładał do niej znaczną wagę, gdyż nierzadko daje tego dowody. I tak o miednicy mówi kilka razy; rozmyślnie wspominamy o miednicy, gdyż nad kośćmi, wchodzącemi w jej skład, nie zastanawia się bliżej, coby uczynić musiał, gdyby szedł śladem innych lekarzy starożytnych Dla Aretaeusa istnieje jedynie całość, którą zowie „λαγών“. Całość ta zamyka pewną przestrzeń, w której się znajdują trzewa, o których niżej będzie mowa. Okoliczność zaś, że Aretaeus używa określenia na miednicę zawsze w liczbie mnogiej, każe przypuszczać, że wie dobrze o jej składzie z kilku części. Z tych części składowych okolicznościowo tylko wymienia kości biodrowe, kość krzyżową „ἱερὸν ὀστέον“ i kręgi lędźwiowe „ὀσφῦς“. Określenie kości biodrowych łączy się u niego razem z określeniem samej miednicy, co pozwala przypuszczać, że kości te stanowią wedle niego główną część miednicy. Jakie części rozróżniał na tych kościach, nie zdradza nigdzie, a postępuje w tym kierunku tak konsekwentnie, że czytając jego pisma, nie moglibyśmy nawet powiedzieć, jakie były jego zapatrywania na łuk łonowy, lub czy go wogóle znał. Kiedy mu się bowiem nadarzyla sposobność wymienienia go, nie uczynił tego bynajmniej. Mamy tu na myśli ten ustęp, w którym się Aretaeus zastanawia nad uciskiem, wywartym na pęcherz moczowy przez macicę, znajdującą się w stanie zapalenia [3]). Wspomina on wprawdzie, że macica taka przygniata pęcherz, lecz nie wymienia do czego go przygniata. Jakże jest pod tym względem wpadającą w oko różnica pomiędzy Aretaeusem a wielu innymi starożytnymi autorami. Naturalnie, że nie wolno nam tu wziąć za przykład Hipokratesa, gdyż on również nie wspomina o łuku łonowym, a wogóle jego opis miednicy za wzór służyć nie może. Z bezpośrednich zaś jego następców wymienić tu należy Dioklesa z Karystu, po którym, jako po autorze ginekologii, możnaby się spodziewać pewnego wyjaśnienia. W tych kilku jednak urywkach z jego pism, które za pośrednictwem innych autorów ocalały, wspomina o miednicy zaledwie okolicznościowo, określając ją jużto w liczbie mnogiej, już też w liczbie pojedynczej tak, że nie uprawnia nas do żadnych wniosków [4]).

Nie wiele znajdziemy także w tym kierunku u zwolenników szkoły aleksandryjskiej. Szkoła ta, ująwszy w rękę bardzo wcześnie przewodnictwo wiedzy anatomicznej, gdyż wykonywała sekcye na zwłokach ludzkich już wtedy, kiedy inne, spostrzeżenia dokonywane na zwierzętach, przenosiły wprost na człowieka, przedstawia wprawdzie już ogromny i bardzo ważny postęp, lecz w sprawie łuku łonowego nie przyniosła żadnych wyjaśnień, lub też wyjaśnienia te nas przynajmniej nie doszły. Bardziej stanowczo i bez pozostawienia jakichkolwiek wątpliwości w tym kierunku wypowiada swoje zdanie Celsus, twierdząc, że łuk łonowy jest ostrzejszym u mężczyzn, a mniej ostrym, czyli więcej rozwartym, u kobiet [5]). Tak dobitnie i bez żadnych ogródek wypowiedziane zdanie długo musiało czekać, zanim je sobie inni autorowie przywłaszczyli. Nawet tak znakomity ginekolog, jakim był Soranus, nic o niem nie chce wiedzieć, a w ślad za nim idzie i Moschion. Natomiast Rufus z Efezu wspomina o spojeniu łonowem, powiadając jedynie, że się kości biodrowe łączą na przodzie między sobą, zapomo cą chrząstki „ἃ (τῶν ἰσχίων ὀστᾶ) συνάπτει τοῖς πέρασι, κατὰ τὸ ἐφήβαιον χόνδρα συμφυέντα [6]). Dla jego celów taka wiadomość anatomiczna wystarcza najzupełniej. Galen wprawdzie wspomina o kościach (τῆς ἥβης ὀστέα [7]) łonowych, tworzących po połączeniu się między sobą zapomocą chrząstki duży łuk kostny („μεγάλην ἀπεργάζεται μίαν ὀστεΐνην ψαλίδα“ [8]), zaznaczając wyraźnie, że różnic w tym kierunku pomiędzy mężczyzną a kobietą niema żadnych.

Jeszcze mniej, aniżeli Galen, poucza pod tym względem Oribasius, bardzo zbliżony w tej sprawie do Rufusa. Określenie jego jest suche i krótkie, a czytelnikowi nie nasuwa nic do myślenia. Kości biodrowe — powiada — zrastają się ku przodowi między sobą i przybierają nazwę kości łonowych. „τὰ (μέρη) δ'εἰς τὸ πρόσω μέρος ἐντεῦθεν ἀνατεινόμενα, λεπτᾶ, καὶ διατετρημένα, καὶ συμφνόμενα, κατὰ τὸ πέρας ἀλλήλοις, ἥβης ὀστᾶ“ [9]). Ten krótki opis tem więcej zadziwia u niego, że umie on zresztą opisać same kości biodrowe, jakkolwiek bardzo krótko, lecz wystarczająco, by sobie czytelnik mógł wytworzyć o nich obraz.

Z kości, składających się na miednicę, wymienia jeszcze Aretaeus dwa razy kość krzyżową [10]). Wspomina jednak o niej tylko okolicznościowo, nie opisując ani jej kształtu, ani też nie zwracając uwagi naszej na jej krzywiznę. Aretaeus uważał to, podobnie jak Soranus i Moschion, w tych okolicznościach, wśród których był zmuszony o tej kości mówić, za zbyteczne dla czytelnika, a dużo zbytecznych uwag u Aretaeusa nie znajdzie. Inaczej zapatrywali się na tę sprawę Hipokrates [11]), Celsus [12]), Rufus [13]), Galen [14]) i Oribasius [15]), którzy wszyscy mniej lub więcej dokładnie, zwłaszcza Celsus, Rufus i Galen opisali kość krzyżową. O kości ogonowej nie wspomina Aretaeus, natomiast wymienia kręgi lędźwiowe, jako części miednicy nas tu bliżej obchodzące. Nie powiada wprawdzie wprost, że kręgi lędźwiowe i ile ich wchodzi w skład miednicy kostnej; zastanawiając się jednak nad chorobami macicy, twierdzi, że jest ona przyczepiona zapomocą więzadeł także i do kręgów lędźwiowych („οἱ (ὑμένες) μὲν κατὰ πυθμένα πρὸς τὴν ὀσφῦν λεπτοί“ [16]), a ponieważ wyznacza macicy siedzibę w środku miednicy [17]), przeto najbliższem prawdy będzie przypuszczenie, że i miejsce jej przyczepienia uważał za należące do miednicy. Byłby to w porównaniu z innymi autorami starożytnymi bardzo rzadki, a może nawet jedyny objaw. Hipokrates zastanawia się wprawdzie nad wygięciami kręgosłupa, nie odróżniając jednakowoż miednicy, jako odrębnej całości, nie zastanawiał się i nad częściami, na tę całość się składającemi. Diokles z Karystu [18] wspomina wprawdzie o okolicy lędźwiowej z punktu widzenia położniczego, lecz dla niego nie istnieje jeszcze w tym kierunku kręgosłup, ale ten ostatni wraz z częściami miękkiemi, którym, — o ile się zdaje, — ważniejsze nawet znaczenie przypisuje.

Inne miejsca [19]), w których Diokles o okolicy lędźwiowej mówi, nie przynoszą również nic więcej. Hero-

[3]) De causis et signis acutorum morborum L. II. cap. X. K. str. 58.

[4]) M. Wellman: Die Fragmente der Sikelischen Aerzte Akron, Philistion und des Diokles von Korystos. Berlin 1901. § 142 i 179.

[5]) Aur. Corn. Celsi „de medicina» libri octo ed. Almeloveen, Basileae 1748. Lib. VIII. cap. II.

[6]) Daremberg-Ruelle. Oeuvres des Rufus D'Ephèse. Paris 1879. ἀνεπίγραφον περὶ ἀνατομῆς τῶν τοῦ ἀνθρώπου μορίων. II. str. 191.

[7]) Claudii Galeni opera ed. Kühn. Lipsiae 1829 „De usu partium corporis humani lib. XIV. cap. XIII.

[8]) Ibidem.

[9]) Oribasii anatomica ed. Dundaas, Lugduni Batavorum 1735, str. 164.

[10]) Aret. op. ed. K. str 48 i 170.

[11]) Hippocrat. opera omnia ed Kühn. Lipsiae 1827. Vectiarius. K. III, i de locis in homine. K II.

[12]) Medicina lib. VIII. cap. II

[13]) Περὶ ὀνομασίας τῶν τοῦ ἀνθρώπου μορίων str. 148 i ἀνεπίγραφον περὶ ἀνατομῆς τῶν τοῦ ἀνθρώπου μορίων II. str. 190 i 191.

[14]) Galeni de usu partium corporis humani l. XIV. cap. XIII. K. IV.

[15]) Oribasii anatomica str. 150.

[16]) De causis et signis diuturnorum morborum lib. II. cap. XI. K. str. 166.

[17]) De causis et signis acutorum morborum lib. II. cap. XI. K. str. 60.

[18]) Wellmann: Die Fragmente etc. § 179.

[19]) Wellmann: §§ 141 i 142.

fil[20]) ze szkoły aleksandryjskiej wspomina wprawdzie o znaczeniu patologicznych zgięć kręgosłupa dla porodu; z tych jednak urywków jego, które nas doszły, niemożliwe są konkretne wnioski co do jego zapatrywań na miednicę i jej części. Celsus[21]) nie zalicza żadnego kręgu do części składowych miednicy, gdyż jama kostna, ochraniająca kobiece części rodne, rozpoczyna się podług niego od przedniego brzegu górnej powierzchni kości krzyżowej, a Soranus i Moschion, nie uważając wogóle anatomii za niezbędnie potrzebną, nie wdają się w te szczegóły.

Aretaeus określa części miękkie ogólnie jako „τὰ γυναικήϊα“ [22]) „αἰδοῖον“ [23]), w których skład wchodzą rozmaite twory. Nad zewnętrznym sromem, jak i nad błoną dziewiczą, nie zastanawia się wcale. Z części ukrytych wymienia pochwę i macicę, do których prowadzi wejście „γυναικήϊον στόμα“ [24]). Jedną, jak i drugą, nazywa wspólnem mianem „ὑστέρη“, posiadając w słownictwie swojem dla tej ostatniej także określenie „μήτρη“ [25]). Miałżeby ją wraz z macicą uważać za jeden narząd? Przeciw temu przypuszczeniu przemawia naszem zdaniem bardzo poważny powód. Aretaeus rozróżnia bowiem wejście do pochwy, ujście zewnętrzne i wewnętrzne części pochwowej. Gdybyśmy więc przyjęli, że Aretaeus uważa pochwę wraz z macicą za jednę całość, musielibyśmy także przyjąć, że podług niego miałby ten jeden kanał, przebiegający niejako jedną ciągłą linią, nietylko dwa ujścia, lecz miałby ich aż trzy, a na podobne tłómaczenie słów Aretaeusa przecież trudno się zgodzić. Ze zaś Aretaeus rzeczywiście wymienia dwa ujścia części pochwowej, wkrótce będziemy mieli sposobność udowodnić. Przypuszczenie nasze jednak nie ulegnie zmianie, jeżeli nawet przyjmiemy, że Aretaeus ujścia wewnętrznego szyjki nie odróżniał, skoro wiemy, że dla niego istniało tylko ujście zewnętrzne, „στόμα“ macicy. Wszak ujście zewnętrzne, — albo jak dosłowne tłómaczenie wyrazu „στόμα“ każe, „usta“ — jako prowadzące do nowego kanału i stanowiące jego początek, nie może się znajdować gdzieś we środku tegoż.

Poglądów swoich na przebieg, kształt i rozmiary samej pochwy nie zdradza Aretaeus nigdzie. Przyznaje jedynie, że ona leży wraz z macicą w środku miednicy („ἐν τῇσι λαγόσι τῶν γυναικῶν μέσῃσι ἐγκέεται ἡ μήτρη...“ [26]). mając przed sobą pęcherz, a w tyle poza sobą odbytnicę. Aretaeus nie pozwala sobie wprawdzie na tak względnie dokładne określenie położenia macicy, lecz omawiając choroby pęcherza, powiada, jak to już wspomnieliśmy, że go macica w stanie zapalenia ugniata. „ἐπὶ γυναικῶν μὲν γὰρ αὐτέων καὶ ὑστέρων φλεγμονὰς ἀναπιέζει...“ [27]). Podobnie okolicznościowo tylko wymienia tylną granicę przy sposobności poszukiwania przyczyn przemieszczenia macicy [28]).

Jeżeli przyjmiemy nasze przypuszczenie o odrębności pochwy i macicy jako udowodnione, natenczas znajdziemy pomiędzy Aretaeusem a innymi lekarzami starożytnymi znaczną różnicę. Rozpoczynając nasz przegląd od Hipokratesa, musimy przyznać, że dla niego istniały jamy stanowiące między sobą jedną całość, w skład której wchodziła pochwa wraz z macicą. W szczątkach, utrzymanych po bezpośrednich następcach Hipokratesa i po zwolennikach szkoły aleksandryjskiej, nie znajdujemy nic o pochwie tak, że nic stanowczego o tej sprawie powiedzieć nie możemy. Celsus znowu opisuje wprawdzie dokładnie pochwę, nie wyrobił jej jednakowoż odrębnego stanowiska, pozostawiając to Soranusowi [29]) i Rufusowi. „εἶτα τὸ κοίλωμα τὸ ἐφεξῆς, γυναικεῖος κόλπος, καὶ αἰδοῖον τὸ σύμπαν σὺν τοῖς ἐπιφανέσιν“ [30]). Lecz już u Galena znajdujemy pod tym względem pewnego rodzaju brak stanowczości i jasności; gdy bowiem raz uważa pochwę za narząd całkiem odrębny, łączy ją innym razem z macicą w jednę całość [31]), posuwając się w ten sposób wstecz poza Soranusa. Oribasius, czerpiący swoje wiadomości anatomiczne u Galena, zgadza się na to ostatnie zapatrywanie, rozróżniając jedynie górną, sięgającą aż do pępka i dolną, prowadzącą na zewnątrz część. „...κατὰ μὲν τὸ ἄνω πέρας, τὸ τοῦ πυθμένος πλησίον ἐστὶ τῷ ὀμφαλῷ, τὸ κάτω δ᾽αὐτῆς πέρας ἐπὶ το αἰδοῖον...“ [32]).

Pochwa łączy się z macicą, o której anatomii nieco więcej szczegółów podaje Aretaeus, aniżeli o pierwszej. O jej położeniu wspomnieliśmy już nieco wyżej. Kształtu jej, który w starożytności tak rozmaicie opisywano, nie podaje. Wiemy jedynie, że rozróżniał na niej powierzchnie: przednią, tylną i dwie boczne, zwrócone ku kościom biodrowym. Nadto rozróżniał jeszcze trzon czyli właściwą macicę i część nazwaną karkiem (αὐχήν [33]); trudno jednak powiedzieć, którą część Aretaeus określa tem mianem. Na podstawie tego, co u niego znajdujemy, możliwe są dwa przypuszczenia: odnosić się może ta nazwa albo do „części pochwowej“ albo też do „części nadpochwowej“. Prawdopodobieństwo przemawia za częścią pochwową, nie rozstrzygając jednak sprawy stanowczo. Zastanawiając się bowiem nad przyczynami wypadania macicy, powiada, że choroby części, nazwanej karkiem, powodują wypadanie [34]); nieprawdopodobnem zaś jest, żeby Aretaeus rozpoznawał choroby części nadpochwowej, w odróżnieniu od chorób części pochwowej i reszty macicy i przypisywał im w tym kierunku znaczenie przyczynowe. W innem znowu miejscu [35]), gdzie się również zastanawia nad wypadnięciem macicy, twierdzi, że czasami wypada tylko część macicy, a mianowicie od ujścia aż do karku. Ponieważ opis ten stałby się niezrozumiałym, gdybyśmy przez „kark“ zrozumieli tu „część pochwową“, a więc bezpośrednio nad ujściem zewnętrznem, dlatego musimy się w tej sprawie uciec do innych pisarzy starożytnych, a przedewszystkiem do Soranusa, który przecież pozostawił najlepszy i najdokładniejszy opis macicy. On rozumie przez „αὐχήν“ część, znajdującą się ponad szyjką [36]), podczas gdy znowu Galen [37]) w ten sposób określa nic innego, jak tylko część pochwową. To zamieszanie, panujące pod tym względem u starożytnych pisarzy, odbija się także i u Aretaeusa.

Na części pochwowej rozróżnia ujście zewnętrzne, zwane u niego ujściem macicznem („στόμα“), które wśród warunków prawidłowych nie przekracza pewnej wielkości. Ujście to jest zewnętrzną granicą kanału, przechodzącego przez część pochwową, a prowadzącego w dalszym ciągu do jamy macicy. Co Aretaeus uważał za wewnętrzną granicę tego przewodu, tego wyraźnie nie powiada. Granica taka jednakowoż dla niego istniała, skoro powiada, że macica wypada niezawsze w całości, lecz czasem tylko po część pochwową „μέσφι τοῦ αὐχένος“ [38]).

Trzon macicy jest trzewem wydrążonem, którego górny brzeg stanowi dno macicy (πυθμήν) [39]). Jak sobie Aretaeus wyobrażał dno macicy i czy przyjmował w niem istnienie

[20]) Sorani περὶ γυναικείων παθῶν ed. Rose. Lipsiae 1882. cap. XVII. 53.

[21]) Medicina lib. VIII. cap. II.

[22]) De causis et signis acutorum morborum lib. II. cap. XI. K. str. 62. i de curatione acutorum morborum lib. II. cap. X. K. str. 285 i 287.

[23]) De causis et signis diuturnorum morborum lib. II. cap. IV. K. str. 141.

[24]) De curatione ac. morb. lib. II. cap. X. K. str. 285.

[25]) De causis et signis acutorum morborum l. II. cap. XI. K. str. 60.

[26]) L. c.

[27]) L. c. cap. X. str. 58.

[28]) De curatione acutorum morborum lib. II. cap. X. K. str. 287.

[29]) Lib. I. cap. III. 16.

[30]) Rufus περὶ ὀνομασίας τῶν τοῦ ἀνθρώπου μορίων· ed. Daremberg-Ruelle.

[31]) Galeni de ut. dissectione cap. II. K. II.

[32]) Oribasius ed. Dundas, de vulva str. 126.

[33]) De causis et signis diuturnorum morborum lib. II. cap. XI. K. str. 167 i de curatione acutorum morborum l. II. cap. X. K. str. 285.

[34]) L. c. str. 285.

[35]) L. c. str. 167.

[36]) Soranus lib. I. cap. III. 9.

[37]) Galeni de uteri dissectione cap. VII. K. II.

[38]) De causis et signis diuturnorum morborum l. II. cap. XI. K. str. 167.

[39]) De causis et signis diuturnorum morborum l. II. cap. XI. K. str. 166 i de curatione acutorum morborum l. II. cap. X. K. str. 285.

rogów, tego nie wiemy. O samej jamie macicy również nie podaje wiele. Jeżeli jednak przyjmiemy, jako słuszne, rozumowania Fassbendera[40]) odnośnie do jamy macicy w pismach Hipokratesa, podług którego tak częste określenie macicy w liczbie mnogiej ma być jednym z dowodów, że w macicy istnieje kilka jam, natenczas będziemy musieli, odnosząc to samo rozumowanie do Aretaeusa, twierdzić, że autor ten przyjmował w macicy kobiecej istnienie jednej tylko jamy. W ten sposób wystąpiłby Aretaeus przeciw zapatrywaniom Hipokratesa i jego szkoły, z którymi się Galen[41]) także najzupełniej zgadzał, a podzielałby stanowisko Soranusa.

Mięsień macicy składa się z dwóch warstw[42]), wewnętrznej i zewnętrznej, połączonych ze sobą, z tętnic i żył.

Macica przyczepiona jest do otoczenia zapomocą dwóch par ścięgnistych (νευρώδεες) więzadeł: jedna para wychodzi z dna macicy i ta jest delikatną i cienką, („οἱ μὲν κατὰ πυθμένα πρὸς τὴν ὀσφῦν λεπτοί“)[43]), druga para mocniejsza, rozszerzająca się nakształt żagli, odchodzi na granicy trzonu i części pochwowej i przyczepia się do bioder („οἱ δὲ κατ᾽ αὐχένα ἔνθα καὶ ἔνθα πρὸς τοὺς λαγόνας· ἁ δὲ μάλιστα νευρώδεες, πλατέες ὄκως νεὼς λαίφεα“)[44]). Obydwa te więzadła utrzymują macicę w pewnem stałem prawidłowem położeniu. Pod tym względem zachodzi zupełna zgoda pomiędzy Aretaeusem, a tylu innymi lekarzami[45]).

O częściach dodatkowych macicy nie znajdujemy u Aretaeusa nigdzie śladu tak, że w tym kierunku nie są wogóle dopuszczalne żadne wnioski. (C. d. n.).

---

[40]) Entwickelungslehre, Geburtshilfe u. Gynaekologie in den Hippokratischen Schriften.
[41]) De usu partium corporis humani l. XIV. cap. IV. K. IV.
[42]) De causis et signis diuturnorum morborum lib. II. cap. XI. K. str. 167.
[43]) L. c.
[44]) L. c.
[45]) Soranus lib. I. cap. III. 8. Rufus l. c. str. 160. — Galeni de ut. diss. cap. IV. K. II. i de usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. XIV. K. IV.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 26 maja.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 18 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Jarecki przedstawił rzadsze przypadki chorobowe ze szpitala św. Ludwika; Dr. Bier mówił „O zakładzie do czyszczenia wody kanałowej w Sanatoryum zakopańskiem.“

* XV międzynarodowy Kongres lekarski w Lisbonie ma się odbyć, jak wiadomo, od 19 do 26 sierpnia 1904 roku. Wyszedł właśnie pierwszy numer urzędowego czasopisma tego Kongresu, który zawiera statut Kongresu i organizacyę sekcyi i komitetów rozmaitych krajów. Na uwagę zasługuje paragraf 2-gi statutu, który nadaje prawo brania udziału w Kongresie tylko lekarzom i ludziom nauki, przedstawionym przez komitety krajowe lub komitet portugalski Wkładka członków wynosi 25 franków (20 marek — 1 funt angielski. Działalność naukowa Kongresu odbywać się ma w 17 sekcyach: 1) Anatomia (opisowa i porównawcza. antropologia. embryologia, histologia). 2) Fizyologia. 3) Ogólna patologia, bakteryologia, i anatomia patologiczna. 4) Terapia i farmakologia. 5) Medycyna wewnętrzna. 6) Pedyatrya. 7) Choroby nerwów, psychiatrya i kryminalna antropologia. 8) Dermatologia i syfiligrafia. 9) Chirurgia. 10) Medycyna i chirurgia narządów moczowych. 11) Okulistyka. 12) Laryngo-rynologia, otiatrya i stomatologia. 13) Ginekologia i położnictwo. 14) Higiena i epidemiologia. 15) Medycyna wojskowa. 16) Medycyna sądowa. 17) Medycyna kolonialna i marynarska.

Komitet wykonawczy ma zamiar drukować wszystkie zamówione i zgłoszone referaty przed otwarciem Kongresu; z tego powodu należy je nadesłać do generalnego sekretaryatu przed 30 września 1905 roku. Inne referaty powinny być nadesłane przed 31 grudnia 1905 r.. jeżeli mają być drukowane. — Urzędowym językiem ma być język francuzki. Na ogólnych zgromadzeniach i na posiedzeniach sekcyjnych można będzie używać języka niemieckiego, francuzkiego i angielskiego. Z tego wynika, że język portugalski z obrad wykluczono, co nastąpiło w celu zmniejszenia wogóle liczby języków na Kongresie. Prezydentem Komitetu organizacyjnego jest dr. M. da Costa Alemao; generalnym sekretarzem dr. Miguel Bombarda. Zgłoszenia należy posyłać na ręce tego ostatniego (*Hospital de Rilhafolles, Lizbona*).

* Dnia 16-go b. m. ukonstytuował się austryacki Komitet XV międzynarodowego Kongresu lekarskiego. Przewodniczącym został wybrany prof. Nothnagel, skarbnikiem prof. Politzer; sekretarzami: proff. Obersteiner i Frankl-Hochwart.

* W r. bieżącym wakuje stypendyum im. Szklarskiego w kwocie 2000 koron, przeznaczone dla ukończonego ucznia Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell., na jednorazowy wyjazd za granicę. Podania przyjmuje dziekan Wydziału lekar. Uniw. Jagiell. do dnia 20 czerwca b. r.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich na Uniwersytecie lwowskim otrzymali: Adolf Karol German i Roman Hinze.

* Dr Bukojemski mianowany został docentem położnictwa i ginekologii w Odessie.

* Do Towarzystwa samopomocy lekarzy w dalszym ciągu przystąpili koledzy: Dr. Brudzewski Karol (Kraków) i Dr.Mach Andrzej (Bursztyn).

* W Londynie wyszło tłómaczenie znanej książki Weresajewa (Smidowicza) p. t. „Zapiski lekarza.“ Czasopismo angielskie „The Britisch Medical Journal“ z 30 z. m. zamieszcza obszerną recenzyę tej pracy. Wszystkie ujemne strony zawodu lekarskiego, które Weresajew żywemi barwami odmalował, wszystkie wahania, wątpliwości, które tak często dręczą sumienie i umysł lekarza, zwłaszcza młodego, recenzent określił, jako następstwo faktu, że „medycyna w Rosyi znajduje się w stanie półbarbarzyńskim“, że nastrój rozpaczliwy Weresajewa jest wynikiem jego zawodowej ignorancyi, słowem, że dla takiej jak ta książki najwłaściwszem miejscem byłby »śmietnik«.

* Prof. patologicznej anatomii w kijowskim Uniwersytecie, dr. Wysokowicz, udał się do Laojan na wezwanie kierownika sanitarnej części armii mandżurskiej.

* Przed kilku laty parlament angielski, hołdujący hasłu osobistej wolności do ostatnich granic, zawiesił prawo przymusowego szczepienia limfy ochronnej. Nie długo jednak czekał na skutki swej lekkomyślnej uchwały, gdyż mordercza epidemia ospy dotkliwe wyrządziła klęski mieszkańcom. Obecnie Anglicy nawracają się do szczepienia coraz więcej, a równo z tą rozsądną zmianą zmniejszyła się statystyka śmiertelności z ospy. W ostatnich czasach wpłynęło do parlamentu sporo próśb o prawne uregulowanie tej sprawy i można liczyć, że po tak bolesnem doświadczeniu parlament przywróci niebacznie zawieszone prawo obowiązkowego szczepienia.

* „Polski przewodnik po zdrojowiskach“, ułożony przez Dr. Xawerego Gorskiego, opuścił prasę; odznacza się ścisłą dokładnością informacyjną, a tem samem spełni swe zadanie wobec społeczeństwa, oraz krajowych zdrojowisk i uzdrowisk. Staranne wydanie zdobią liczne ilustracye. Cena wynosi 5 koron.

* Paryski świat naukowy nie małą ma trudność w obsadzeniu posady dyrektora Instytutu im. Pasteura, opróżnionej przez śmierć Dr. Duclaux. Najwięcej widoków ma Dr. Roux.

* Między 10 a 16 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: borszczowskim (1 gm.), buczackim (1 gm.). czortkowskim (1 gm.), husiatyńskim (1 gm.), jaworowskim (4 gm.), kamioneckim (1 gm.), lwowskim (2 gm.), mościskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), przeworskim (1 gm). skałackim (1 gm.), śniatyńskim (4 gm.), starosamborskim (3 gm.), stryjskim (4 gm.), tarnowskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), turczańskim (4 gm.), złoczowskim (4 gm.), żółkiewskim (4 gm.), żydaczowskim (1 gm), w mieście Lwowie 1 przypadek.

Nekrologia. Dr. Leon Nencki, brat ś. p. Marcelego, zmarł w Warszawie w wieku l. 55.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 20. Serkowski i Maybaum: W sprawie zaraźliwości raka (dok.). Sterling: O porażeniu astenicznem (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 20. Stankiewicz: Jaka jest granica doszczętnego leczenia przepuklin? Ciągliński: Pzzyczynek do leczenia balneologicznego chorych z cierpieniami serca i tętnic.

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 5. Bogdanik: O resekcyi stopy według własnej metody. Putermann: Kilka słów w sprawie aglutynacyi. Nowy odczynnik: typhus „diagnosticum“. Rzętkowski: Odporność w stanach zakaźnych. Sterling: O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu. Fidler: O zaraźliwości trzeciorzędnych objawów przymiotu i jego dziedziczeniu (dok.). Serkowski: Zarys semiotyki moczu. Grodecki: Birsztany (dok.). Sonnenberg: O błędach lekarskich ze stanowiska nauki i w obliczu prawa (dok.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 4. Świętochowski: Połąga, jako nadmorskie miejsce kąpielowe. Regiec: Na rozpoczęcie sezonu kąpielowego.

— *Przewodnik zdrojowy* Nr. 4. Skórczewski: Rzut oka na sprawy zdrojowisk i uzdrowisk w Galicyi.

— *Ginekologia* Nr. 4. Cercha: O borowinie, kąpielach borowinowych krynickich i zastosowaniu ich do leczenia chorób kobiecych. Neugebauer: Hydromeningocele sacralis anterior (c. d.). Asterblum: Przyczynek do rozpoznawania tyłozgięcia macicy ciężarnej.

— *Revue v neurologii, psychiatryi, fisykalni a diaeteticke therapii* Nr. 5. Skala: Tabes juvenilis. Vitek: Tic ruky. Přispěvek k otazce motorických obdessi (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 20. Cisler: O poměru pathologických změn svalstva hrtanového k zákonu Semon-Rosenbachovu (dok.). Krutina: Favus v Bosně a Hergegovině (dok.). Zahradnický: Zpráva o 604 kýlách v nemocnici německobrodské operovaných (c. d.). Šantrůček: Léčeni hydrokély (c. d.).

— *Liečnički Viestnik* Nr. 5. Šlejmer: Prilozi pitanju appendicitide. Maixner: Myxsarcoma durae matris. Extirpatio.

— *La Presse médicale* Nr. 38. Philipe: Nowa metoda skombinowana dla leczenia zwężeń i przewlekłych zapaleń cewki moczowej. Minet i Averseng: Technika i wskazania do elektrolizy okrężnej przy zwężeniu cewki moczowej. Genouville i Compain: Leczenie niezatrzymywania moczu drogą faradyzacyi zwieracza cewki. Nr. 39. Langenhagen: Rzekoma nerka wędrująca. Romme: Szerzenie duru brzusznego i śmierć nagła chorych na dur. Samozakażenie z macicy i samoodkażenie pochwy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 20. Heller: Przyczynek do sprawy gruźlicy. Volhard: O tętnie wątrobowem i o wyrównaniu w niedomykalności zastawek sercowych. Morgenroth: Badania związku toksyn błoniczych z antytoksynami, oraz o konstytucyi jadu błoniczego. Sperling: Przepukliny w bliźnie połaparomijnej i złośliwe zwyrodnienie jelit w worku przepuklinowym. Hueppe: Zapobieganie chorobom zakaźnym w szkole (dok.). Lassar: Radioterapia.

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 20. Neumann: Dziedziczenie kiły. Pauli: O związku między fizyko-chemicznemi własnościami a działaniem lekarstw. Kostlivý: Wodniak międzyścienny. Krokiewicz: Patogeneza diplopneumokoka Fränkel-Weichselbauma. Przypadek pneumokokowej posocznicy przerzutowej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 20. Tabora: Zaburzenia kiszkowe w achylii żołądkowej. Altschüller: Stosunek *bact. faecalis alkaligenes* do prątka durowego. Veraguth: Leczenie zawrotu Menierowskiego. Lange: Bezkrwawe leczenie wrodzonego zwichnięcia stawu kulszowego. Schaeffer: Etyologiczne uwagi nad jednym przypadkiem poprzecznego ostrego zakaźnego poporodowego zapalenia mlecza w następstwie ropiastego dziurawiącego zapalenia przymacicznego. Dreuw: Leczenie łuszczycy przez lekarza praktycznego. Volland: O powstawaniu gruźlicy. Ehrlich: Czy bolesność czczego żołądka jest cierpieniem nerwowem?

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 21. Fraenkel: O cieśni oskrzelowej. Wassermann i Bruck: Działanie antytoksyny w ciele żyjącem. Kingmüller i Baermann: Czy jad kiłowy jest przesączalny? Lubliński: Stosunek między językiem łuskowatym (*leukoplakia*) a kiłą. Katzenstein: Osobliwa postać wierzchniactwa (*epispadiasis*), wierzchniactwo w zakresie żołędzi i jego powstawanie. Bluhm: Przyczynek do kazuistyki wadliwej budowy części rodnych kobiety. Riegel: O nadmiernej kwasocie i nadmiernej wydzielinie (dok.). Richartz: Różniczkowe rozpoznanie między rozszerzeniem wrzecionowatem przełyku a głęboko usadowionym w nim uchyłkiem (dok.).

Redakcya otrzymała: Korybut Daszkiewicz: 1) O wartości lecznicej i rozpoznawczej przekłucia lędźwiowego. 1) Kilka słów w sprawie ratowania od pozornej śmierci noworodków i dzieci starszych. 3) Kilka słów o najnowszych zdobyczach nauki na polu badania chemicznego mleka kobiecego i różnych zwierząt. 4) Przyczynek do sprawy opatrywania pępowiny i stosowania kąpieli w pierwszych dniach życia noworodków. 5) Kilka słów w sprawie wyboru mamek. Xawery Górski: Polski Przewodnik po Zdrojowiskach. Blumenfeld: Beitrag zur Thrombophlebitis luetica in Frühstadium.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 20 (od 15/V do 22/V) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 30, dz. 23; nieżywo: chł. 1, dz. 1. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 14, kob. 26; zamiejscowych: męż. 15, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych —. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 11. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 5, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 6, ob. 6. 21) nowotwory: miej. 2, ob. —. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 7, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. 2. **Razem** miej. 40, obcych 27.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 1 czerwca, o godzinie 6-tej popołudniu, ***w sali wykładowej kliniki chirurgicznej U. J.*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Kader wraz z asystentami klinicznymi przedstawi i omówi rzadsze przypadki, leczone obecnie w klinice.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr. **Jekels**, właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.
Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski,** docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).
Dr. **Witczak,** kierownik i właściciel Zakładu.

Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).
Dr. **Zanietowski Józef,** jun., lekarz zakł.

Kosów
lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski,** kierownik i właściciel.

Krynica.
Dr **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens,** („pod Jeleniem“).
Dr. **Ebers,** radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Kopff Leon,** lekarz c. k. Zakładu zdrojowego.
Dr. **Lewicki Stanisław,** asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.,** („pod Orłem“).

Maryówka pod Lwowem.
Dr. **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakładu.

Ojców.
Dr. **Niedzielski St.,** dyrektor zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Daniłowski Br.,** asystent dyrektora.

Rabka.
Dr. **Lang,** lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz,** lekarz zakładowy.

Szczawnica.
Dr. **Gorski Ksawery,** lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Kołączkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniczego dolnego i pensyonatu.

Truskawiec.
Dr **Krzyżanowski E.,** radca ces., lekarz zakł.
Dr **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Zakopane.
Dr. **Majewicz Edmund,** Przecznica.

Żegiestów.
Dr. **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr. **Kümmerling,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr. **Feuerstein Leon,** („Hotel Continental“).

Cieplice trenczyńskie.
Dr. **Filipkiewicz Stefan,** lekarz zakł.
Dr. **Wobr,** lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Franzensbad.
Dr. **Steinsberg,** („Goldener Brunnen“).

Gleichenberg.
Dr. **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger“ IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.
(Kąpiele morskie i piaskowe.)
Dr. **Oransz M.,** (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.
Dr. **Kaufmann Oskar,** (Sprudelstrasse, „Pascha“).
Dr. **Kołaczkowski,** („Stadt Athen“).
Dr. **Kostecki,** (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz,** (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau“).
Dr. **Kropf Leon,** (Theatergasse, „Minerva“).
Dr. **Maleszewski Wł.,** (Alte Wiese, „Drei Staffeln“).

Kissingen.
Dr. **Chłapowski Franciszek,** radca sanitarny.
Dr. **Maciejewski J.,** (Villa „Elsa“).

Marienbad.
Dr. **Harajewicz Wład.,** (Villa „Wahnfried“).
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).
Dr. **Schermant J.,** (Villa „Apollo“).

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)
Dr. **Binder,** kier. i właściciel sanatoryum „Stefania“.

Nauheim.
Dr. **Jankowski Fr.**

Rok XLIII. Kraków 4 Czerwca 1904. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O źródłach indykanu w moczu [1]).

Podał

Dr. W. Moraczewski (Karlsbad).

Od czasu, jak nauczono się oznaczać indykan w moczu, utarło się przekonanie o jego pochodzeniu. Wiadomem było, że białka tworzą przy gniciu indol, że przy zaburzeniach kiszkowych indykan w kale wzrasta i wyciągnięto stąd najprostszy wniosek. Doświadczenia Baumana dowiodły, że przy podawaniu psom kalomelu ilość indykanu w moczu się zmniejsza; a chociaż nie było to działanie odkażające, jak przypuszczał Bauman, tylko skutek częstych wypróżnień, mimo to nawet z tem ograniczeniem doświadczenia przemawiały za wyłącznem pochodzeniem indykanu z gnicia kiszkowego.

Sprawa pozostawała na tym stopniu, dopóki wskutek rozpowszechnienia się jakościowego oznaczania indykanu nie wpadł w oczy kilku naraz badaczom fakt, że indykan w moczu szczególniej zwiększa się w przypadkach, w których zaburzeń kiszkowych niema wcale, a są natomiast zaburzenia wątroby (Rabaioli, Scotti, Weil). Jeżeli zebrać wszystkie te przypadki, które cechują się zwiększeniem indykanu w moczu, to przekonamy się o braku pozornie wszelkiego związku. Indykan w znacznej ilości bywa u dzieci, u kobiet ciężarnych, u chorych na dnę, na fosfaturyę, oksaluryę, cukrzycę, w charłactwie, w żółtaczce, w marskości wątroby i t. p. Niektóre z tych zjawisk starano się wyjaśnić dawną teoryą: wskazywano na mechaniczne utrudnienia ruchów kiszkowych w czasie ciąży, na wyłącznie mięsną dyetę chorych na cukrzycę, na brak kwasu solnego w przebiegu raka i błednicy, na wpływ odkażający żółci, na wpływ węglowodanów, które jakoby odkażają treść kiszek wytworzonym z cukru alkoholem.

Na inne tory wprowadził pytanie o indykanuryi E. Harnack, który z Elsą van der Leyen wykonał szereg doświadczeń na psach, traktowanych szczawianami. Psy takie miały pod wpływem szczawianów. wstrzykiwanych do żołądka lub pod skórę, wydzielać indykan w moczu w ilościach zwiększonych i wydzielenie to miało przetrwać czas podawania soli. Oznaczania indykanu nie robiono ilościowo, a oznaczenia ilościowe, wykonane w klinice Jaffégo, wyników Harnacka nie potwierdziły.

Ponieważ wówczas znana była metoda oznaczania ilościowego szczawianów w moczu, zatem podjąłem zadanie przeprowadzenia równoległych oznaczeń ilościowych indykanu i szczawianów przy rozmaitych dyetach. Jako przedmiot badania wybrałem cukrzycę, która się wyróżnia ilością indykanu w moczu. Wyniki przekonały mnie, że prawie zawsze ilość indykanu idzie w parze z ilością szczawianów, która przez szkołę berlińską poprzednio już przy rozmaitych dyetach oznaczona była. Uderzającą była zgodność, z jaką w prawidłowych i nieprawidłowych warunkach szczawiany oddziaływają na dodanie tłuszczow do jadła. Dodatek tłuszczu powiększa ich ilość więcej, niż dodatek mięsa. Dyeta, obfitująca w cukier, zmniejsza zarówno szczawiany, jak indykan. Doświadczenia szkoły Salkowskiego potwierdziły znaleziony przezemnie wpływ tłuszczów na szczawiany; doświadczenia zaś Bakmana wykazały zgodnie z mojemi, że tłuszcze stanowczo i wybitnie podnoszą ilość siarkanów związanych, które w parze chodzą z indykanem. Moglibyśmy zatem z całą śmiałością twierdzić, że tłuszcz powiększa indykan i szczawiany, a cukier zmniejsza wydzielanie obu tych składników. Po tych doświadczeniach zrobiłem zestawienie przypadków oksaluryi i indykanuryi, korzystając z materyału pracowni chemicznej i w 300 badanych przypadkach znalazłem 80% jednoczesnego występowania szczawianów i indykanu w moczu.

Doświadczenia wyżej przytoczone mogły nas przekonać, że pomiędzy wydzielaniem szczawianów i indykanu istnieje zależność, mogły naprowadzić nas na domysły, że proces, którego wynikiem jest wydzielenie szczawianów, może nie mieć nic wspólnego z gniciem w kiszkach; wszelako dowodu wyraźnego, że indykan ma prócz kiszkowego gnicia inne źródła, dać oczywiście nie potrafiły. Zarzucić można było, że szczawiany przechodzą jak indykan z kiszek do moczu drogą dyfuzyi (Wesener), ale ten zarzut łatwo się da usunąć, bo gnicie w kiszkach ma powiększać indykan, a bezwarunkowo zmniejsza ilość szczawianów (Klemperer i Tritschler), równoległości zatem spodziewać się nie można.

Tłuszcze mogłyby wpływać na szybkość chłonienia, na ilość wydzielanej żółci, której rola polega rzekomo na odkażaniu treści kiszkowej, słowem trzeba było postarać się o dowody więcej stanowcze.

Blumenthal, Lewin, Rosenheim, wychodząc z zasady, że indykan jest wytworem rozkładających się tkanek, zastrzykiwali królikom florydzynę i wywoływali cukromocz, przy którym ilość indykanu się powiększała; ale doświadczeniom tym poważne robiono zarzuty, a Elinger, podwiązujęc przewód kiszkowy u królików, wykazał raz jeszcze, że zatrzymanie kału wywołuje powiększenie indykanu.

Nie pozostawało tedy nic innego, jak oznaczać ilość indolu w kale i porównywać ją do ilości indykanu w moczu. Destylowanie kału w roztworze zasadowym i wytrzą-

[1]) Według odczytu wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem w Krakowie.

sanie destylatu eterem nie dawało wyników zgodnych; skorzystałem przeto z metody, wprowadzonej przez Schmidta i Baumstarka, która polega na wytworzeniu barwika z indolu.

Jeżeli 2—4 grm. stałego kału, albo 5—10 płynnego, rozetrzeć z 40 sz. cmt. alkoholu i z wyciągu przesączonego wziąć 10 sz. cnt., to można dodawszy 1 sz. cnt. pięcioprocentowego rozczynu dimetylamidobenzaldehydu i 10—20 kropli stężonego kwasu solnego (1,19), otrzymać przy silnem wstrząsaniu barwik czerwony, mający charakterystyczną smugę pochłonną przy D.

Schmidt polecał oznaczać ilość barwika przez rozcieńczenie do tego stopnia, przy którym smuga pochłonna znika. Z ilości dodanego alkoholu wnioskował o ilości indolu. Metodą tą oznaczał Schmidt indol w kale oraz indygo w moczu i doszedł do wyników, zupełnie nie dających się użyć. Może być, że jedną z przyczyn była wadliwość metody.

W moich doświadczeniach posługiwałem się tymi samymi odczynnikami i tym samym sposobem wytwarzania barwika, tylko ilość jego oznaczałem spektrofotometrem Glana, oznaczywszy poprzednio współczynnik pochłonięcia dla rozczynu czystego indolu. Współczynnik ten jest dla smugi D równy 0.000042. Ażeby mieć pewną kontrolę oznaczań i jednocześnie zbadać drugą zależność wzajemną: urobiliny w kale i w moczu, oznaczałem w wyciągu alkoholowym kwaśnym ilość hidrobilirubiny, której współczynnik podany jest dla smugi w zielonem równy 0.0000575. Jednocześnie oznaczałem w kale ilość azotu, oraz części stałych. W moczu oznaczałem sposobem Obermayera indykan, ważąc wyciągnięte chloroformem indygo i miareczkując je po rozpuszczeniu w kwasie siarkowym $^{1}/_{10}$ n. nadmanganianem potasu. Obok tego oznaczałem z moczu azot, siarkany związane i hidrobilirubinę, którą wyciągałem z wysolonego osadu alkoholem i oznaczałem spektrofotometrem.

Doświadczenia robiłem na osobniku zdrowym, trawiącym zupełnie prawidłowo. Podstawą doświadczeń była całodzienna ilość indolu i hidrobilirubiny w kale, oraz całodzienna ilość indyga i urobiliny z $2^{1}/_{2}$ litrów mleka i 500 chleba pewnego, stale używanego gatunku.

Wypróżnienie odbywało się codziennie; po 5 dniach żywiania się zbierano mocz z 24 godzin, poczem oddany kał używano do oznaczenia indolu i t. d.

To doświadczenie wykonywano w szeregu poszukiwań kilka razy w rozmaitych czasach. Jako dyetę białkową przyjęto taką, przy której obok wyżej wymienionego mleka i chleba, zjadano 100—200 grm. świeżego twarogu. Przy dyecie tłuszczowej używano obok podstawowej dyety 100—200 grm. masła. Dyetę cukrową stanowił dodatek 100—200 grm. cukru. Wreszcie przy dyecie mlecznej zatrzymywano kał w przeciągu 72 godzin, to znowu w innem doświadczeniu starano się oddawać kał 2—3 razy na dobę, aby ocenić wpływ zatrzymania kału. Każde z tych doświadczeń powtarzano w rozmaitych warunkach, naprz. ser po tłuszczach tłuszcze po serze, cukier po tłuszczach, cukier po mleku i chlebie itp.

Wyniki tych doświadczeń, które uważać należy za bardzo niekompletne i za tymczasowe, pozwoliły nam sprostować niektóre błędne mniemania, który stanowiły rodzaj pewników i dlatego tylko pozwalam sobie już teraz o doświadczeniach moich mówić[1]).

Przekonałem się: 1) że ilość indolu w kale nie jest stałą nawet przy tej samej dyecie, że przeciwnie, zmienia się pod wpływem nieznanych warunków, jak również ilość hidrobilirubiny. Przy jednostajnej mlecznej dyecie jest jednak ilość indolu w ścisłej zależności od ilości hidrobilirubiny, tak mianowicie, że przy zmniejszeniu się ostatniej w kale indol wzrasta. Stosunki te robią na mnie takie wrażenie, jak gdyby zależnie od ruchu, od poprzedzającego zmęczenia, słowem od nieobliczalnych warunków, wlewało się mniej albo więcej hidrobilirubiny (czy żółci?) do kiszek i zależnie od tego wytwarzało się więcej albo mniej indolu z tej samej ilości kału. 2) Zaprawiony pewną ilością hidrobilirubiny kał dalej psuć się nie może, indolu więcej nie wytwarza, choćby kał zatrzymywano w kiszkach nienormalnie długo. Stosownie do tego nie zmienia się przy takiem sztucznem zaparciu stolca ilość indykanu w moczu, (raczej się zmniejsza), ani w porównaniu z pierwszym dniem zatrzymania, ani w porównaniu z ilością, oznaczoną w innych doświadczeniach. Przyjęte powszechnie zdanie, że każde zaparcie stolca prowadzi do indykanuryi, jest błędne i winno być wygłaszane z pewnemi zastrzeżeniami. 3) Rozmaite części kału zawierają zmienne ilości indolu. Ostatnia porcya oddana zawiera mniej niż pierwsza, dlatego trzeba nietylko kał mieszać dokładnie, ale prócz tego nie ograniczać się nigdy do jednej próby. 4) Nadmiar białka wpływa na zwiększenie się hidrobilirubiny, zatem ilość indolu nie jest tak wielka, jakby się przy tej ilości azotu w kale spodziewać należało. 5) Nadmiar tłuszczu powoduje (czy towarzyszy tylko) zmniejszenie hidrobilirubiny, stąd stosunkowo duża ilość indolu w kale. 6) Nadmiar cukru powoduje wprawdzie zmniejszenie hidrobilirubiny, ale zmniejszenie to nie odpowiada w żadnym razie olbrzymiemu powiększeniu ilości indolu. Przy dyecie cukrowej indol odsetkowo i bezwzględnie wzrasta w trójnasób, przyczem indykan w moczu żadnej nie ulega zmianie. Owo odkażanie kału jest zatem domysłem, którego potwierdzić doświadczeniem nie można. Przeciwnie cukier zdaje się dodawać energii gniciu, bądź jako dobra pożywka, bądź modyfikując chemizm rozkładu. W każdym razie śladów tego indolu w moczu nie znajdujemy, ani w pierwszym dniu żywienia się cukrem, ani w następnych.

W doświadczeniach tych przypisywałem świadomie wiele znaczenia hidrobilirubinie, rozumiejąc, że jako składnik żółci nie jest bez wpływu na gnicie w kiszkach.

Starałem się zatem rozpatrywać wyniki ze stanowiska teoryi dawnej; jednakże nie daje się ona pogodzić z wynikami, otrzymanymi przy dyecie tłuszczowej i cukrowej. Mimo bowiem wielkiej ilości indolu w kale, jaką przy karmieniu się cukrem spotykamy, ilość indykanu w moczu się nie zmienia, a zdaniem innych autorów nawet spada. Musimy zatem przypuszczać, że ogólne procesy spalania, które zmieniamy dyetą tłuszczową lub cukrową, prowadzą do większego lub mniejszego wytwarzania indykanu, którego wyrazem jest wydzielenie w moczu. Z tego punktu widzenia indykanurya w skazach moczanowej, cukrowej i t. d. byłaby łatwiej zrozumiała; zrozumiałem byłoby także, dla-

[1]) H. Ury D. Med. Woch. str. 700. 1904. doszedł do wyników zgodnych zupełnie z mojemi.

czego pewne sposoby żywienia, dlaczego dodanie zasad jednocześnie zmienia wydzielenie ciał tak różnych, jak szczawiany i indykan.

Stojąc jednak na stanowisku przeciwnej teoryi, nie mogłem nigdzie znaleźć objaśnienia dla niektórych zjawisk, a jedyną pomocą była domniemana rola żółci, o której ilość hidrobilirubiny świadczyć miała. Dla wyjaśnienia sobie tej roli rozpocząłem badania nad chorymi, którzy cierpią na brak żółci w kale. Tu indol w kale miał szczególniej być rozwinięty i stąd wielkie ilości indykanu, napotykane w moczu. W rzeczywistości sprawa wygląda zupełnie inaczej. Indykanu w moczu jest wprawdzie dużo. ale indolu w kale bardzo mało. Są przypadki, gdzie indol w kale jest prawidłowy, albo nawet duży, jeżeli uwzględnić ubogą w białko dyetę szpitalną, ale nigdy nie dochodzi nawet do $^1/_5$ części tego, co spotykamy w dyecie cukrowej. Są natomiast przypadki, gdzie indol w kale jest bardzo słabo zaznaczony, a mimo to indykanu w moczu jest bardzo dużo. Badanie stosunku indolu kału do indykanu w moczu u chorych utwierdziło mnie w przekonaniu, że prostą dyfuzyą indolu do moczu indykanuryi wytłómaczyć nie można.

Przyjęte powszechnie ogólnikowe twierdzenia o wpływie cukrów i wpływie zatrzymania kału polegały na niedokładnej obserwwacyi, albo mówiąc wyraźniej, wcale uzasadnione nie były. Przy dalszych badaniach uda się może wytworzyć w szeregu chorobliwych indykanuryi pewne grupy, któreby pozwalały domyślać się, jakie prawa rządzą wydzielaniem indykanu. Na razie wyniki nasze ograniczają się do sprostowania niektórych błędów i do utwierdzenia nas w przekonaniu, że przeciwnicy teoryi dyfuzyi, jako jedynego źródła indykanu, może mają słuszność.

II. Z kliniki lekarskiej Prof. A. Gluzińskiego we Lwowie.

Wpływ truskawieckiej wody zwanej „Naftusia" [1]) na przemianę materyi u ludzi zdrowych i dotkniętych skazą moczanową (diathesis uratica).

Podał
Dr. Tadeusz Praschil
lekarz zdrojowy w Truskawcu.

Dodatnie wyniki, które niezaprzeczenie stwierdzono u chorych ze skazą moczanową w Truskawcu przy piciu „Naftusi", opierały się, jak dotąd, na czystym empiryzmie, a nie były poparte żadnemi badaniami naukowemi.

Zachęcany kilkakrotnie przez prof. Gluzińskiego do przeprowadzenia szeregu badań w tym kierunku, dopiero w tym roku byłem w stanie dokonać w lwowskiej klinice lekarskiej pierwszy ich szereg, a mianowicie przeprowadzić badania nad przemianą materyi pod wpływem picia „Naftusi". Do doświadczeń swoich otrzymywałem codziennie wodę, świeżo czerpaną i przesyłaną koleją w szczelnie zakorkowanych butelkach.

W pierwszej części tych doświadczeń badałem wpływ „Naftusi" na przemianę materyi u ludzi zdrowych, w drugiej u ludzi, dotkniętych skazą moczanową.

A) Działanie „Naftusi" u ludzi zdrowych.

W jednym przypadku obserwacya trwała dni 9, w drugim 12. W pierwszym przedmiotem badania był zupełnie zdrowy dozorca kliniczny, liczący lat 22; w drugim zaś słuchacz IV roku medycyny, również zupełnie zdrowy, w wieku 21 lat. Tak jeden, jak i drugi, przez cały czas badania nie zmieniali sposobu życia, zachowali jednak obaj przez ciąg badania ilościowo i jakościowo jednostajną dyetę, pierwszy — dyetę zwykłą mieszaną z przewagą pokarmów mącznych i jarzyn (dyeta dozorców klinicznych), drugi bardzo ścisłą (co do jakości i ilości) mięszaną dyetę z 500 gramami mięsa wołowego dziennie.

Przy badaniu zwracałem uwagę na ilość, odczyn i ciężar właściwy moczu, dalej na ilość azotu ogólnego i wydzielonego, jako: mocznik, amoniak i kwas moczowy; resztę zaś azotu (kreatynina, ciała ksantynowe i t. d.) oznaczałem rachunkiem. Również oznaczałem szczegółowo w obu przypadkach codziennie kwas moczowy; ilość składników stałych, rozpuszczonych w moczu, obliczyłem według współczynnika Haessera (2·33), zaś mocznik i amoniak wyrachowałem z oznaczeń, dotyczących liczb azotu. Nadto w przypadku pierwszym oznaczyłem oprócz substancyi azotowych, kwas szczawiowy, wapno, magnezyę, fosfor i chlor.

Co do metod badania, to posługiwałem się przy oznaczaniu azotu sposobem Kjeldahla, mocznika metodą Mörnera i Sjöqvista, amoniaku sposobem Schlössinga, do oznaczenia kwasu moczowego używałem metody Denigèsa, do kwasu szczawiowego sposobu Salkowskiego, do fosforu ($P_2 O_5$) miareczkowania octanem uranu, do oznaczenia magnezyi i wapna sposobu wagowego Neubauera, wreszcie przy oznaczaniu chloru (NaCl) miareczkowania azotanem srebrowym.

Pierwszy badany (dozorca), — nazwijmy go *A* — pił przez pierwszych 3 dni codziennie po 1 litrze zwykłej wody

---

[1]) Woda ze zdroju »Nafta« w Truskawcu, powszechnie »Naftusią« zwana, posiada według rozbioru Prof Radziszewskiego przy ciepłocie 14·3° ciężar gatunkowy 1·003 i zawiera w 1000 częściach następujące stałe składniki:

Dwuwęglanu sodowego	0·14488
„ magnowego	0 02050
„ wapniowego . . .	0·38890
„ żelazowego	0 00371
Siarkanu magnowego	0·11617
„ wapniowego	0 02082
Chlorku magnowego.	0·02804
Soli potasowych	ślad
„ litowych	ślad
Bezwodnika krzemowego	0 01169
Kwasu węglowego wolnego . . .	0 07423
Ciał organicznych żywicowatych .	0 03779
Razem stałych składników .	0 84673.

Z rozbioru powyższego wynika, że jest to słaba szczawa (37 65 ctm.³ CO_2) alkaliczna (dwuwęglany), a jeśli uwzględnimy równie zawarty w niej wapń (siarkan i węglan), tudzież siarkan magnowy, możnaby ją określić jako słabą szczawę alkaliczno-ziemno-gorzką. Ciepłota wody w źródle stale wynosi 10° C.

Po przełknięciu pozostawia »Naftusia« w ustach krótkotrwały posmak i woń siarkowodoru. Jednakże ani dawniejszy rozbiór Torosiewicza (z r. 1835), ani świeższy Radziszewskiego, nie wykazuje w niej wolnego siarkowodoru jakoteż siarczków. Torosiewicz odnosił woń tę do »zapachu oleju skalnego«, a więc nafty (skąd nazwa zdroju „Naftusia"); Radziszewski zaś przypuszcza, że H_2S nie jest »gotowym« składnikiem tej wody, lecz się w niej dopiero tworzy pod wpływem działania zawartych w »Naftusi« ciał żywicowatych na siarkany w obecności wolnego CO_2.

(z wodociągów lwowskich), przez 6 następnych „Naftusię" z transportu codziennie świeżego, w takiej samej ilości; — drugi, powiedzmy *B*, również w 3 pierwszych dniach używał wody zwyczajnej, w 6 następnych „Naftusi" z transportów dawniejszych (zakorkowane butelki stały w klinice 3—4 tygodni), wreszcie w 3 ostatnich znowu wodę zwyczajną, — zawsze w ilości 1 litra na dobę.

Oddziaływanie moczu w obu przypadkach było stale kwaśne bez względu na rodzaj wypitej wody.

W celu uproszczenia obliczeń, podzieliłem czas badania w przypadkach *A* i *B* na 3-dniowe okresy, biorąc za podstawę swych uwag liczby przeciętne z tych okresów. Okresy pierwszy i czwarty dają wyniki przeciętnie z picia wody zwyczajnej, drugie i trzecie zaś daty, dotyczące działania „Naftusi" [2]).

Ilość moczu wynosiła przeciętnie:

		A	*B*
I.	przy wodzie zwyczajnej	1610 ctm.[3]	1230 ctm.[3]
II.	„ „Naftusi"	2550 „	1430 „
III.	„ „	2365 „	1390 „
IV.	„ wodzie zwyczajnej	— „	1430 „

Z zestawienia powyższego wynika, że u ludzi zdrowych „Naftusia" świeża w porównaniu do wody zwyczajnej działa więcej moczopędnie, z początku wybitniej (prawie o litr moczu więcej), później nieco słabiej (750 ctm.), — dawniejsza zaś (3-tygodniowa) „Naftusia" zwiększa tylko z początku w małym stopniu ilość moczu, później zaś zachowuje się, jak woda zwyczajna.

Największa ilość moczu u *A* była 3-go dnia podawania „Naftusi", bo 3320 ctm.; u *B* zaraz 1-go dnia, mianowicie 1640 ctm.

Ciężar gatunkowy moczu był niższym przy piciu „Naftusi", a to odpowiednio do zwiększonej wtedy ilości moczu

Ilość stałych składników rozpuszczonych w moczu wynosiła przeciętnie:

		A	*B*
I.	przy wodzie zwyczajnej	64·5 grm.	66·3 grm.
II.	„ „Naftusi"	87·7 „	69·5 „
III.	„ „	80·8 „	70·8 „
IV.	„ wodzie zwyczajnej	— „	76·1 „

Liczby z ilości stałych składników w okresach II i III. (wpływ „Naftusi") świadczą o wypłókiwaniu energiczniejszem ustroju, niż w okresach I. i IV. Wypłókiwanie to trwa króciej w przypadku *A* („Naftusia" świeża), dłużej w przypadku *B* („Naftusia" dawniejsza). Liczba okresu IV. (woda zwykła) u *B* pozwala wnosić, że ustrój znajdował się jeszcze pod wpływem poprzednio wypitej „Naftusi."

Ilość ogólnego azotu, wydzielonego z moczem przeciętnie wynosiła:

		A	*B*
I.	przy wodzie zwyczajnej	11·7 grm.	16·5 grm.
II.	„ „Naftusi	18·6 „	20·0 „
III.	„ „	13·7 „	20·5 „
IV.	„ wodzie zwyczajnej	— „	17·8 „

²) Według dotychczasowych zapatrywań, działanie »Naftusi« występuje jedynie przy piciu jej u źródła w Truskawcu, lub co najwyżej w 24 godzin po zaczerpnięciu; natomiast dawniejsza „Naftusia" ma zupełnie nie działać, jest więc wodą, nie dającą się transportować.

Z tego wypadało:

1. na azot mocznika:	I.	9·86 grm.	15·0 grm.
	II.	15·45 „	18·0 „
	III.	12·21 „	18·5 „
	IV.	— „	15·8 „
2. na azot amoniaku:	I.	0·277 grm.	0·331 grm.
	II.	0·414 „	0·403 „
	III.	0·364 „	0·410 „
	IV.	— „	0·442 „
3. na azot kwasu moczowego:	I.	0·247 grm.	0·272 grm.
	II.	0·287 „	0·319 „
	III.	0·257 „	0·327 „
	IV.	— „	0·288 „
4. na azot reszty ciał azotowych (kreatyniny, ciał ksantynowych i t. d.):	I.	1·32 grm.	0·91 grm.
	II.	2·08 „	1·29 „
	III.	0·84 „	1·21 „
	IV.	— „	1·54 „

Z dat tych widzimy, że wogóle wydzielanie azotu i niektórych ciał azotowych większe jest przy piciu „Naftusi" (zwłaszcza z początku), niż przy wodzie zwyczajnej. Wzajemny stosunek tych ciał azotowych do siebie i do azotu ogólnego uwidocznia niżej podana tabelka, uwzględniająca odsetkowe zachowanie się N w ciałach azotowych (w odniesieniu do liczb N ogólnego jako 100).

Na 100 części azotu ogólnego wypada procentowo na N

przy wodzie	okres	Mocznika *A*	Mocznika *B*	Amoniaku *A*	Amoniaku *B*	Kwasu moczowego *A*	Kwasu moczowego *B*	Reszty ciał azotowych *A*	Reszty ciał azotowych *B*
zwykłej	I.	84·4%	90·1%	2·38%	2·0%	2·13%	1·7%	11·09%	6·2%
„Naftusi"	II.	85·0%	89·7%	2·26%	2·0%	1·64%	1·6%	11·36%	6·7%
„Naftusi"	III.	89·4%	90·0%	2·62%	1·9%	1·94%	1·6%	6·08%	6·5%
zwykłej	IV.	—	88·6%	—	2·5%	—	1·6%	—	7·3%

Z zestawienia powyższego widać, że pod wpływem „Naftusi" zwiększa się w moczu nieco ilość N, opuszczająca-

cego ustrój w postaci mocznika (szczególnie w przypadku *A*), natomiast zmniejsza się ilość N pod postacią kwasu moczowego (*A* i *B*) i reszty substancyi azotowych (*A* i *B* IV.), z wyjątkiem azotu NH_3, który przez cały czas spostrzeżenia pozostaje mniej więcej w tych samych granicach.

Wnioski, jakieby można z tego zestawienia wyciągnąć, byłyby, że „Naftusia" (zarówno świeża jak i dawniejsza), podawana w ilości 1 litra na dobę, przyczynia się u ludzi zdrowych czy to do lepszego utlenienia w ustroju pobranych z pokarmami substancyi białkowych (tak pochodzenia roślinnego — *A*, jak i zwierzęcego *B*), czy też do lepszego wypłókania ustroju, gdyż najwyższy szczebel w szeregu przemiany substancyi białkowych, t. j. mocznik, wzrasta w czasie picia „Naftusi", przy równoczesnem zmniejszaniu się kwasu moczowego (*A* i *B*), a prawdopodobnie i ciał ksantynowych (*A* III. i *B* IV.), zawartych w „reszcie azotu."

Jeżeli jednak uwzględnimy nie odsetkową ilość N, zawartą w kwasie moczowym, lecz całkowitą ilość kwasu moczowego, która wynosi na dobę przeciętnie:

	A	*B*
I. przy wodzie zwyczajnej .	0·74 grm.	0·82 grm.
II. „ „Naftusi"	0·86 „	0·96 „
III. „ „	0·77 „	0·98 „
IV. „ wodzie zwyczajnej .	— „	0·86 „

to widzimy, że całkowita ilość wydalonego pod wpływem „Naftusi" kwasu moczowego, tak w przypadku *A* jak i *B* w obydwu okresach picia tej wody (II. i III. okres), zawsze była większą, niż przy piciu wody zwyczajnej (I. i IV.).

Co do kwasu szczawiowego, CaO, MgO, P_2O_5 i NaCl, to ilość kwasu szczawiowego i magnezyi nie ulega zmianie w okresie picia „Naftusi", a fosfor i chlor opuszczają ustrój z moczem (zwłaszcza w pierwszych dniach) w większej ilości, aniżeli przy wypiciu takiej samej ilości wody zwykłej, wapno zaś stale zwiększa się, co częściowo odpowiadałoby zawartości soli wapniowych w wodzie truskawieckiej.

Waga ciała w obu przypadkach utrzymywała się podczas całego badania mniej więcej w tych samych granicach: $A = 64$, 64·7, i 64·5 kg., $B = 62·5$, 62·6, 62·4 i 62·5 kg.

Wyniki działania „Naftusi" na ustrój prawidłowy nie różnią się zatem zbytnio od wyników, otrzymanych przez różnych badaczy (Oppenheim, Mayer) przy podawaniu wody zwykłej w nadmiarze. Zarówno ilość substancyi azotowych, jak i ilość soli wzrasta w moczu tylko do pewnej granicy, poczem (po kilku dniach) ustrój, pomimo podawania tychsamych ilości „Naftusi", stara się utrzymać w równowadze azotowej i odpowiednio normuje wywóz soli. Działanie jednak „Naftusi" jest 2—3 razy energiczniejsze, niż wody zwyczajnej, już bowiem 1 litr „Naftusi" powoduje takiesame skutki, jak 2—3 litry wody zwyczajnej w badaniach wspomnianych autorów.

Co do różnicy między „Naftusią" świeżą i przechowywaną przez 3—4 tygodnie w butelkach, to sposób działania obydwu jest mniej więcej jednakowy; działanie moczopędne jednak świeżej jest o wiele wybitniejsze, niż „Naftusi" z transportów dawniejszych. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Hans Herz. **Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie).** 1902. Berlin-Wien. Urban und Schwarzenberg. Stron 123 in 8^0 (wielka ósemka).

Zaburzenia czynnościowe obwodowego układu naczyniowego należą do zakresu najmniej opracowanych działów patologii. Szczególnie zaś odnosi się to do tych przypadków, którym Solis-Cohen nadał nazwę niezborności naczynioruchowej (*ataxia vasomotoria*). Schorzeniem tem szczegółowo zajmuje się autor w swej książce, zawierającej wielką liczbę spostrzeżeń i obfitość myśli, które, aczkolwiek nie zawsze znać powstały na drodze ścisłego badania naukowego, jednakże zasługują ze wszech miar na bliższe zapoznanie się z niemi.

Istotę schorzenia dopatruje autor w zbytniej chwiejności (*Labilität*) regulujących narządów obwodowego układu naczyniowego, a mianowicie oddziaływanie występuje łatwiej, a trwa dłużej, niż zwykle bywa prawidłowo. Szybkie wyczerpanie po silnem zadziałaniu (*reizbare Schwäche*) występuje rzadziej. Z reguły ma miejsce napadowe występowanie zaburzeń, co też jest powodem częstego przeoczania tego schorzenia ze strony lekarzy. Aby rozpoznanie uczynić pewnem, należy zatem albo starać się zaburzenia te wywołać dowolnie, albo też przedstawić potrzebę częstszego spostrzegania chorego, w celu trafienia na chwilę, w której one występują. Zaburzenia polegają na rozkurczu albo na skurczu naczyń; występują w różnych okolicach układu naczyniowego; częstość i długość tych napadów jest rozmaita. Często podczas jednego napadu występują zaburzenia w rozmaitych okolicach ciała, przyczem albo to równoczesne występowanie bywa zupełnie przypadkowe, albo też ma tu miejsce sympatyczne lub antagonistyczne występowanie. Pierwsze zachodzi w symetrycznych częściach ciała lub w narządach o wzajemnie zawisłej czynności, jak np. sutki i części płciowe kobiet, w których bodziec, działający na jeden narząd, wywołuje zmiany także i w drugim. Antagonizm zaś istnieje przedewszystkiem między naczyniami skórnemi, a wewnętrznemi (łącznie z mózgowemi), między naczyniami mózgowemi, a naczyniami jamy brzusznej i piersiowej, między naczyniami kończyn górnych a płuc. Poszczególne objawy należą przedewszystkiem od rodzaju i miejsca zaburzenia. Przy nawałach do głowy należy odróżnić objawy, występujące na zewnętrznych i wewnętrznych częściach głowy. W pierwszych zwraca na siebie uwagę wejrzenie skóry policzków, a szczególnie uszów, z łatwymi do rozpoznania objawami przekrwienia; często spostrzega się wzmożoną pobudliwość pni nerwowych na ucisk; dalej: przekrwienie spojówek, objawy nieżytu nosa, a czasem i krwotoki nosowe. Przekrwienie w zakresie naczyń śródczaszkowych stwierdzić można na podstawie dokładnego poznania całego szeregu objawów przedmiotowych, jak rozszerzenie naczyń szyjnych, przekrwienie błony śluzowej nosa, przekrwienie siatkówki, podniesienie oporów dla przewodnictwa elektrycznego, tudzież podmiotowych, jak uczucia trętwienia w głowie, popęd do działania, bezsenność, nieumiejscowione tętnienie (umiejscowione przemawia za miażdżycą tętnic), uczucie lęku, żaru w głowie, pękanie czaszki, utrudnienie myślenia, zawroty głowy i niepewność przy staniu, często rodzaj agorafobii. Do wyliczonych zaburzeń przyłączają się objawy ze strony narządów zmysłowych: w oczach spostrzega się silne nastrzykanie naczyń spojówkowych i siatkówkowych, uczucie ucisku na gałkę oczną, zaciemnienie pola widzenia i zjawiska świetlne różnorodne, a niekiedy tylko (według autora) szerokie źrenice. W uszach szum, tudzież niekiedy objawy Meniera.

Do pewnych objawów skurczu naczyń mózgowych zalicza autor zemdlenie. Zmian w unaczynieniu oddzielnych części mózgu rozpoznać nie można. Zmianom, zachodzącym

w świetle naczyń w narządzie ruchowym, przypisuje autor także duże znaczenie. Tak np. według autora „paramyotonia“ zdaje się polegać na nieprawidłowej pobudliwości na zimno ze strony naczyń krwionośnych mięśni. Poza tem wskazuje autor na to, że drżenia różnego rodzaju, podniesiona pobudliwość mechaniczna, a niemniej różne sensacye w mięśniach, spotykane w niezborności naczynioruchowej, również może zależą od zaburzeń w unaczynieniu mięśni. Zaburzenia naczynioruchowe w skórze mają, według autora, pewną samodzielność. Objawowi dermograficznemu autor nie przypisuje tak wielkiego znaczenia rozpoznawczego, jak to się zwykle czyni, wobec tego, że spotykał wiele osób z tym objawem, nie posiadających niezborności naczynioruchowej. Zabarwienie, ogrzanie i inne objawy nie trudno wskazują na stan rozszerzenia naczyń skórnych. Przy częstem występowaniu rozszerzenia naczyń jamy brzusznej pojawiają się nieżyty przewodu pokarmowego, krwawnice, tak zw. nerwowa kolka wątrobowa, krwotoki miesiączkowe; często u tych chorych spotykają się zapalenia macicy i tkanki ją otaczającej, a nawet zdają się rozwijać łatwiej włókniaki macicy. Wzmożona u tych chorych wydzielina żołądkowa, wątrobowa, jak niemniej ślinienie i łzawienie, łatwo są wytłómaczalne na podstawie przekrwienia. Przy zmianach kurczowych w naczyniach jamy brzusznej zdarza się często u kobiet brak miesiączki, a jednocześnie nawały krwi do głowy lub krwotoki nosowe.

Rozszerzenie naczyń w gruczole tarczykowym i w gałkach ocznych może często przedstawiać obraz choroby Basedowa. U chorych tych stwierdza się niekiedy cukier i białko w moczu, również obfity osad, złożony z soli szczawianowych, co autor tłómaczy pewnemi zaburzeniami w przemianie materyi, jakie mają miejsce u tych chorych. Częste bole zębów mają zależeć od przekrwienia wokoło zębów spróchniałych.

Co się tyczy układu nerwowego, to autor odróżnia tu 3 kategorye: często objawy nerwowe u tych chorych bywają przypadkowem powikłaniem, to znowu istnieją one równocześnie z naczynioruchowymi, gdyż przyczyniają się często do wywołania tych objawów naczynioruchowych, a wreszcie i same objawy naczynioruchowe prowadzą według autora do zaburzeń nerwowych, a to, jak sobie to autor przedstawia, w sposób następujący: 1) albo ustrój nie może prawidłowo odbierać wrażeń, pochodzących z zewnątrz, lub od poszczególnych narządów; 2) albo też uczucie lęku, tudzież ciągła walka ze schorzeniem muszą rozstrajać cały układ nerwowy. Na tle tego schorzenia rozwija się przedewszystkiem miażdżyca tętnic, niemniej rozwijają się objawy zastoinowe w narządach, w których częściej i dłużej występowało przekrwienie, szczególnie też zwraca uwagę autor na powstawanie u tych chorych żylaków i krwawnic. Autor sądzi, że choroby Raynauda nie da się ściśle oddzielić od niezborności naczynioruchowej, a mianowicie od kurczowych zaburzeń naczyniowych, występujących w tem schorzeniu.

Co do przyczyn tej choroby, to należy odróżnić przyczyny istotne od okolicznościowych. Przyczyny istotne polegają przedewszystkiem na wrodzonem osłabieniu układu naczynioruchowego, tudzież wszystkich tych czynników, które już prawidłowo pobudzają układ naczyniowy do zmienionego stanu rozszerzenia, a do tych należą: nadmierna działalność, np. wyczerpująca praca umysłowa, wzruszenia moralne, obżarstwo, nadużycia płciowe, zbytnie pocenie się, procedury wodne, szybka zmiana ciepłoty, urazy, nadużycia w używaniu tytoniu, alkoholu, kawy. Co się zaś tyczy przyczyn okolicznościowych, t. j. wywołujących oddzielne napady chorobowe, to tu należą: palenie tytoniu, zaburzenia żołądkowe, zatwardzenie, podniecenia umysłowe, tudzież również i te czynniki, które wywołują także i samą chorobę, jak nadużycia płciowe, obżarstwo.

Co do terapii, to przedewszystkiem tacy chorzy powinni wystrzegać się wszystkich wymienionych czynników, które powiększają omawiane schorzenie, jak niemniej tych, które wywołują poszczególne napady. Gdy napad wystąpił, wtedy należy stosować odpowiednie zabiegi bądź na to miejsce, w którem występuje zaburzenie, bądź na inne, w celu wywołania oddziaływania antagonistycznego.

Przy skurczach naczyń w kończynach górnych lub dolnych dobrze działa ogrzanie ich w ciepłej wodzie, oraz zapomocą przyrządów, służących do miejscowego ogrzewania ciepłem powietrzem, wreszcie naparzenie, nacieranie, często prąd elektryczny. W razie silnego zaciśnięcia naczyń kończyn górnych skutecznem często okazuje się zanurzenie nóg do zimnej wody. Zabiegi te powinny być stosowane częściej, jeżeli w pewnych narządach istnieje skłonność do występowania skurczów naczyń. Przy częstem pojawianiu się rozszerzeń naczyń brzusznych, dodatnio działa wywoływanie stolców, a więc leki przeczyszczające, odpowiednia dyeta, wreszcie odpowiednie zdrojowiska, jak niemniej również działanie na skórę, jako narząd, funkcyonujący antagonistycznie pod względem unaczynienia wobec przewodu pokarmowego, a więc różnorodne zabiegi wodne. W przekrwieniach śródczaszkowych korzystnie wpływa wywoływanie przekrwień w skórze i w przewodzie pokarmowym, a nadto w razie napadu bezpośrednie działanie na głowę, np. zimne okłady. W skłonności do występowania stanów skurczowych w naczyniach mózgowych dobrze jest stosować na głowę prąd galwaniczny, ale należy zaczynać od natężeń minimalnych, zupełnie przez chorego nie odczuwanych, a następnie siłę prądu nieznacznie i powoli wzmacniać. Ze środków farmakologicznych, oddających usługi w zwalczeniu istoty schorzenia, poleca autor szczególnie chininę, w mniejszym stopniu arsen i strychninę. Przed nikotyną i przetworami makowca przestrzega. Przy skurczach naczyń można stosować alkohol i eter, zaś azotan amylowy, nitrogliceryna, emetyk, działania trwalszego nie wywierają.

Z przedstawienia powyższego widać, jak obfitą zawiera treść książka Hertza. Nadmienić należy, że autor niedostatecznie ściśle rozróżnia i określa rozmaite postacie niezborności naczynioruchowej. Tak np. autor prawie wcale nie uwzględnia tej postaci czynnościowego schorzenia naczynioruchowego, które polega na stałej skłonności do występowania stanów skurczowych w całych powłokach skórnych, bez charakteru napadowego i o niewielkim stopniu zaciśnięcia naczyń, bez sensacyi podmiotowych ze strony miejsc, podległych zaciśnięciu naczyń. Schorzenie to możnaby nazwać kurczową nerwicą naczynioruchową. Oddziaływanie na zadraśnięcie skóry jest bardzo powolne, lecz bardzo silne i długotrwałe. Natomiast u chorych tych nie spotyka się nigdy szybkiego ustępowania oddziaływania, jak to według autora ma się także trafiać u chorych z niezbornością naczynioruchową. Przypadki te przedstawiają zupełnie odrębną i samoistną grupę, o odrębnej etyologii, odmiennem skojarzeniu z innemi zaburzeniami, tudzież o odrębnem zejściu. Tego atoli autor w swojej pracy nie uwzględnia. Stąd też pochodzi, że czytelnik nie może wyrobić sobie na podstawie tej pracy dostatecznie konkretnego i jasnego obrazu o tych różnych postaciach schorzenia, które autor zamierzał przedstawić.

Nadto zaś autor niedostatecznie rozbiera i identyfikuje klinicznie objawy umysłowe chorych, stąd też nie osiąga się z książki wrażenia, w jakim stosunku zaburzenia tak zw. nerwowe tych chorych pozostają do znanych zaburzeń neurastenicznych lub znanych postaci psychiatrycznych. Mimo tych drobnych usterek książka zasługuje na przeczytanie, a to, jak wspomniałem, ze względu na wielką liczbę spostrzeżeń, a także ze względu na niedostateczne dotychczas opracowanie tej grupy schorzeń układu naczyniowego.

Dr. P. Pręgowski.

IV. Wyciągi.

Plavec. **Leczenie ostrego zatrucia fosforem.** (*Wiener med. Presse*, Nr. 11—16, 1904). Postępowanie lecznicze w przypadkach zatrucia fosforem rozpada się, jak każde leczenie w ogólności, na doszczętne, objawowe i dyetetyczne, a to tem bardziej, ponieważ dotychczas niema bezwarunkowo niezawodnej odtrutki szczególnie tam, gdzie fosfor już uległ wessaniu. Co się więc tyczy leczenia doszczętnego, to ze względu na fosfor, znachodzący się w przewodzie pokarmowym, panowało dawniej mniemanie, że fosfor sam przez się nie jest rozpuszczalny i jest trujący nie sam, lecz jego wytwory utlenienia; — skoro jednak z biegiem czasu stwierdzono fosfor we krwi, oraz w innych narządach, wówczas pokazało się, że objawy zatrucia są wyłącznie następstwem wessanego fosforu, a nie jego wytworów utlenienia. W następstwie tego zmienił się i kierunek leczenia: o ile dawniej starano się przez podawanie płynów śluzowych działać osłaniająco na cząsteczki fosforu w celu zapobiegania ich utlenieniu, o tyle dzisiaj stosuje się najsilniejsze środki utleniające, by tylko jak najprędzej utlenić i związać fosfor, znajdujący się w przewodzie pokarmowym. Właśnie znany powszechnie i ogłaszany jako swoisty środek przeciwko zatruciu fosforowemu, olejek terpentynowy, działa jedynie zapomocą utlenienia; atoli po 24 godzinach taka jednak ilość fosforu zostaje wessaną, że po podawaniu tego środka nie można już spodziewać się pomyślnego skutku. Köhler n. p. radzi podawać w każdym razie olejek terpentynowy w 1—2 gramowych dawkach (5—10 grm. dziennie) przez 3 dni, przyczem całkowita ilość olejku ma być 100 razy większą, aniżeli zażyty fosfor. Z nowszych środków utleniających zasługuje na uwagę nadmanganezian potasu, który jako odtrutka znalazł szerokie i uzasadnione zastosowanie; po wymiotach lub po wypłókaniu żołądka podaje się 2 grm. tego przetworu, rozpuszczonego w 600—1000 grm. wody; gdyby jednak chory zwymiotował ten rozczyn, należy powtórzyć dawkę. Ogółem można powiedzieć, że działanie nadmanganezianu potasowego jest skuteczniejsze i pewniejsze, aniżeli olejku terpentynowego lub soli miedziowych. Te ostatnie, stosowane w rozczynach silnych, drażnią błonę śluzową żołądka; w słabych chybiają celu. Zważywszy wszystkie przytoczone okoliczności, łatwo zrozumieć, że najważniejszą metodą do usunięcia fosforu z ustroju jest mechaniczne wypróżnienie żołądka i kiszek; jestto niejako postępowanie przygotowawcze do skutecznego zadziałania środkami farmakologicznymi. Początkowo podawano środki wymiotne i czyszczące; w ostatnich dopiero czasach stosuje się płókanie żołądka, które pod każdym względem wyżej stoi od środków wymiotnych. Płyn bowiem (rozczyn nadmanganezianu potasowego lub woda), wprowadzony do żołądka, wydyma go, fałdy błony śluzowej znikają, prąd wody wnika w najmniejsze zaułki żołądka, wypłókując i porywając z sobą najdrobniejsze cząstki fosforu. Co się zaś tyczy środków czyszczących zasługuje na uwagę senes (10—15:200), lub też w przypadkach, w których środki czyszczące pobudzają do wymiotów, stosują się wlewania. Natomiast przeciwko zobojętnieniu rozmaitych kwasów lub kwaśno oddziaływających produktów, wytwarzających się w narządach pod wpływem zwyrodnienia fosforowego po 2 lub 3 dniach, podaje się dwuwęglan sodowy, albo wody alkaliczne (Münzer, Jaksch); po upływie bowiem tego czasu potęguje się rozpad ustrojowego białka i zwiększa się alkaliczność krwi. Nadmienić wypada, że Jaksch podaje do 20 grm. dwuwęglanu sodowego dziennie. Ze wszystkich następowych objawów zatrucia najważniejszem jest osłabienie czynności serca, wywiązujące się w kilka już godzin po wessaniu fosforu, a przechodzące łatwo w porażenie, kładące kres życiu; oczywiście, że tem prędzej to następuje, im mięsień sercowy był słabszy przed zatruciem. W takich przypadkach stosuje się zwyczajne znane środki podniecające, olejek kamforowy podskórnie, wino, koniak, czarną kawę i t. d.; naturalna rzecz, że takie osłabienie serca, bez względu na jego przyczynę, powstające zaraz w początkach zatrucia fosforem, jest niepomyślnym objawem prognostycznym. Co się tyczy leczenia dyetetycznego, to podawano dawniej oliwę i mleko; od czasu jednak, jak stało się wiadomem, że fosfor rozpuszcza się w tłuszczach, skutkiem czego wessanie jego bywa ułatwione, odstąpiono od tego, przyczem należy pamiętać, że dla ostrożności podawać trzeba w pierwszych 4—5 dniach tylko takie potrawy, które tłuszczu nie zawierają; odżywienie jednak chorego nie powinno żadną miarą na tem ucierpieć.

Zesumowawszy wszystko, zabiegi lecznicze w przypadkach zatrucia fosforem przedstawiają się jak następuje: a) należy wypłókać żołądek ciepłą wodą z następowem płókaniem rozczynem około 20 litrów 0·2‰ nadmanganezianu potasowego, a w końcu znowu wodą, aż odejdzie płyn zupełnie czysty; b) w drugim rzędzie podać środki czyszczące (senes 10—15:150), poparte wlewaniami, po których polecić c) środki podniecające; d) w przypadkach, w których nie płókano żołądka, zastosować wewnętrznie silniejszy rozczyn (0·20:200, co 2 godz. 2 łyżki) nadmanganezianu potasowego. Jeśli chory ma łaknienie, podawać potrawy, zawierające obficie istoty białkowe.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Sihle. **Przyczynek do czynnościowego rozpoznania zwapnienia tętnic i różniczkowego rozpoznania dusznicy bolesnej** (*Wiener klinische Wochenschrift*, Nr 14, 1904). Na podstawie starannych i wyczerpujących obliczeń, nie dających się zresztą ująć w ramy krótkiego streszczenia, a przeprowadzonych tonometrem Gärtnera i przyrządem Riva-Rocciego, dochodzi autor do następujących wniosków: Rozwój miażdżycowego zwyrodnienia naczyń poprzedza t. zw. okres przedmiażdżycowy (Huchard), w którym jedynie wzmożone jest napięcie (tonus) ścian naczyniowych. Ten wczesny okres zwapnienia tętnic, zaledwie stwierdzić się dający dotychczasowymi sposobami badania, można łatwiej i dokładniej rozpoznać przez skombinowane badanie parcia krwi zapomocą przyrządów Gärtnera i Riva-Rocciego, przy równoczesnem uwzględnieniu różnicy parcia, zachodzącej między tętnicą ramienną, a tętnicą na palcu; badanie, w ten sposób wykonane, nietylko wyjaśnia jakość napięcia ścian tętnicy i w niej zawarte opory dla krążenia, względnie prądu krwi, ale także pozwala na słuszne wnioski, tyczące się pracy serca. Im bowiem twardsze i węższe są ściany tętnicy, względnie im bardziej jest rozwinięta sprawa miażdżycowa, tem większa jest różnica parcia krwi, oczywiście przy tej samej sile serca; im zaś ściana tętnicy jest wiotsza, bardziej hipotoniczna i im mniejsze są opory, tem mniejsze jest zarówno parcie krwi, jak i wzmiankowana powyżej różnica parcia. Średnia różnica parcia krwi między tętnicą ramienną, a tętnicą na palcu wynosi u człowieka w średnim wieku 30—40 mm. słupa rtęci, różnica więc parcia, wynosząca stale n. p. 40 mm. lub więcej, przemawia z wszelką pewnością za sprawą miażdżycową; ze zwapnienia w tętnicach kończyn górnych można wnosić o istniejącej miażdżycy w narządach wewnętrznych. Natomiast prawidłowe lub słabo zmienione parcie krwi, stwierdzone w naczyniach kończyn górnych, zarówno jak i także sama różnica w parciu, przemawia z wielkiem prawdopodobieństwem przeciw zwapnieniu w narządach wewnętrznych. Dokładna znajomość parcia krwi, a szczególnie tej różnicy w parciu, daje ważne wskazówki do różniczkowego rozpoznania i rokowania, tyczących się dusznicy bolesnej. Ze względu na istotę choroby należy uważać dusznicę bolesną za nerwicę odruchową; rozpromieniające się bole w przebiegu dusznicy mają swoją przyczynę w skurczu naczyń. Dla rozwoju dusznicy najlepszem bywa podłożem zwapnienie tętnic; w drugim dopiero rzędzie choroby zakaźne (n. p. grypa); twierdzenie zaś, jakoby dusznica bolesna prawdziwa była wyłącznie cierpieniem w pojęciu Hucharda (*sténocardie d'effort Huchard*), nie wytrzymuje krytyki. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Seiffert. **Stosowanie nakłucia lędźwiowego w mocznicy.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 10, 1904). Od 6—7 lat autor stosuje nakłucie lędźwiowe w przypadkach mocznicy pochodzenia płoniczo-nerkowego, przyczem zaznacza, że bez wyjątku wszystkie przypadki — choćby najcięższe — zakończyły się pomyślnie. Zazwyczaj wystarcza jednorazowe nakłucie; w ciągu całego tego czasu raz tylko jeden był zmuszony Seiffert wykonać nakłucie powtórne; i ten chory wyzdrowiał. Sposób wykonania jest następujący: przy zachowaniu wszelkich zasad postępowania przeciwgnilnego wbija się choremu, leżącemu na boku, igłę aspiracyjną między 12-tym kręgiem piersiowym a 1-szym lędźwiowym. Skoro pierwsze krople płynu rdzeniowego w igle się pokażą, nakłada się nań strzykawkę, zapomocą której wyciąga się 5—30 grm. płynu. Związku jakiegoś między ilością wypuszczonego płynu, a szybkością leczniczego działania nie zauważono. Autor dopatruje w tem nakłuciu znakomity środek, niezawodnie a skutecznie działający i gorąco go w podobnych przypadkach zaleca. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Riebold. **O szczególnem bredzeniu suchotników.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 12, 1904). Nierzadko można się spotkać w przebiegu gruźlicy płuc z ostrem zaburzeniem sfery umysłowej, występującem w postaci astenicznego obłędu lub też jako ostre niedołęstwo umysłowe, mające jednak swoją właściwą odrębną cechę charakterystyczną. Za główną przyczynę takiego szczególnego bredzenia uważa autor przewlekłe zatrucie ustroju jadami prątków gruźliczych na tej samej zasadzie, jak zazwyczaj przyjmuje się zaburzenia sfery umysłowej, pojawiające się w chorobach zakaźnych w następstwie zadziałania swoistych prątków lub ich wydzielin. Nadto w patogenezie należy zaznaczyć dwie okoliczności, które bezwarunkowo można w takich razach zauważyć i które wpływają na powstanie rzeczonego bredzenia: wyczerpanie ustroju mniejszego lub większego stopnia (Wernicke) i przewlekły alkoholizm. Można bowiem przypuścić, że jady gruźlicze nie znajdą

w zdrowej tkance mózgowej odpowiedniego dla siebie podłoża, że przeciwnie musi istnieć pewna skłonność, zmniejszona odporność, która właśnie została wywołaną tem przewlekłem zatruciem alkoholem, tem bardziej, że objawy tych zaburzeń występują wyłącznie u ludzi, nadużywających trunków gorących, a powtóre cały obraz chorobowy przypomina wielce szał opilczy. Ze znamiennych pojedynczych objawów należy wymienić podniecenie sfery ruchowej, wielomówność i bezmyślność: chorzy, mówiąc do siebie ustawicznie cichym głosem i o tym samym przedmiocie, są bez przerwy zajęci poprawianiem lub układaniem n. p. kołdry, lub też bez ustanku zapinają i odpinają guziki u koszuli. Wszystkie ruchy mają jakąś cechę maszynową, automatyczną. Dalej można zauważyć, że tacy chorzy nie zdają sobie sprawy z miejsca, w którem się znajdują, są bezradni, oddają bardzo często mocz i kał bezwiednie, plują na pościel zamiast do spluwaczki, nie poznają osób ani sprzętów. Zapytani, nie odpowiadają natychmiast, lecz po pewnym czasie; cały tok myślenia jest wolniejszy i leniwy; na pytania, wymagające bodaj najmniejszego natężenia umysłowego, jakiegoś namysłu, zupełnie nie odpowiadają. Najłatwiejszego rachunku nie są zdolni wykonać. Jeśli już coś odpowiedzą, to tę samą odpowiedź dają i na wszystkie następne pytania. Przebieg tych zaburzeń jest mniej więcej następujący: w pierwszych początkach chorzy są zazwyczaj nocą niespokojni, gadają bezmyślnie i oddają mocz pod siebie; na drugi dzień są zupełnie rozsądni i nic nie wiedzą o przebytych objawach nocnych. Zmiany te powtarzają się przez 3—4 noce, stopniowo się potęgują, aż po dalszych kilku dniach zaburzenia takie występują także i w dzień, prowadząc w krótkiem czasie do zejścia śmiertelnego. Leczenie, jeśli wogóle może być o niem mowa, jest czysto objawowe. Autor spostrzegał 5 podobnych przypadków — wszystkie zakończyły się śmiercią. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Wolff. **O nadmiernym potoku** *(hydramnion)*, **otrzymanym drogą doświadczalną** *(Arch. f. Gyn.*, Tom 71, zeszyt 1). Autor wysnuwa ze swoich doświadczeń następujące wnioski: Płyn owodni u królików wzrasta tylko do połowy ciąży, poczem go ubywa stopniowo i z końcem ciąży dochodzi do minimalnych tylko ilości. U kobiet przeciwnie: ilość wód płodowych wzmaga się stale w miarę postępu ciąży, a z jej końcem jest największa. Ubytek wód płodowych u królików, a także i niektórych innych zwierząt w drugiej połowie ciąży, należy odnieść głównie do aktu połykania ze strony płodu; czy i inne także okoliczności odgrywają tu jaką rolę, jak np. wessanie przez błony płodowe, przez naczynia pępkowe lub przez skórę płodu, jest co najmniej wątpliwem. Dalsze doświadczenia przeprowadzał autor w ten sposób, że wycinał królikom ciężarnym obie nerki i badał wody płodowe ze względu na ich ilość i jakość. Okazało się, że wycięcie obu nerek około połowy ciąży nie ma wielkiego wpływu na ilość wód płodowych, przynajmniej w 2 dni po operacyi; im operacyę tę wykonujemy bliżej końca ciąży, tem wpływ ten staje się coraz bardziej wyraźny. Wzmaganie się ilości wód płodowych po operacyi, dokonanej z końcem ciąży, jest tak znaczne, że można mówić o wytworzeniu się nadmiernego potoku *(hydramnion)*. Zdaje się, że wskutek wyjęcia nerek występują także pewne różnice jakościowe, jak za tem przemawiają oznaczenia kryoskopijne. Dalej zastanawia się autor nad przyczynami wzmagania się wód płodowych po wycięciu obu nerek. Według teoryi o powstaniu wód płodowych w ogólności można myśleć o 2 możliwościach: albo one są przesączyną z naczyń matczynych, albo wytworem wydzielniczym płodu. Gdyby usunięcie obu nerek miało już w ciągu 2 dni po operacyi powodować tak znaczne sprawy przesączynowe, że aż przychodzi do nadmiernego potoku, trudno sobie wyobrazić, dlaczego one miałyby się odbywać tylko do worka owodni, a nie do innych jam wolnych w ustroju, n. p. do jamy brzusznej, opłucnowej i t. p.; nadto gdyby tu szło tylko o przesączynę, to efekt ten powinienby nastąpić po wycięciu obu nerek w każdym okresie ciąży. Tymczasem wykonanie tej operacyi około połowy ciąży pozostaje bez wpływu na ilość wód płodowych, a także nie wywołuje ani puchliny brzusznej, ani piersiowej. Te fakty i inne wywody teoretyczne pozwalają z prawdopodobieństwem wykluczyć możliwość uważanie nadmiaru potoku za przesączynę z naczyń matczynych. Natomiast, wnioskując już teoretycznie, można przyjąć prawdopodobieństwo drugiej możliwości, że nadmierna ilość wód płodowych po usunięciu obu nerek matki jest następstwem czynności nerek płodowych. Wskutek usunięcia nerek u matki, gromadzą się w jej krwi substancye moczanowe, które posiadają w wysokim stopniu własność wywoływania nadmiernego moczenia. Krew taka, dostawszy się do ustroju płodu, wywołuje czynność jego nerek, które pod wpływem wymienionych substancyi wytwarzają mocz; a że nerki płodowe są w stanie już w życiu śródmacicznem wydzielać mocz, to dzisiaj nie ulega wątpliwości. Naturalnie, muszą one już do pewnego stopnia być rozwinięte. Tem można sobie też wytłómaczyć, dlaczego wzmaganie się wód płodowych można było zauważyć dopiero od pewnego okresu ciąży — i to tem wyraźniejsze, im ciąża bliżej była swego końca — a, więc im płody bardziej były rozwinięte i dojrzałe. Wszystko to, a także doświadczenia Westphalena, Feisa i Zuntza i in. wykazują dostatecznie, że nadmierny potok po wyjęciu obu nerek matki jest wytworem wydzielniczym płodu, wywołanym nagromadzeniem się we krwi substancyi moczanowych. Doświadczenia te wykazują nadto, że wśród pewnych warunków mogą narządy płodowe zastępczo przyjmować czynność narządów matki, choć tylko do pewnego stopnia. W końcu sądzi autor, że chociaż nie można wszystkich postaci nadmiernego potoku u kobiet ciężarnych wytłómaczyć na podstawie powyższego doświadczenia, gdyż prawdopodobnie różne są jego przyczyny, to w każdym razie można przypuścić, że ilekroć w ustroju matki przychodzi do nagromadzenia się substancyi moczanowych, n. p. w przebiegu ciężkich zaburzeń w krążeniu, substancye te następowo dostają się do ustroju płodu — i tu, wywołując wpływ drażniący na jego narządy wydzielnicze, mogą być czasem przyczyną nadmiernego potoku. *Dr E. Ehrenpreis.*

Credé. **Podskórne odżywianie białkiem.** *(Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 9, 1404). Już od dłuższego czasu kusili się badacze wynaleźć taką istotę białkowatą, zapomocą której możnaby sztucznie, drogą wstrzykiwań podskórnych, odżywiać chorych. Doświadczenia i badania Bluma, Graupnera, Molla i t. d. przeprowadzone w tym kierunku nie doprowadziły do pomyślnych wyników: żadna, z znanych istot białkowatych, użytych w tym celu, nie okazała się odpowiednią. Od takiego przetworu białkowego, któryby wstrzyknięty pod skórę, miałby bez szkody dla ustroju zupełnie zostać wessany, wymaga autor następujących warunków: a) musi być dokładnie rozpuszczalny w wodzie; b) winien się dać dobrze wyjałowić przez gotowanie, a przytem nie krzepnąć; c) w miejscu wstrzyknięcia nie powinien wywołać bolów; d) ma być łatwo wessalny i nie wydzielać się w postaci istoty białkowatej; e) nie posiadać własności trujących i drażniących nerki. Oczywiście, że najważniejszym postulatem jest gotowanie bez krzepnięcia; własność tę posiada somatoza i przetwór odżywczy Heydena, mają atoli tę złą stronę, że w miejscach wstrzyknięcia wywołują znaczną bolesność i stan zapalny, utrzymujący się przez dłuższy czas. Przetworem więc białkowatym, nadającym się do podskórnych wstrzykiwań jest kalodal, którego rozczyny wodne (według stopnia rozcieńczenia) są barwy winowo-żółtej do jasno brunatnej, prawie bez zapachu i smaku, oddziaływują słabo alkalicznie, dają się wyjałowić, a przy gotowaniu nie krzepną, wreszcie długi czas dają się utrzymać w dobrym stanie. Autor stosował podskórnie ten przetwór w znacznej liczbie przypadków, szczególnie u takich chorych, których nie można było odżywiać drogą prawidłową (w niedrożności kiszek, w przypadkach raka, przełyku i kiszek, po ciężkich operacyach, połączonych z znaczną utratą krwi i t. d.). Jako dawkę zasadniczą podawał Credé 5 grm. kalodalu w 50 grm. wody słonej (10% rozczyn); ilość tę wstrzykiwano wprost pod skórę, lub też dodawano ją do 500 grm. fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, który zazwyczaj był równocześnie wskazany, a zyskał tylko na swej wartości skutkiem dodania przetworu białkowatego. By uniknąć nadmiernego napięcia skóry, a ułatwić wessanie, dzieli się całą ilość 500—600 grm. na dwie porcye po 250—300 grm., a dodawszy do tego 50 grm. 10% rozczynu kalodalu (5 grm. białka), wstrzykuje się równocześnie w dwa miejsca. Jeśli się zważy, że na jajo kurze liczy się 5 grm. białka, wówczas stosowana ilość kalodalu odpowiada jednemu jaju, czyli 20,50 kaloryom. W niektórych przypadkach dochodził autor do 20 grm. kolodalu (82 kaloryi), jako jednorazowej dawki, nie zauważywszy żadnego niekorzystnego wpływu; wogóle można powiedzieć, że doświadczenia z tym przetworem poczynione dały znakomite wyniki. W końcu napomknąć trzeba, że wybór miejsca wstrzyknięcia nie jest obojętny: należy to miejsce obrać, gdzie skóra jest łatwo przesuwalna, a więc luźno leży na powięzi, (okolice uda, powłoki brzuszne, lędźwie, okolice podobojczykowe), w każdym razie nie należy samej techniki postępowania zanadto lekceważyć, chodzi bowiem przy tych zabiegach o ludzi wychudzonych i wynędzniałych, których czynność skóry i przemiana materyi są same przez się znacznie upośledzone. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Zirkelbach. **O niebezpieczeństwach nakłucia torbieli wieńcogłówki.** (*Ungar. med. Presse*, Nr. 29, 1903). Rozpoznanie wieńcogłówki jest dopiero po nakłuciu próbnem torbiela na pewne możebnem, ponieważ treść, jakoteż fizykalne i chemiczne jej własności są dla wieńcogłówki znamienne. Nie jestto jednak zabieg obojętny, albowiem spostrzegano po nim nieraz gwałtowne bole, gorączkę, wymioty, duszność, zapad, zwłaszcza jeżeli przy nakłuciu dostaje się do torbiela powietrze, a z niem drobnoustroje. Treść torbiela może się wtedy stać ropną, przychodzi do ropnego zapalenia, wytwarzają się nowe torbiele skutkiem wypływania treści do jamy

otrzewnowej. Niekiedy, na szczęście rzadko, śmierć następuje wkrótce po nakłuciu, a takie dwa nieszczęśliwe przypadki, opisuje autor, które miały miejsce w klinice peszteńskiej prof. Kétlyego (na 11 próbnych nakłuć w przeciągu 7 lat). W obu razach wykonano nakłucie przy ścisłem przestrzeganiu wszelkich wymagań czystości. Sekcya nigdzie nie mogła wykazać zmian, któreby mogły tłomaczyć przyczynę śmierci tak, iż należy przyjąć, że groźne objawy i śmierć nastąpiły skutkiem jadowitości cieczy wieńcogłówki i to tak, że po nakłuciu otwór, zrobiony w torbielu nie zamknął się skutkiem napierania płynu, który wniknął w pierwszym przypadku do jamy klatki piersiowej, w drugim do otrzewnowej. Tu przyszło do wessania cieczy, a w następstwie trującego jej działania nastąpiła śmierć. Przypadki te pouczają, że w praktyce prywatnej należy unikać nakłucia torbiela wieńcogłówki, a w klinikach i szpitalach wykonywać je wtedy tylko, jeżeli jest w naszej mocy wykonać zaraz po nakłuciu operacyę doszczętną. *Baschkopf.*

IV. Ginekologia u Aretaeusa.

Przyczynek do dziejów ginekologii.

Przez

Dr. Jana Lachsa.

(Ciąg dalszy).

Jak widzimy nie okazał się Aretaeus na punkcie anatomii narządu rodnego zbyt szczodrym. Nie inaczej ma się rzecz z anatomią pęcherza moczowego. O tym powiada on jedynie, że się znajduje na przedniej powierzchni macicy i stanowi szeroką, białą i ściągniętą błonę[46]), że pojemność jego bywa większą, aniżeli u mężczyzn, z powodu przywykania kobiet do rzadkiego oddawania moczu (ἐν πολλοῖσι δὲ ἐκ καρτερίης ἀεκουσίου ὑπ᾽ αἰδοῦς ἐν ξυλλόγοισι ἢ ξυνδείπνοισι πληρουμένης, διατέταται...[47]), że posiada część zwaną szyjką („τράχηλος“ [48]) i łączy się ze światem zewnętrznym zapomocą cewki („οὐρήθρη“ [49]), której przewód (»πόρος“ [50]) bywa rozmaicie szeroki. Pomimo tak skąpych uwag, odnoszących się do anatomii pęcherza, zdaje się przecież z nich wynikać, że ona sprawiała mu pewne trudności, gdyż pod tym względem można znaleźć niektóre niedokładności, a nawet i sprzeczności; powiada n. p. że pęcherz jest błoną zimną, gdyż umieszczony jest blizko części zewnętrznych, a bardzo oddalony od źródła ciepła, za które uważa serce i tym razem umieszcza go na przedniej powierzchni macicy [51]); podczas gdy innym znowu razem uważa za odpowiednie przyznać mu miejsce bardzo blizko ciepła wrodzonego, bo w najbliższem sąsiedztwie żołądka. „κύστις δὲ καὶ χαλαρὸν ἀγχοῦ (τοῦ στομάχου ..“ [52]). Nad stosunkiem i przebiegiem cewki i jej ujścia do narządu płciowego, nie zastanawia się Aretaeus wcale.

Jeżeli jeszcze dodamy, że od tyłu graniczy z macicą odbytnica („εὐθὺ ἔντερον), to zważywszy, że o sutkach niewieścich nie znajdujemy żadnej wzmianki, będziemy mieli rys anatomii płciowego narządu kobiecego, o ile ona się daje odtworzyć na podstawie niezbyt wielu uwag Aretaeusa. Jeżeli jednak poszukiwania nasze w tym kierunku wypadły skąpo, to z góry już zaznaczyć możemy, że uwag, dotyczących fizyologii narządu rodnego, znajdziemy bez porównania mniej.

Kobieta jest podług Aretaeusa istotą zimniejszą i wilgotniejszą aniżeli mężczyzna: „γυναῖκες δὲ ἀνδρῶν... μᾶλλον... ψυχραί ἀτάρ.. μᾶλλον... ὑγραί“ [53]). W ten sposób wyznacza Aretaeus kobietom, zgodnie z Galenem [54]), w rozwoju stanowisko niższe, gdyż temperament ciepły bardziej wyposaża do doskonałości, aniżeli zimny — i staje w przeciwieństwie do Hipokratesa, podług którego kobieta nietylko że nie jest zimniejszą, ale owszem cieplejszą [55]). W tem pojęciu Aretaeusa o temperamencie kobiety leży także klucz do wytłómaczenia jednego z najważniejszych objawów fizyologicznych kobiety, t. j. miesiączki. Wilgotną jest kobieta z tego powodu, że w ustroju jej przychodzi do gromadzenia się nadmiaru soków, które mężczyzni przez ciężką pracę tracą. Skoro więc kobiety nie mają sposobności regulowania swej wilgoci przy pomocy pracy, muszą to uczynić w jakiś inny sposób [56]). Najodpowiedniejszą do tego jest miesiączka „κάθαρσις“, która stosownie do tego pojmowania ma za zadanie jedynie usuwanie niepotrzebnych soków, a w pierwszym rzędzie czarnej żółci [57]) i chronienie ustroju przed przepełnianiem się nimi. To zapatrywanie podzielał także Galen, a obydwaj stanęli w opozycyi do całego szeregu innych lekarzy, a mianowicie Hipokratesa [58]), Celsusa [59]) i Soranusa [60]), zgadzając się jedynie z Herofilem [61]) i ze szkołą aleksandryjską. Najoględniej wyraża się pod tym względem Rufus, uważając miesiączkę za właściwość ustroju kobiecego, która ma na celu wydalenie krwi, gromadzącej się w nim przez przeciąg miesiąca, a nie wdając się bynajmniej w dalsze poszukiwanie przyczyny tego procesu. „καταμήνιον δὲ αἱ ἐν ταῖς θήλεσιν ἐπὶ μηνὶ αἱματώδεις ἐκκρίσεις“ [62]).

Aretaeus nie podaje roku życia, w którym się pojawia pierwsza miesiączka u dziewcząt. Że jednak wiedział, iż dziewice w pewnym mniej więcej wieku zazwyczaj miesiączkować zaczynają, wynika z ustępu, w którym się zastanawia nad wrzodami migdałków. W ustępie wspomnianym radzi bowiem, jak należy postępować z dziewicami aż do okresu pierwszego miesiączkowania, „μέχρι καθάρσιος“ [63]). Od chwili pierwszego jej wystąpienia pojawia się regularnie co pewien okres. Tym okresem jest czas jednego miesiąca [64]), którego Aretaeus podobnie jak i ilości krwi odchodzącej znowu bliżej nie określa, zadowalniając się jedynie zaznaczeniem faktu, że okresowość pod tym względem istnieje i że ilość krwi odchodzącej nie powinna być obfitą. Wśród prawidłowych warunków odpływ krwi miesięcznej bywa łatwy, nie sprawia dolegliwości [65]) i trwa kilka dni [66]).

Narządem, który pośredniczy w wydaleniu krwi jest macica. Prócz tej właściwości fizyologicznej posiada on jeszcze inną, t. j. zdolność przenoszenia się w ustroju z miejsca jej stałego pobytu w inne. Ta zdolność jest wynikiem siły żywotnej („σπλάγχνον γυναικήϊον ἄγχιστα ζωῶδες“ [67]), właściwej macicy, która ją zbliża bardzo do zwierzęcia, a kobieta każda czyni wrażenie, jakgdyby w ustroju jej znajdował się jeszcze i drugi „..ὁκοῖόν τι ζῶον ἐν ζώῳ“ [68]). Przenosić się zaś z miejsca na miejsce może macica już to sama przez się, już też pobudzona przez odpowiednie czynniki. Czynnikiem takim może być także inna właściwość fizyologiczna, a mianowicie wrażliwość na wrażenie węchu. Przed nieprzyjemnemi wrażeniami ucieka ona ku górze, podczas gdy przyjemnych szuka i do nich się zbliża. Dużo wogóle dawała owa rzekoma zdolność macicy starożytnym

[46]) De causis et sign. ac. morb. lib. II. cap. X. K. str. 58 i de curatione ac. morb. lib II. cap. IX. str. 283.
[47]) De causis et sign. ac morb. lib. II cap. X. K. str. 58.
[48]) De curatione ac. morb. lib. II. cap. IX. K. str. 284.
[49]) De causis et sign. diut. morb lib. II. cap. III K. str. 137.
[50]) De curatione acut. morb. lib II cap IX. K str. 284.
[51]) De causis et sign. acut. morb. lib. II. cap. X. K. str. 58.
[52]) De curatione ac. morb. lib. I. cap IV K 215.
[53]) De causis et signis acut. morb. lib. I. cap. VI. K. str. 7 i de causis et signis ac morb lib II cap. XII. K. str. 66.
[54]) De usu part. corp. hum. lib. XIV. cap. V. i VI. K. IV. str. 157 i 158.

[55]) De morb. mulierum lib. I. K. II str. 609.
[56]) Galeni de v. sectione adversus Erasistratum cap. V. K. XI.
[57]) Aret. de caus. et sign. diut. morb. I. cap V. K str. 74.
[58]) De mulierum morbis lib I. K. II.
[59]) Medicina lib. II. cap VIII.
[60]) περὶ γυναικείων παθῶν lib. I. cap. VI. 27.
[61]) Soranus l. c.
[62]) Rufus ed. Daremberg-Ruelle. str. 165.
[63]) De causis et signis ac morb lib I. cap. IX. K. str. 18.
[64]) De causis et signis diut. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 163.
[65]) De curat. acut morb. lib. II cap X. K. str. 288.
[66]) De sign. et caus. diut. morb. lib. II. cap. XI. K. str 163.
[67]) De sign. et caus. acut. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 60 i 61.
[68]) Ibidem.

do myślenia. Hipokrates[69]) zastanawia się kilka razy nad nią, przypisując jej bardzo ważne znaczenie w powstawaniu niektórych cierpień. Podobnie zapatrywał się na tę sprawę Plato[70]), a zwłaszcza Diokles z Karystu, skoro uważał za odpowiednie przesuwać macicę w czasie napadu histerycznego z miejsc wyższych w niżej położone. „...καὶ τῇ χειρὶ τὴν ὑστέραν εἰς τοὺς ὑποκειμένους ἀποθλίβει τόπους...“ [71]).

Przeciw temu zapatrywaniu wystąpił Soranus[72]), a później także Galen[73]), zwalczając nietylko sam fakt, podany przez Hipokratesa i jego szkołę, lecz także i sposób, w jaki oni usiłowali go wytłómaczyć. Na zakończenie fizyologii narządu płciowego żeńskiego należy jeszcze wspomnieć i o nasieniu. Aretaeus rozróżniał nasienie żeńskie i męzkie. Jedno i drugie — zdaje się — potrzebne jest do zastąpienia. Nie omawia jednak miejsca powstawania nasienia żeńskiego i udziału jajników w jego wytwarzaniu tak, że zagadnienia, czy mu znane było zadanie jajników, lub też czy je wogóle znał, stanowczo rozwiązać nie możemy. Z pewnem jedynie prawdopodobieństwem przypuszczać możemy, że Aretaeus przyswoił sobie zapatrywanie Hipokratesa, podług którego nasienie żeńskie jest sokiem, spływającym z całego ustroju do macicy[74]). Na to przypuszczenie naprowadza nas znaczenie, jakie Aretaeus przypisuje nasieniotokowi. O wejrzeniu, własnościach i o wartości zdrowego nasienia żeńskiego, niema nigdzie wzmianki. Prawdopodobieństwo jedynie przemawia za tem, że posiada ono temperament ciepły, skoro nasienie schorzałe, odpływające przy nasieniotoku, staje się z powodu zziębnięcia zimnem[75]).

Macica ma obok wydzielania krwi miesiączkowej i utrzymywania w ten sposób równowagi w ustroju kobiety, jeszcze inne, niemniej ważne zadanie, którego celem jest rozmnażanie rodu ludzkiego. To zadanie objawia się w udziele, jaki jej Aretaeus przypisuje podczas zastąpienia i w czasie samego porodu. Wśród odpowiednich warunków zastępuje kobieta, a zdolność macicy w tym względzie zdaje się być dosyć znaczną, skoro nawet przy użyciu środków zapobiegających zastąpieniu tak trudno temu zapobiedz. Trudności te uważa Aretaeus za tak znaczne, że je porównywa z wydatnością zabiegów lekarskich, stosowanych w przebiegu kamicy nerkowej[76]). Dla nas zaś są one dowodem, że Aretaeus znal takie środki i że je stosował. — Co się tyczy udziału macicy w samym porodzie, uważał go za bardzo znaczny i ważny, a wynika to już z tego, że określając narząd ten bardzo krótko i niedostatecznie, uważał sobie za obowiązek wspomnieć o tej jego czynności. „τῇσι γυναιξὶ ὑστέρη ἀγαθὴ μὲν ἐς κάθαρσιν καὶ τόκον“ [77]).

W ten sposób przeszliśmy do fizyologii i do patologii ciąży i porodu, które u Aretaeusa są tak po macoszemu traktowane, że gdybyśmy tych kilka dotyczących uwag pominęli, nie wynikłaby z tego żadna szkoda dla dziejów położnictwa, a samemu Aretaeusowi nie uczynionoby przez to żadnej krzywdy.

O fizyologii i patologii ciąży i czasie jej trwania niema wzmianki, podobnie, jak i o porodzie prawidłowym. Znajdujemy jedynie wzmiankę przypadkowo o przedwczesnem mimowolnem „ἐντρωσμός“ [78]) i o sztucznem przerwaniu ciąży („...ἐξ ὑποθέσιος ἀμβλωθριδίου.“ [79]), przyczem się nie zastanawia bliżej nad środkami i okolicznościami powodującemi, lecz uważa je ogólnikowo za szkodliwe ze względu na następstwa. Mimo to ustęp dotyczący jest ważny, gdyż dowodzi, że za czasów Aretaeusa znano i stosowano środki spędzające płód. Z przypadków zaś, towarzyszących porodowi prawidłowemu, wspomina raz tylko o jednym, t. j. o parciu, porównywując je z uczuciem parcia na mocz, występującem przy kamieniach pęcherza[80]).

Aretaeus pozwala się nam także domyślać, że jednym z warunków prawidłowego porodu było dokonanie jego bez jakiejkolwiek pomocy. Zastanawiając się bowiem nad przyczynami wypadania macicy, powiada, że ma ono miejsce czasem po porodach gwałtownych „βίαιος“, stanowiąc złą ich stronę[81]). Do gwałtownych zaś zabiegów, stosowanych przy porodzie, zalicza sztuczne wydobycie łożyska przyrośniętego. Z tych kilku słów Aretaeusa, odnoszących się do tego zabiegu, możemy do pewnego stopnia wnioskować z dostateczną stanowczością, że rozmaite sposoby stosowano już za jego czasów w celu wydobycia łożyska przyrośniętego. Aretaeus wspomina jedynie o pociąganiu za błony sterczące („ἢν γὰρ τόδε (χορίον) ἕλκηται βίῃ...“ [82]), uważając ten sposób za groźny dla rodzącej. Niebezpieczeństwo bywało czasem tak wielkie, że rodzące przypłacały zabieg ten życiem. Przyczyną śmiertelnego zejścia bywało wynicowanie macicy. Aretaeus mówi wprawdzie jedynie o wypadaniu („ἐκπτῶσις“) macicy, które może spowodować śmierć rodzącej. Zastanawiając się jednakowoż nieco dokładniej nad dotyczącym ustępem, dojdziemy z łatwością do przekonania, że wypadanie to macicy, sprowadzające nierzadko śmierć, nie było niczem innem; jak tylko wynicowaniem. Opisując bowiem wejrzenie takiej macicy wypadniętej, przez pociąganie przyrośniętego łożyska, powiada Aretaeus, że z dwóch warstw, tworzących mięsień macicy, wewnętrzna staje się dla lekarza widoczną, co przecież jedynie przy wynicowaniu jest możliwem. „δοκέει δέ κοτε τῆς διπλόης τῆς ὑστέρης ὁ ἔνδον ὑπεζωκὼς χιτών...“ [83]). W ten sposób pojęta rzecz tłómaczy dostatecznie tak częste śmiertelne zejście z powodu wypadnięcia macicy. Skoro zaś Aretaeus przestrzega przed niebezpieczeństwem, grożącem z takiego wydobywania łożyska, musiał znać i inne sposoby lepsze, a mniej gwałtowne, o których jednak nie uważa za odpowiednie mówić w tem miejscu. Wynicowaną macicę radzi natychmiast odprowadzić ręką, posmarowaną maścią, łagodzącą bóle. (C. d. n.).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 20 kwietnia 1904 r.

Przewodniczy kol. prof. Nowak. Obecnych członków 30.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przyjęto na członków Towarzystwa koll. Józefa Bogdanika i Bernarda Steinberga.

III. Uchwalono wniosek Komitetu w sprawie współdziałania Komisyi przemysłowo-lekarskich Towarzystw lek. lwowskiego i krakowskiego w tym względzie, że przetwory, polecone przez jedno Towarzystwo, bez żadnych dalszych badań zostaną polecone przez drugie Towarzystwo.

IV. Kol. Żeleński wygłosił zapowiedziany odczyt: „O pojawianiu się ciałek szpiku kostnego (myelocytów) we krwi niemowlęcej“ (na podstawie badań, prowadzonych wspólnie z kol. Teodorem Cybulskim). (Rzecz przeznaczona do druku.

W dyskusyi zapytuje kol. prof. Ciechanowski, czy zwracano uwagę na pojawianie się polychromatofilii i ciałek czerwonych z ziarnistościami, oraz na stosunek tych zjawisk do myelocytozy?

Kol. Gertler zwraca się do prelegenta z zapytaniem, czy oznaczano dokładnie czas brania krwi do badań drobnowidowych, gdyż u dzieci odgrywa wielką rolę t. zw. leukocytoza trawienna, która może

69) De mulierum morbis lib. I. i II. K. II. i de natura muliebri. K. II.
70) Galeni de locis affectis lib. VI. cap V. K. VIII.
71) Soranus ed. Rose lib. II. cap. IV. 29.
72) Soranus ed. Rose lib I. cap. III. 8 i lib. II. cap. IV. 29.
73) Galeni de locis affectis lib. VI. cap. VI. cap. V. K. VIII.
74) Hippocratis de genitura K. I.
75) De caus. et sign. diut. morb. lib. II. cap. V.
76) De cur. diut. morb. lib. II. cap III. K. str. 332.
77) De causis et signis diuturnorum morborum lib. II. cap. XI. K. str. 162.
78) De caus. et sign. diut. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 167.
79) De caus et sign. ac. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 61.

80) De caus. et sign. diut. morb. lib. II. cap. II. K. str. 137.
81) Ibidem cap. XI. K str. 167.
82) L. c.
83) L. c.

mącić obrazy, otrzymane przez prelegenta. Jaksch wykazał, że po nakarmieniu dzieci zupełnie zdrowych występuje leukocytoza ogromnie wzmożona, połączona z wielką ilością myelocytów, a zależąca od doprowadzenia istot białkowatych do ustroju. Pohl wywoływał leukocytozę u psów, którym po 18-godzinnem poszczeniu wprowadzał różne pokarmy i przekonał się, że przez wprowadzenie zwłaszcza istot białkowatych wywołać można leukocytozę, rozpoczynającą się po upływie 1 godziny, a dochodzącą do *maximum* po upływie 3 godzin. Trudności jeszcze większe mamy przy badaniu krwi chorych noworodków. Hayem i Rieder wykazali, że u zupełnie zdrowych noworodków znaleźć można w pierwszym dniu życia podwójną, a czasem i potrójną ilość leukocytów z myelocytami, dochodzącą do *maximum* w 3 i 4 dniu. poczem znowu opada i dopiero w 2 i 3 tygodniu się podnosi o 50 procent. Wspomniani badacze przypuszczali, że ustrój, odłączony od matki, oddziaływa zwiększoną leukocytozą, aby się uchronić od niekorzystnego wpływu warunków i otoczenia, w jakich nagle po urodzeniu się znajduje.

Kol. Borzęcki zaznacza, że badania krwi u dotkniętych kiłą wczesną, wykonane przez Justusa, Reissa, Biegańskiego i innych, wykazały, że ulega ona pewnym zmianom, polegającym głównie na zwiększeniu się liczby leukocytów i zmniejszeniu hemoglobiny. Leczenie rtęciowe usuwa te zmiany. Uderzającem jest odmienne zachowanie się pod tym względem krwi u niemowląt z kiłą odziedziczoną, u których zmiany we krwi, odnoszące się głównie do znacznej ilości myelocytów, nie ustępowały, mimo leczenia swoistego, jak to prelegent zaznaczył.

Kol. Żeleński na zapytanie kol. prof. Ciechanowskiego odpowiada, że w przypadkach ciężkiej niedokrwności spotykał polychromatofilię dość często, zwłaszcza przy barwieniu mięszaniną eozyny i błękitu metylenowego. Polychromatofilia dotyczyła najczęściej ciałek czerwonych z jądrami tak, że gdyby nie równoczesne barwienie innymi sposobami, to postaci te byłyby we krwi trudne do rozpoznania. Co do leukocytozy trawiennej, wspomnianej przez kol. Gertlera, to niema ona żadnego wpływu na obecność ciałek szpiku kostnego we krwi. W odpowiedzi na uwagi kol. Borzęckiego zaznacza prelegent, że badania tyczące się niedokrewności, towarzyszącej kile, czynione były jedynie mimochodem, gdyż dla przyczyn zewnętrznych kliniczne spostrzeganie w tym kierunku było niedostateczne. Na podstawie własnej obserwacyi, jak również poglądów innych autorów, prelegent sądzi, że należałoby rozróżnić dwa rodzaje niedokrewności, rozwijającej się pod wpływem kiły u niemowląt. Jedna, to zwykła niedokrewność wtórna, towarzysząca wyniszczającej chorobie i ta prawdopodobnie jest analogiczną z niedokrewnością u dorosłych, a wspomnianą przez kol. Borzeckiego. Druga, to występująca niekiedy w następstwie kiły, typowa niedokrewność niemowlęca z obrzmieniem śledziony i odczynem ciałek czerwonych z jądrami i tę właśnie niektórzy autorowie uważają za zmianę niejako »parasyfilityczną«. Rozwija się ona zwykle po ustąpieniu objawów kiły, n. p. w jednym z przypadków prelegenta u 13-miesięcznego dziecka, które przed rokiem okazywało objawy świeżej kiły. Na ten typ niedokrewności leczenie swoiste zdaje się nie mieć żadnego wpływu. Co do pojawiania się ciałek szpikowych, to obecność ich zdaje się zależeć od działania bezpośredniego jadu kiłowego na szpik kostny i zmniejsza się szybko pod wpływem działania rtęci.

V. Kol. Habicht wygłosił odczyt: »O t. zw. „typhus diagnosticum“ Fickera, (z demonstracyą).

Prelegent przedstawia sposób postępowania przy próbie Fickera, okazując na dwóch przypadkach duru brzusznego odczyn dodatni, zaznaczając przy tem, że w 10 przypadkach tej choroby zawsze odczyn występował, podczas gdy u ludzi zdrowych lub dotkniętych inną chorobą, nigdy odczynu nie spostrzegał. Wartość „typhus diagnosticum“ jest zupełnie analogiczną z próbą Widala; będąc przytem przystępnem każdemu lekarzowi i w każdym czasie, ma ono wielką wartość rozpoznawczą. By zbadać przyrodę „typhus diagnosticum“ Fickera, wykonał prelegent dwojakie próby: po pierwsze z hodowlą prątków durowych w zawiesinie z rozcz. fizyolog., ogrzewaną przez godzinę do 58°; powtóre z hodowlą bulionową, zabitą formaliną (1:100). Obydwie powyższe zawiesiny prątków durowych, zabite przez to postępowanie, nie traciły własności aglutynowania się (owszem własność ta się wzmagała), a badane porównawczo z „typhus diagnosticum“ Fickera dawały analogiczne wyniki. Stąd wniosek, że prawdopodobnie Ficker użył do sporządzania swego przetworu jednego z powyższych sposobów, lub też że w ten sposób można otrzymać zupełnie równowartościowe z „typhus diagnosticum“ zawiesiny bakteryi, w celu wykonywania prób z aglutynacyą makroskopową.

W dyskusyi nadmienia kol. Gertler, że używał przytoczonego przez prelegenta sposobu Assakawy do badań makroskopowej aglutynacyi paciorkowców. Nie zamrażał sztucznie, lecz ponieważ doświadczenia robił w styczniu, wystawiał rurki na działanie mrozu, a następnie hodowle odmrażał. Przekonał się, podobnie jak prelegent, że sposób ten nie ma żadnej wyższości nad pozostawieniem hodowli w ciepłocie pokojowej, a tem mniej nad zastosowaniem ciepłoty 42° C., w której aglutynacya najszybciej występowała.

Kol. Eisenberg zaznacza, że próba Widala tylko przy uwzględnieniu krytycznem różnych czynników może mieć znaczenie rozpoznawcze, że tedy byłoby pożądanem przynajmniej dla celów klinicznych na wzór „typhus diagnosticum“ uzyskać analogiczne płyny z bakteryi rzekomodurowych obu typów i z bakteryi zatruć mięsnych. Zaznacza dalej usługi, jakie płyn w rodzaju „typhus diagnosticum“, pozwalając na ujednostajnienie techniki aglutynacyjnej, może oddać zarówno przy teoretycznych badaniach nad tem zjawiskiem, jakoteż przy praktycznych jego zastosowaniach. *(Streszczenia własne).*

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 2 czerwca.

* Zgromadzenie Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych, które odbyło się podczas Zielonych świąt w Krakowie, powzięło między innemi następujące uchwały: 1) Zgromadzenie przypomina potrzebę reformy i rozszerzenia wychowania fizycznego młodzieży; 2) uważając nadzór lekarski nad szkołą za jeden z najdzielniejszych środków podniesienia poziomu nietylko fizycznego zdrowia lecz i moralnego prowadzenia się młodzieży, — ponawia żądanie ustanowienia lekarzy szkolnych, przy szkołach średnich.

* Egzamina na lekarzy rządowych (fizykackie) przed komisyą krakowską złożyli następujący lekarze: J. Pacyna, T. Kwiatkowski, B. Komorowski, A Michnik i T. Płochocki.

* Kierownikiem sanitarnego oddziału katolickiego, urządzonego przez arcybiskupa warszawskiego, jest Dr. Szczeniowski.

* Naczelnikiem wydziału sanitarnego intendentury w Charbinie mianowany został Tadeusz Kurella.

* Przed 10 dniami rosyjskie władze wojskowe ponownie powołały 25 lekarzy z Królestwa Polskiego na plac boju; tym razem los padł na seryę, która skończyła uniwersytet przed 14—15 laty. Z pierwszej grupy lekarzy polskich, która przed 2 miesiącami udała się do Mandżuryi, 6 dostało się do niewoli japońskiej.

* Wpływ wojny japońsko-rosyjskiej na stosunki handlowe materyałami aptecznymi uwydatnił się podniesieniem ceny wosku japońskiego, koperku, galasówek, a w szczególności kamfory.

* W Warszawie, pod kierunkiem Dr. Moczulskiego, została urządzona wziewalnia do leczenia chorób dróg oddechowych. Przyrządy, zastosowane w tym zakładzie, są pomysłu Dr. Herynga. Zakład mieści się przy ulicy Kruczej Nr. 49.

* Do Towarzystwa samopomocy lekarzy w dalszym ciągu przystąpili następujący nowi członkowie: koll. Damański Emanuel (Lwów), Ruff S. (Lwów), Prof. Sieradzki Włodzimierz (Lwów) i Biblioteka słuchaczów medycyny we Lwowie.

Dr. Langie, generalny sekretarz.

* Rząd niemiecki, pragnąc uchronić społeczeństwo od fałszowanych surowic leczniczych, postanowił, ażeby te tylko surowice znalazły się w handlu aptecznym, które zostaną z urzędu zbadane i do użycia polecone. Na razie rząd niemiecki przekazał czynność badania surowic Instytutowi doświadczalnej terapii w Frankfurcie.

* W ostatniem półroczu w wiedeńskim Wydziale lekarskim było słuchaczów 1745. Według krajów liczba ta rozkłada się, jak następuje: na Dolną Austryę przypadało słuchaczów 399, na Morawy 138, na Czechy 122, na Węgry 80, na Górną Austryę 78, na Galicyę 72, na Krainę 27, na Śląsk 30, na Pobrzeże 29, na Bośnię i Hercegowinę 24, na Kroacyę 19, na Dalmacyę 20, na Siedmiogród 16, na Tyrol 26, na Styryę 18, na Karyntyę 13, na Bukowinę 18, na Istryę 15, na Slawo-

nię 16, na Solnogród 4. na Gorycyę z Gradyską 3, na Voralberg 4. Z słuchaczów obcokrajowych było z Niemiec 30. z Rosyi 161, z Rumunii 50, z Serbii 55, z Bułgaryi 15, z Ameryki 216 (z tych 213 kobiet). Z liczb tych wynika, że Wszechnica wiedeńska nie przestała być ogniskiem, gromadzącem w swoich murach młodzież środkowej Europy, szukającą wyższego wykształcenia.

* W Antwerpii zmarł na »śpiączkę« 24-letni mężczyzna, który niedawno powrócił z Kongo. Ma to być pierwszy przypadek tej choroby u ludzi rasy białej.

* Między 17 a 23 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim (2 gm.), drohobyckim (2 gm.), gródeckim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (3 gm.), lwowskim (2 gm.), mościskim (1 gm.), nadwórniańskim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), rawskim (4 gm.), skałackim (2 gm.), starosamborskim (1 gm.), stryjskim (3 gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), turczańskim (7 gm.), zaleszczyckim (1 gm.), złoczowskim (2 gm.).

Stwierdzono ospę w dwóch gminach powiatu kolbuszowskiego.

Mianowania i odznaczenia. Dr. A. Szymanowskij mianowany został profesorem okulistyki w Kijowie. Dr. Orłow mian. profesorem chemii w Tomsku.

Nekrologia. Dr. Karamitsas, prof. med. wewn. zmarł w Atenach. Dr. Marya Sawicka, lekarz przy gimnazyum kiszyniowskiem, zmarła w wieku lat 50.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 21. Żebrowski: O wpływie tyreoidyny na liczbę czerwonych ciałek i zawartość substancyi suchej krwi i o stałości odsetka wody we krwi ludzkiej. Sterling: O porażeniu astenicznem (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 21. Janczurowicz: Przypadek pleśnicy żołądka, wywołanej przez nieopisywanego dotychczas pasorzyta, oraz ogólny pogląd na obecność pleśni w żołądku i na ich znaczenie kliniczne. Stankiewicz: Jaka jest granica doszczętnego leczenia przepuklin? (dok.).

— *Postęp okulistyczny* Nr. 5 Noiszewski: Powstawanie i rozkład wyobrażeń wzrokowych. Liebarmann: Czy istnieje akomodacya ócz, pozbawionych soczewki i jak ją wytłómaczyć? Wicherkiewicz: W sprawie akomodacyi ócz bezsoczewkowych.

— *Kronika lekarska* Z. 10. Miklaszewski: O wpływie fizyologicznym zabiegów gorących na ustrój (dok.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 21. Syllaby: Serum krevni u bledničky. Zabradnický Zpráva o 604 kýlách v nemocnici německobrodské operovaných (c. d.). Šantrůček: Léčeni hydrokély (dok.). Šebor: O vzájemném vztahu mezi těhorenstvi a některými chorobami vnitřnimi (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 40. Reclus: Początki i kierunki nowoczesnej chirurgii. Zimmern: Zagadnienia bieżące w zakresie widzy.

Nr. 41. Dentu: Mięsaki pochwy w wieku dziecięcym. Romme: Fotochemia i fototerapia.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 21. Siemerling: Wartość badania cieczy rdzeniowo-mózgowej dla rozpoznania chorób nerwowych i umysłowych. Bial: O pochodzeniu pentozuryi jako nieprawidłowości rodzinnej. Jansen: Zachowanie się faradyczno-skórnego czucia po zastósowaniu zabiegów wodoleczniczych. Többen: O wrzodliwem zapaleniu gardła i jamy ustnej. Kisch: Otyłość jako znak zwyrodnienia. Cassel: Dziedziczne kiłowe zapalenie nerek u oseskó w i płodów niedoszonych. Volhard: O tętnie wątrobowem i o wyrównaniu przy wadach zastawek (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 21. Kapralik: Doświadczenia nad działaniem tuberkuliny, wprowadzonej do dróg oddechowych. Lederer: Przeżuwanie u ludzi i stosunek jego do krwawiączki. Kleinböck: Rzekoma dusznica bolesna na tle histerycznem. Radioskopia. Effertz: Fizyologia i socyologia kazirodztwa między ojcem i córką u Indyan.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 21. Erb: Dysbasia na tle miażdżycowo-naczyniowem. Lion: Metody do wykonywania odczynu Gruber-Widala. Jordan: O ropnicy z przebiegiem przewlekłym. Rosenbach: Uwagi nad rozpoznaniem czynnościowem z szczególnem uwzględnieniem opukiwania serca. Baermann i Linser: Przyczynek do chirurgicznego leczenia i histologii owrzodzeń po X-promieniach. Dreuw: Zastosowanie suprareniny w przyżeganiu wzgórka nasiennego. Goldschmidt: O osobliwych przyczynach obustronnej puchliny nerkowej; zastaw owe zamknięcie ujść obydwóch moczowodów przez fałd błony śluzowej pęcherza. Hahn: Statystyka, uzyskana podczas szczepień. Groth: Najprawdopodobniejsze granice naturalnego a sztucznego odżywiania w Monachium i ich wpływ na śmiertelność oseskó w. Althaus: Przypadek laryngotomii w celu usunięcia ciała obcego u 10 miesięcznego dziecka. Krone: Działanie X promieni na narządy wewnętrzne. Dessauer i Wiesner: Dalsze uwagi nad techniką prześwietlania. Köbner: Smugi rozszerzone na skórze. Brüning: Wrodzony wybujały jednostronny wzrost.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 22. Ribbert: O układzie naczyniowym i uleczalności nowotworów. Lewin: Przyczynek do farmakologii garbnika i formy jego stosowania. Jolowicz: O weronalu. Gramann: Surowicze rozpoznanie duru brzusznego zapomocą „diagnosticum“ Fickera. Halberstaedter: Przyczynek do nauki o uczulaniu. Katzenstein: Nowy sposób badania czynności serca. Fraenkel: O cieśni oskrzelowej (dok.).

Redakcya otrzymała: Nawroczyński: Dna albo łamiec, jego istota, objawy, przebieg i leczenie. Gościec przewlekły. Tężec przyranny.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 21 (od 22/V do 28/V) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 21, dz. 26; nieżywo: chł. 1, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 17, kob. 23; zamiejscowych: męż. 13, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1. obcych —. 2) gruźlica: miej. 15, ob. 7. 3) zapalenie płuc: miej. 9, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 2. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 6, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 40, obcych 21.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych



patrz następną stronicę.

L. 663/04.

Konkurs.

Celem obsadzenia posady lekarza miejskiego w tutejszej gminie z płacą roczną 800 koron i różnemi dodatkami, wynoszącymi blisko 300 koron, rozpisuje się niniejszem konkurs.

Podania należycie udokumentowane, a szczególnie zaopatrzone dowodem odbytej przynajmniej dwuletniej praktyki lekarskiej, wnieść należy najdalej do dnia 15 czerwca 1904 na ręce tutejszej Zwierzchności gminnej.

Nadmienia się, że z dniem 1 stycznia 1905 ma być tu otwarty Sąd i Urząd podatkowy.

Bołszowce, dnia 5 maja 1904. 181

Burmistrz.

L. 1905.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Buczaczu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Uściu zielonem z płacą 1000 kor. i 600 koron na objazdy rocznie.

Do okręgu należy 11 miejscowości. Apteka w miejscu. Warunki określone ustawą z d. 2 lut 1891 Dz. u. kr. Nr. 17. Termin do wnoszenia podań do 15 czerwca b. r.

Lekarz okręgowy będzie mógł za osobnem wynagrodzeniem ze strony Urzędu gminnego w Uściu zielonem spełniać obowiązki lekarza miejskiego 188

Z Wydziału powiatowego: Buczacz 23 maja 1904. Zastępca Prezesa: Dr. Krzyżanowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. Romualda Pląskowskiego, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w roku 1906 za pracę z dziedziny psychiatryi, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim. w terminie od dnia 1 kwietnia 1904 do dnia 31 marca 1906 r., bądź też w rękopisie Towarzystwu lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specyalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych.

Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1906 roku.

Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda Rb. 512 kop. 43. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem, co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w „Pamiętniku Towarzystwa“, zwraca się na własność autora.

186 Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*

Rok XLIII. Kraków 11 Czerwca 1904. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Omówienie przypadku niewątpliwego dziedziczenia kurczowej naczynioruchowej nerwicy wraz z uwagami o t. zw. hartowaniu dzieci.

Podał

Dr. med. i fil. Piotr Pręgowski.

Fakt, na który wskazałem na innem miejscu [1]), że istotą schorzeń neurastenicznych są zaburzenia w układzie naczynio-ruchowym, że przeto neurastenia jest właściwie nerwicą nerwu spółczulnego, a t. zw. neurastenia okresowa kurczową nerwicą nerwu spółczulnego, albo innemi słowy, kurczową nerwicą naczynioruchową, powoli zostaje przyznawanym. W N. 7 z roku bieżącego (1904) pojawiła się w „Wiener klinische Rundschau“ praca p. t. „Zur Aetiologie und Behandlung der Neurasthenie“, której autor Höflmayer [2]) na str. 110 tak mówi: „Gdy zwrócimy uwagę na różnorodne zaburzenia naczynioruchowe większości neurasteników, które to zaburzenia bez wyjątku muszą być sprowadzone do zaburzonej czynności układu spółczulnego, jak np. na chłodne ręce i stopy, chłodną skórę (czy to na całej powierzchni ciała, czy też, i to szczególniej, częściowo), dalej — zmieniające się zabarwienie policzków i t. d., będziemy musieli przyznać, że rzeczywiście wielką liczbą przypadków neurastenii da się wcielić do obrazu zaburzeń funkcyi — lub schorzenia układu spółczulnego“.

„Uważam za pomieszanie przyczyny ze skutkiem, gdy się mówi, że owe zaburzenia funkcyi układu spółczulnego występują pod postacią nerwic naczyniowych w towarzystwie neurastenii, gdyż to, co po wykluczeniu nerwicowych pozostaje, są to prawie wyłącznie tylko objawy wtórne owych „angioneuroz“, jak n. p. szum w uszach, uczucie ucisku w głowie, bezsenność pomimo znużenia i t. d.“.

Odpowiednio do tego poglądu na istotę choroby poleca też Höflmayer i leczenie, skierowane wyłącznie do doprowadzenia układu naczyniowego do stanu prawidłowego, analogiczne do tego, które i ja zaleciłem.

Zbadanie istoty omawianych tu schorzeń ułatwia znacznie poznanie innych spraw, ściśle z niemi związanych. Do tych ostatnich należy między innemi także sprawa dziedziczenia.

Pragnę tu opisać pouczający przypadek dziecka 7-miesięcznego z wyraźną kurczową nerwicą naczynioruchową, u którego obojga rodziców stwierdziłem to samo cierpienie.

[1]) „Przegląd lekarski“ 1903. Nr. 12—17, tudzież „Sprawozdanie z Sekcyi psychiatryczno-neurolog. międzyn. Kongr. Madryckiego.«

[2]) Dr. L. Höflmayer: „Zur Aetiologie und Behandlung der Neurasthenie“. (Wiener klinische Rundschau. Nr. 7. 1904).

Dodam, że dokładna znajomość paruletnia z tą rodziną i poznanie wszystkich jej stosunków pozwala mi z zupełną pewnością wykluczyć wątpliwości co do ojcowstwa, okoliczność, jak wiadomo, pierwszorzędnej wagi, choć może nie zawsze należycie uwzględniana.

Ojciec. *R.*, nauczyciel gimnazyalny, lat 29. Matka i pięcioro rodzeństwa pacyenta mają być nerwowi. Na czem atoli ta nerwowość polega, dowiedzieć się nie mogłem. Chorób somatycznych nie miał pacyent przebywać. W czasie studyów nadmiernie pracował, mało sypiał, a natomiast wiele pił herbaty i kawy, nigdy nie palił tytoniu i nie używał wyskoku. Od kilku lat nie używa pożywek, zawierających kofeinę, gdyż miał zauważyć, że czynią go wrażliwym, rozdrażnionym i ruchowo podnieconym „tak, jakby był na sprężynach“. Przed dwoma laty wywoływał sobie co noc poty, gdyż to miało działać mu dodatnio na nerwy. Atoli uwaga lekarza, że zbyt częste pocenie się wpływa ujemnie na serce, spowodowała, że zaniechał tego procederu. Samogwałtowi nie miał się oddawać. Silnych długotrwałych wstrząśnień duchowych nie doznawał. Uczył się zawsze średnio, ale bez zbytnich trudności. Nerwowym czuł się pacyent zawsze, o ile to pamięta. Nie mógł nigdy długo zajmować się jednem i tem samem, szybko nudziło go wszystko i nużyło. Zamiłowania do pracy nie miał nigdy, pracował więcej dla tego, że mu kazano i nim kierowano, a znany był z tego, że nie miał zupełnie wytrwałości w pracy. Uczuciowo był i jest bardzo wrażliwy. Byle drobnostka wytrąca go z równowagi i lada co rozdrażnia i złości pacyenta. Czyjaś uwaga lub docinek czynią go na szereg godzin albo i dni nieszczęśliwym, chociaż pacyent jest świadom, że ogół niby sobie z tego nie robił; to szczególnie każe mu przypuszczać, że nie jest całkowicie zdrowym. Pacyent łatwo ma się entuzyazmować, a nie mniej łatwo daje się zastraszyć i jest, jak to on sam, tudzież jego otoczenie zauważyło, szczególnie podmiotowy w swoich poglądach, ocenach i postępowaniu. Często ma pacyent ulegać parodniowym stanom przygnębienia, w których czuje się nieszczęśliwym i opuszczonym. Jest on wtedy szczególnie czuły dla wszystkich i wszystkim przebacza. Stany te sam pacyent uważa wprost za chorobliwe. Spocenie się, a nie mniej gruntowne wyspanie mają usuwać te stany nieprawidłowe. Zapytywany, czy nie posiada okresów, w których szczególną ma skłonność do marzeń, przyznaje, że nawet bardzo często znajduje się w takich stanach. Wtedy nie ma najmniejszej chęci do pracy, nawet nie chce mu się wstać do jedzenia, tylko bezustannie, choćby w ciągu 2—3 godzin oddaje się swoim marzeniom, które sprawiają mu szczególniejsze zadowolnienie. Tych stanów pacyent nie uważa za chorobliwe, mówi tylko, że to już taka jest jego natura. Wreszcie zdarza się, że pacyent doznaje szczególniejszej żądzy czynu, co ma miejsce, jak pacyent podaje, głównie po niewyspaniu się, tudzież szczególniej w zimie; jest on wtedy niezwykle ruchliwy, ożywiony, głośny. Uważa się wtedy za bardzo zdrowego; atoli po ustąpieniu tego stanu pacyent doznaje poczucia, że wówczas nie musiał być zupełnie normalnym, wiele z tego, co w tym stanie powiedział lub dokonał, wydaje mu się obecnie za zbyt dobitne, lub jednostronne, często nawet za obraźliwe — i tego

radby się wyprzeć. Pacyent lubuje się bardzo w cieple, tudzież w świetle słonecznem, a bardzo jest wrażliwy na zimno. Najgorzej czuje się w zimie, a wogóle źle się czuje we wszystkie dnie chłodne całego roku; wtedy to najczęściej występują nieprawidłowe stany pacyenta, skłonność do marzeń, płaczliwość lub podniecenie. Również wrażliwym on jest bardzo na niedospanie. Bezsennie spędzona noc wybija go z równowagi, mąci jego myśli, czyni niezdolnym do pracy i w wysokim stopniu podnieconym. Zapytany o stan powłok skórnych, pacyent odpowiada, że szczególnie od czasu częstego stosowania środków napotnych przed 2-ma laty, zauważył on i uważają inni na nim dziwne zjawisko, że raz wygląda rumiano, tłusto, to znowu wkrótce potem dostaje wejrzenia, jak mówi, suchotniczego, o bladych, widocznie zapadłych policzkach. Szczególnie ma źle wyglądać wtedy, gdy jest zimno, a on nie jest dostatecznie odziany. Zdarza się, twierdzi pacyent, że wystarczy się rozebrać, aby cera ze zdrowej, rumianej, stała się bladą, suchotniczą. Na pytanie o stosunku tych zmian w wyglądaniu do samopoczucia i stanu duchowego pacyenta, odpowiada, że dopiero to pytanie zniewala go do zastanowienia się, i że, o ile to sobie uprzytomnić może, obie owe zmiany w wyglądaniu zewnętrznem i w samopoczuciu występowały równocześnie. Co zaś do tego, która jest przyczyną, a która skutkiem, odpowiada, że, wobec tego, że zimno wywoływało obie te zmiany, sądzi, że nieprawidłowy stan powłok skórnych pociągał za sobą nieprawidłowy stan psychiczny.

Badanie pacyenta, przedsiębrane parokrotnie przy umyślnie zmienionych warunkach, stwierdziło, że mamy do czynienia z typową postacią kurczowej nerwicy naczynioruchowej. Zadziałanie zimnem na pacyenta powoduje zblednięcie powłok skórnych, ich ochłodzenie, stwierdzane dotykiem, łatwo dostrzegalne zmniejszenie objętości i napięcia, po pewnym czasie spierzchnięcie warg, nalot na języku, stwardnienie w okolicy kiszki grubej, podniecenie w zachowaniu się, głośniejsze mówienie, gestykulacyę, ruchy urywane, błyskawiczne itd. itd. Wprawienie pacyenta w stan prawidłowego rozszerzenia naczyń skórnych pociąga za sobą ustąpienie wszystkich wspomnianych objawów.

Co się tyczy stanu ogólnego pacyenta, to ten nie okazuje zbyt wielkich osobliwości. Pacyent jest osobnikiem o budowie średniej, odżywieniu miernem, ulega rozedmie płuc miernego stopnia. Układ krwionośny i serce bez widocznych zboczeń. Uciskanie brzucha w przebiegu nerwu spółczulnego, jak również okolicy splotu trzewnego i podbrzusznego, nie bolesne. Pole widzenia nie jest ograniczone. Źrenice oddziaływują na światło prawidłowo. Nerwy VII i XII pary — bez zmian. Ruchomość, czucie i odruchy w kończynach górnych, dolnych i w tułowiu, prawidłowe. Skurczu stopowego, jak również odruchu Babińskiego, niema.

Matka. Pacyentka *F.*, liczy lat 28. Matka jej miała być zawsze nerwowa. Obecnie cierpi na „melancholię", rzuciła się raz bez dostatecznego powodu do rzeki w celu samobójczym, bez powodu opuszcza dom mężowski na kilka dni, w czasie których upija się. Jeden brat źle się prowadzi, nie chce pracować, ma skłonność do picia.

W dzieciństwie pacyentka miała być nieśmiałą i bardzo wrażliwą na uwagi i wyrzuty. Te właściwości pozostały jej do dnia dzisiejszego. Najwięcej nieszczęśliwą czuje się pacyentka, gdy ją spotyka zasłużona uwaga, że uchybiła swoim obowiązkom. Była ona zawsze uparta, musiała zawsze postawić na swojem. Uczyła się dość dobrze. W 20-tym roku życia miała zajście, które wstrząsnęło nią na długo: rodzice nie zezwolili jej poślubić człowieka, którego pokochała. Z tego powodu opuściła dom rodzicielski i dotąd nie może tego przebaczyć rodzicom. Innych wstrząśnień nie doznawała. Nigdy nie miała mieć pogodnego umysłu przez czas dłuższy, zawsze czemś się trapiła, a powody były zazwyczaj błahe, jak to zwykle potem sama przyznawała. Często miewała trwające kilka dni z rzędu większe przygnębienie, również bez dostatecznych powodów, jak to sama przyznawała po ustąpieniu przygnębienia. Skłonną była zawsze do marzeń, które była w stanie snuć nieraz całemi godzinami. Zbytnich podnieceń w sobie nie zauważyła: czy ich nie było, czy też ona na to nie zwróciła uwagi? podać nie umie. Od lat panieńskich była bardzo pobożną, nazywano ją bigotką. Pracowała zawsze wiele, choć na bliższe pytania odpowiada, że zwykle dzięki wysiłkom woli, a nie z zamiłowania do pracy, którego nigdy nie posiadała. Zapytana, jak osądza swój stan, oświadcza, że nerwową nie jest; rozumie bowiem przez nerwowość zbytnią żywość w ruchach, mowie i zachowaniu się, natomiast mówi, że już jej usposobienie jest takie, że lada powód, który dla innych jest obojętny, już ją wytrąca z równowagi psychicznej. Na zapytanie, czy to usposobienie swoje uważa za prawidłowe? odpowiada, że czuje to, iż prawidłową osobą nie jest.

Pacyentka skarży się na częste nieżyty dróg oddechowych, wiele wykrztusza. Stolec oddaje, o ile zauważyła, codziennie, lub co drugi dzień. Wyskoku nie używała nigdy, zresztą wyskok działa na nią bardzo ujemnie. Natomiast kawa była codziennym jej i jej rodziny napojem. Na dalsze pytania nadmienia pacyentka, że tak ona, jak i jej otoczenie zauważyło oddawna, że w barwie i wejrzeniu jej rąk i twarzy zachodzą częste różnice. Raz twarz jej wygląda pełna, rumiana, jędrna, to znowu, bez żadnego, jak sądzi, powodu staje się widocznie zapadłą i bezkrwistą. Skóra staje się wtedy niemal brunatną, suchą, występują na niej różne plamy, których w pierwszym stanie prawie zupełnie dostrzedz nie można. Zjawisko to zauważyła pacyetka na rękach, gdzie najlepszą dla niej wskazówką zaszłej zmiany jest luźne osadzenie na palcu i łatwe zsuwanie się pierścionka, który w stanie prawidłowym niemal nie daje się przesunąć. Czy na pozostałem ciele powłoki skórne ulegają tym samym zmianom, na to pacyentka nie zwróciła uwagi. Nie mniej nie są jej dokładnie znane warunki, w których następują oba powyższe stany; to jednak podać może, że stany te łatwo po sobie następować mogą. Nadto zaś pacyentka zauważyła, że jeżeli wstaje z łóżka ciepłego i odrazu się odkryje, a w pokoju chłodno, wtedy występuje opisany stan złego wyglądania na twarzy i zmian na rękach, co niema miejsca, gdy pacyentka wstaje tak, aby nie uledz nagłemu ochłodzeniu. Co do tego, czy stany te nie pozostają w związku ze zmianami w usposobieniu, pacyentka odpowiada, że przedtem nie zwracała na to uwagi, ale teraz, gdy sobie przedstawia te stany, widzi niewątpliwie, że nadmiernie wrażliwą, skłonną do zmartwień, niezbyt chętną do pracy itd. czuje się właśnie wtedy, kiedy np., wstawszy z łóżka, nie zachowała wspomnianej ostrożności.

Mąż pacyentki podaje, że uważa ją za osobę nienormalną tak, że niekiedy doznawał obaw, aby się w niej nie rozwinęło zupełne obłąkanie.

Badanie przedstawia osobę dobrze zbudowaną, widocznie niedokrewną; w lewym szczycie płucnym przytłumienie bez rzężeń. Uszy znacznie odstające, płatki uszne przyrosłe; jakby pewna niesymetrya pomiędzy prawą a lewą połową twarzy, zęby próchniejące, ale nie powyrywane. Przy przesuwaniu języka po zębach szczęki górnej zostaje na zębach wyraźny nalot. Z jamy ust czuć woń nieprzyjemną. Odruchy ścięgniste, szczególnie kolanowe, żywe; odruchy skórne, czucie, ruchomość itd., nie okazują zmian, wpadających w oczy.

Wielokrotne spostrzeganie stwierdza u pacyentki chód sztywny, nie mniej sztywne ruchy rąk i głowy. W całej postaci pewna nienaturalność, która przejawia się także w sposobie mówienia. Pacyentka widocznie usiłuje mówić frazami wyszukanemi, przyczem często tworzy nowe wyrazy. Mówiąc nawet o najprostszych rzeczach, stara się używać przenośni i zwrotów książkowych i technicznych, z których wielu nawet, jak nie trudno stwierdzić, nie rozumie. Czuje rodzaj niechęci do prostego nazywania rzeczy po imieniu. Przy opowiadaniu widocznie gubi się w słowach, których używa znacznie więcej, niż potrzeba do przedstawienia tego, co chce opowiedzieć. Podczas rozmowy twarz jej jest niemal

nieruchomą, pozbawioną nawet naturalnych ruchów mimicznych.

Celowo przeprowadzone zabiegi, jak niemniej spostrzeganie, potwierdziły w zupełności wyznanie pacyentki, dotyczące zmian, zachodzących na jej powłokach skórnych, tudzież ich związek z jej ogólnym stanem. Przedstawia ona obraz typowy kurczowej nerwicy naczynioruchowej.

Dziecko. Dziewczynka 7-miesięczna, budowy prawidłowej, bez objawów zwyrodnienia. Przyszła na świat w wyrunkach i w sposób prawidłowy. W narządach wewnętrznych żadnych zmian stwierdzić nie można. Posiada tę samą kurczową nerwicę naczynioruchową, jaką mają rodzice. Obydwa stany, prawidłowego i nieprawidłowego rozkurczu naczyń skórnych mogą być dowolnie u niej wywołane, bądź większem ogrzaniem, bądź choćby najlżejszem ostudzeniem powłok skórnych.

W stanie prawidłowym, wywołanym ciepłem utrzymaniem skóry, skóra jest na całem ciele jędrna, elastyczna, wilgotna, wyraźnie różowa, na dotyk ciepła. Na twarzy wybitne rumieńce i zaokrąglenie policzków, rączki wyraźnie pulchne i jędrne, skóra na nich daje się z trudem ująć w fałd. Usposobienie dziecka spokojne, łagodne. Jeżeli dziecina jest wyspana, może się bawić w ciągu kilku godzin. Nie płacze nawet wtedy, gdy leży w mokrych pieluszkach, lub gdy nie dostaje dłuższy czas pokarmu. Jeżeli nikogo przy niej niema, może sama bez płaczu leżeć spokojnie choćby parę godzin z rzędu. Niepokoju lub podniecenia ruchowego nie zdradza. Jeżeli przedtem była w stanie nieprawidłowym, lub gdy prawidłowo przychodzi już jej czas snu, zasypia odrazu, spokojnie. Przy dłuższem trwaniu tego stanu oddaje kał prawidłowo.

Gdy w tym stanie dziecko zostanie odkryte lub ostudzone, niemal w oczach zmienia się cały obraz. Powłoki skórne na całem ciele widocznie bledną, policzki tracą rumieńce i nie są już tak okrągłe, jak przedtem; rączki i paluszki tracą pulchność, skóra na rączkach daje się łatwo ująć w fałd. Czyni to wrażenie, jak gdyby niemal w okamgnieniu następowało wyschnięcie skóry. Dotykiem wyraźnie stwierdzić można lekkie oziębienie powłok skórnych, szczególnie wyraźne po zewnętrznej stronie ud; skóra utraca swą wilgotność i elastyczność. Po dłuższym czasie występują spieczone wargi, szczególnie na górnej można było łatwo stwierdzić tworzącą się błonkę. Źrenice stawały się szersze. Tętno w tętnicy sprychowej stawało się znacznie mniejsze i szybsze o 10—15 uderzeń na minutę. Zwykle krótko po wystąpieniu stanu nieprawidłowego dziecko oddawało mocz, a wogóle podczas trwania tego stanu moczenie zdawało się być częstsze. Jeżeli dziecko utrzymywane było w stanie nieprawidłowym przez dłuższy czas, np. parę dni, to przez cały ten czas nie oddawało kału, chociaż w prawidłowym stanie oddawanie kału było prawidłowe. Gdy oddanie kału zostało umyślnie wywołane, to stwierdzano jego zbitość, w postaci bobków kozich, z widocznemi cząstkami śluzu. Zachowanie się dziecka w tym stanie jest niemal biegunowo odmienne od zachowania się w stanie poprzednim. Lada powód wywołuje płacz dziecka; czy to oddali się na chwilę matka, czy kto się nań skrzywi, czy będzie niewygodne lub zmoczone posłanie, dziecko utyskująco płacze. To znowu niezrobienie mu czegoś podług jego pragnienia sprowadza wybuch płaczu ze złością. Nic go nie zajmuje długo i jest niespokojne w ruchach i zachowaniu się. Zbyt krępuje je zwykłe nakrycie, bo rączki i nóżki jego są w ciągłym ruchu; często dziecko jest w stanie wykonywać jeden i ten sam ruch przez 10—15 minut bez przerwy, np. wyrzucanie obu nóżek do góry. Domaga się pożywienia, a gdy mu je podać, nie je prawie wcale. O zaśnięciu nie ma mowy. Choć zwykła pora snu nadchodzi, całemi godzinami nie zasypia i płakać lub kwilić może szereg godzin bez przerwy. Rodzice mówią, że wtedy jest to wprost nie to samo dziecko. Jak ze stanu pierwszego przez ochłodzenie sprowadzałem stan drugi, tak samo też ze stanu drugiego przez odpowiednie ogrzanie wprowadzałem dziecię w stan pierwszy prawidłowy. Mamy tu tę samą typową nerwicę naczynioruchową, jaką stwierdziliśmy u obojga rodziców tego dziecka.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki lekarskiej Prof. A. Gluzińskiego we Lwowie.

Wpływ truskawieckiej wody zwanej „Naftusia“ [1]) na przemianę materyi u ludzi zdrowych i dotkniętych skazą moczanową (diathesis uratica).

Podał

Dr. Tadeusz Praschil

lekarz zdrojowy w Truskawcu.

(Dokończenie.)

B) Działanie „Naftusi“ w skazie moczanowej.

Badania moje przeprowadziłem na 2 przypadkach typowej skazy moczanowej, spostrzeganych w tym czasie w klinice. Pierwszy (*reguläre Gicht* Minkowskiego) przebiegał z licznymi napadami dny, którym towarzyszyła gorączka, a zatem była to postać ostra (spostrzeganie 62-dniowe), — drugi zaś (*irreguläre Gicht* Minkowskiego, *arthritis urophosphatica* Gemmla) bez właściwych napadów, postać zatem więcej przewlekła ze zgrubieniami i bolesnością w zajętych stawach (spostrzeganie 18-dniowe).

Pomimo rozlicznych starań ze strony kliniki, nie mogłem większej liczby chorych ze skazą moczanową poddać badaniu w tym czasie, z tej przyczyny, że cierpienie to wśród chorych, szukających pomocy w klinikach i szpitalach, spotyka się nader rzadko.

Przypadek I: J. K., ,ensyonowany urzędnik, l. 65. Pochodzi z rodziny zdrowej, długo żyjącej. Chorób zakaźnych nie przechodził, alkoholu nie nadużywał. W ostatnich latach bardzo zeszczuplał, waga jego przed 10 laty miała wynosić 92 klgr. Wogóle nie chorował nigdy, jedynie w 25 roku życia pojawić się miały u niego w kończynach dolnych i górnych gośćcowe bole, które po kilkumiesięcznem trwaniu ustąpiły zupełnie w następstwie kąpielowego leczenia. W późniejszych czasach występowały tylko czasami lekkie bole w kończynach, które mu jednak w zajęciach codziennych nie przeszkadzały.

Do kliniki został przyjęty w dniu 25/X 1903. Choroba obecna rozpocząć się miała nagle nad ranem przed mniej więcej 3 tygodniami bolami i obrzękiem stopy prawej. Zastosowane wówczas zimne okłady uśmierzyły bole. W kilka dni jednak potem wystąpił (również nad ranem) obrzęk, zaczerwienienie i tak silny ból w paluchu nogi prawej, że chory musiał pozostać w łóżku. W dwa dni później pojawił się obrzęk i ból w stawach palcowych stopy lewej, a następnie w obu kolanach. W ostatnim czasie bole wystąpiły również i w obu stawach barkowych. Bole te wogóle tak są silne, że chory nie może poruszać zajętymi członkami, a noce spędza bezsennie. Ciepłoty chory w domu nie mierzył, ale przypuszcza, że miał ją podwyższoną z powodu silnego pragnienia, upośledzonego łaknienia i małej ilości ciemnego, wysyconego moczu.

Badanie wykazało: Wzrost słuszny, budowa mierna, odżywienie podupadłe, waga 54·5 klgr. Ciepłota 38·1° C. Liczba tętna 90, tętno lekko niemiarowe, narządy wewnętrzne bez zmian, w tętnicach obwodowych i tętnicy głównej mierna miażdżyca. Odnośnie do stawów stwierdzić można: obrzęk i silny ból przy ucisku: na I i II kręg piersiowy, lewe kolano, staw śródnożno-paluchowy i wewnętrzną stronę śródstopia lewego; obok tego ból, względnie tkliwość przy ucisku (bez obrzęku): na I kręgu lędźwiowym, na obu stawach barkowych, kolanie prawem, na obu stawach skokowych i stawach stopy prawej.

Badanie moczu, dokonane w pierwszych dniach pobytu chorego (przy dyecie mieszanej) w klinice, wykazało: ilość moczu 1390,

c. g 1·020; N ogólny 21·3 grm.; N. mocznika 15·6; N kwasu moczowego 0·371 grm. — co w stosunku odsetkowym do azotu ogólnego daje liczby: dla mocznika tylko 73·2%, dla kwasu moczowego 1·74%, a odliczając na NH_3, którego wtedy nie oznaczono, chociażby nawet 3% N, pozostawałaby na resztę ciał azotowych ogromnie wysoka liczba 22% N. Drugi rozbiór, wykonany w miesiąc po przybyciu chorego do kliniki w dniu 22/XI, dawał liczby już korzystniejsze, bo 82% na N mocznika, 2·3% na N amoniaku, bardzo wysoką liczbę 4·5% na azot kwasu moczowego, zaś już tylko 11·2% na N reszty ciał azotowych. Chory pozostawał wtedy na dyecie płynnej mlecznej[1]).

Przez czas pobytu *K.* w klinice, zmiany w stawach raz występowały, to znów znikały po kilku dniach, a kliniczna historya choroby notuje do końca grudnia 1903 r. 16 napadów dny z gorączką, przyczem kolejno prawie ani jeden staw oszczędzonym nie został. Gorączka wogóle, mimo podawania ciągłego 3—4 grm. aspiryny, względnie 4·0 salicylanu sodowego dziennie, w czasie od przybycia chorego do chwili rozpoczęcia moich badań (t. j. do dnia 2 stycznia 1904) trwała prawie bez przerwy, bo w ciągu 69-dniowego pobytu naliczyliśmy wówczas bezgorączkowych dni tylko 12, zaś z podwyższoną ciepłotą 57 dni. Gorączka wogóle była niewysoka, zwyczajnie nie przekraczająca 38° C., najwyższa 38·7° C., w dniu 10 grudnia 1903 roku, a zwykle rano 37·2°, wieczór 37·9° C. Po koniec grudnia spadła waga chorego do 50 klgr.

W czasie badań moich od 2/I do 3/III, a zatem w ciągu 62 dni, było już tylko 10 dni z ciepłotą nieco podwyższoną: 7/I — 37·1°, 8/I — 37·1°, 9/I — 37·1°, 10/I — 37·2°, 11/I — 37·5°, 24/I — 37·2°, 31/I — 37·0°, 2/II — 37·1°, 7/II — 37·6°, wreszcie 13/II — 37·0°; natomiast w ciągu 52 dni bezgorączkowych spostrzegano napadów dny już tylko 2, (jeden 6/I, drugi 7/II). Przez cały czas badania chory zażywał 1·0 aspiryny dziennie i pozostawał wciąż na tej samej pod względem jakości i ilości jarzynowo-mlecznej dyecie (mięso cielęce tylko na obiad).

Obok dyety przepisanej wypijał *K.* codziennie 1 litr wody, najpierw przez 6 dni pił wodę sodową, poczem od 7/I do 24/I „Naftusię“ codziennie świeżą, następnie przez dni 5 wodę zwykłą (z lwowskich wodociągów), dalej przez 6 dni bilińską, poczem przez 3 dni wodę „Salvator“ i sodową po ½ litra (razem 1 litr dziennie), następnie »Naftusię« po raz drugi przez 6 dni, potem »Salvator« przez 6 dni, wreszcie po raz trzeci »Naftusię« świeżą przez 7 i dawniejszą (2—3 tygodniową) przez 6 dni.

Na innem miejscu ogłoszę dokładne protokoły z moich badań, tutaj w tabliczce II. zestawiam przeciętne liczby z 62-dniowych spostrzeżeń.

Tablica II.

Rodzaj wody podanej choremu w ilości 1 litra dzienie	Czas trwania spostrzegania dni	Przeciętna ilość moczu na dobę	Przeciętny ciężar gatunkowy	Przeciętna ilość azotu na dobę wydzielonego jako: N ogólny	Mocznik	Stosunek azotu mocznika do N ogólnego	Amoniak	Stosunek N amoniaku do N ogólnego	Kwas moczowy	Stosunek N kwasu moczowego do N ogólnego	Reszta ciał azotowych	Stosunek N reszty ciał azotowych do N ogólnego	Przeciętna ilość kwasu moczowego na dobę	Przeciętny stosunek kw. moczowego do mocznika
Woda sodowa	6	1366	1·021	11·50	8·60	84 7%	0·285	2·48%	0 149	1·29%	2·466	11·53%	0·448	1 : 24
Woda »Naftusia“ świeża	17	1374	1·020	14·96	12 85	85·9%	0·363	2·45%	0·250	1·67%	1 597	10%	0·750	1 : 28
Woda zwykła	5	1287	1·019	11·5	9·55	83·0%	0·307	2 67%	0·165	1·43%	1·478	12 9%	0·494	1 : 23
Woda bilińska	6	1449	1·017	11·3	10·04	86·8%	0·266	2·35%	0·148	1·31%	0·846	9·54%	0·443	1 : 21
Woda „Salvator“ i Woda sodowa po ½ litra	3	1210	1·015	8 16	6·54	79·0%	0·22	2·7%	0·130	1·59%	1·270	16·71%	0·390	1 : 26
Woda »Naftusia« świeża	6	1375	1·018	11·3	9·87	87·3%	0·311	2·75%	0·203	1·79%	0 916	8·16%	0·608	1 : 29
Woda »Salvator«	6	1168	1·020	10 67	9·33	87·4%	0·255	2·4%	0·171	1·6%	0·914	8 6%	0·512	1 : 25
Woda »Naftusia« świeża	7	1334	1·018	11·88	10·26	86·4%	0·356	2·99%	0·191	1·61%	1·073	9·0%	0·574	1 : 27
Woda »Naftusia« stojąca 2—3 tygodni w butelkach	6	1388	1·017	12 46	10·87	87·2%	0 429	3·45%	0·202	1·72%	0·945	7·63%	0·646	1 : 25

Z tabliczki tej widzimy, że przeciwnie, jak u ludzi zdrowych, zwiększyła się u *K.* pod wpływem podawania „Naftusi“ odsetkowa zawartość N w kwasie moczowym w porównaniu do liczb, otrzymanych przy piciu innych wód. Zdaje mi się, że ta właśnie okoliczność jest bardzo korzystną, świadczy bowiem o lepszem wypłókiwaniu kwasu moczowego z ognisk dnawych, w których, jak wiemy, przychodzi do nagromadzania się kwasu moczowego, a raczej moczanu sodowego (Ebstein, Gemmel, Haig, Minkowski). Korzystne to działanie (w porównaniu do innych wód) widzimy także ze stosunku kwasu moczowego do mocznika, który według Haiga powinien wynosić w moczu prawidłowym najmniej 1:33 (w przypadku *A.* dochodził 1:37, zaś w *B.* nawet 1:40); przy skazie moczanowej natomiast jest o wiele niższym. W naszym przypadku doszedł ten stosunek nawet do 1:17, a przy piciu „Naftusi“ podniósł się do 1:25, 1:27, 1:28 i 1:29 na dobę; przy „Salvatorze“ zaś wynosił 1:25 i 1:26, przy wodzie sodowej 1:24; przy zwyczajnej 1:23; wreszcie przy wodzie bilińskiej tylko 1:21.

W końcu muszę zauważyć, że w czasie badań moich bardzo ciekawie zachowywała się u *K.* waga ciała. Badanie rozpocząłem przy wadze 50·3 kg.; waga ta po ukończeniu I. podawania „Naftusi“, mimo tej samej wciąż dyety i zna-

[1]) Obydwa rozbiory dokonane zostały w Instytucie chemii lekarskiej U. lw.

cznie zwiększonego wydalania ciał azotowych z moczem, podniosła się do 54 klg. W czasie picia wody zwyczajnej, bilińskiej i „Salvatora“ z wodą sodową stale utrzymywała się na tejsamej wysokości 54 kg., po drugiem podawaniu „Naftusi“ wykazują kliniczne zapiski 55·7 kg.; wreszcie po ostatniem podawaniu truskawieckiej wody 57·5 kg. W ciągu więc 2 miesięcy podnosiła się waga ciała (przeszło 7 kg.) stale w okresach podawania „Naftusi“, mimo wciąż jednakowej dyety, a zwiększonego wywozu ciał azotowych, coby świadczyło o lepszej wymianie i przyswajaniu materyi. Chory w tym czasie odzyskał siły, a bole z zajętych stawów ustąpiły zupełnie, jak również i obrzęki tak, iż *K.* jako ozdrowieniec mógł w dniu 31/III 1904 opuścić klinikę.

Przypadek II: M. Cz., majster murarski, zamieszkały na wsi, liczy lat 58. Ojciec odumarł go w dzieciństwie, powodów śmierci podać nie umie; matka zaś w 70 r. życia, jak podaje »ze starości«. Jedyna siostra żyje i jest zdrowa, więcej rodzeństwa nie posiadał. Do 18 roku życia zawsze zdrów, później miał przebyć kilkanaście dni trwającą »febrę«; a w 47 roku życia, w następstwie, jak podaje, wypicia 3 litrów piwa, uległ jakiejś 8-dniowej chorobie, połączonej z gorączką, bolami głowy i żołądka.

Przed 3 laty zauważył, że nie może dobrze władać lewą kończyną w stawie barkowym; w kilka dni potem wystąpił silny ból klatki piersiowej w okolicy mostka i duszność. Objawy te jednak bez leczenia ustąpiły, natomiast w jakiś czas pojawiło się utrudnienie ruchów w stawach palcowych i nadgarstkowym ręki prawej, a później i w stawie łokciowym tejże ręki. Proces chorobowy w dalszym przebiegu zajmował kolejno kolano lewe, potem prawe, skąd przeniósł się najpierw na stopę prawą, a później i lewą. Również wystąpiły takie same objawy w stawie barkowym i łokciowym strony lewej.

Stan taki kolejnego napadowego zajmowania rozmaitych stawów, które w tym przypadku okazywały obrzęk i znaczną bolesność, trwał przeszło rok tak, iż chory wogóle prawie poruszać się nie mógł i zmuszonym był przed 2 laty udać się do szpitala, skąd po jednomiesięcznym pobycie powrócił do domu, bez widocznego jednak polepszenia. Czy w czasie pojawiania się bolów i obrzęków w stawach występowała gorączka, podać nie umie. Cierpienie jego trwa prawie bez przerw przez całe ostatnie 3 lata, a zjawianie się bolów zupełnie nie jest zawisłe od stanu pogody. Przed 2 miesiącami wystąpiło nadto utrudnienie ruchów w lewym stawie szczękowym i przytępienie słuchu po tej samej stronie. Chorób wenerycznych nie przechodził, alkoholu nie nadużywał, miał jednak stale przez dłuższe okresy czasu pijać codziennie mierne ilości piwa. Między 30 a 40 rokiem życia miał być znacznie tęższy, niż obecnie. Do kliniki przyjęty został w dniu 9 kwietnia b. r.

Badanie narządów wewnętrznych, z wyjątkiem rozedmy płuc miernego stopnia i zmian miażdżycowych przeważnie w naczyniach obwodowych, innych zmian nie wykazało. Stawy palców ręki lewej, staw nadgarstkowy lewy, staw łokciowy prawy, oba stawy barkowe, tudzież obydwa palcowe, stawy palców wielkich u stóp — obrzękłe (zgrubiałe) i bolesne, a pod względem ruchu znacznie upośledzone. Skóra na wszystkich zajętych stawach napięta, niezaczerwieniona. Ciepłota ciała niepodwyższona, tętno 90. Waga ciała wynosi 61 klgr.

Czas doświadczeń moich w tym przypadku wynosił dni 18 (od 14/IV do 1/V). Z początku przez dni 12 zachowywał *Cz.* stałą dyetę mieszaną, prze 6 zaś ostatnich stałą jarzynowo-mleczną z 200 grm. cielęciny na obiad. W pierwszych 3 dniach (okres I.) pił chory wodę zwyczajną w dowolnej [3]) ilości; w 3 następnych (okres II.) wypijał litr wody sodowej dziennie; przez 6 dni dalszych (okres III.) podawałem na dobę 1 litr „Naftusi“ z transportów dawnych (stojących na klinice 6—8 tygodni) przy dyecie mieszanej (pod względem ilości i jakości codziennie jednakowej), wreszcie przez 6 dni ostatnich (okres IV.) również „Naftusię“ dawną przy dyecie jarzynowo-mlecznej. Chory regularnie co drugi dzień brał obojętną (34—35° C.) kąpiel, lekarstw zaś w czasie spostrzegania nie używał żadnych.

Dokładne daty szczegółowe z moich badań ogłoszę na innem miejscu; tutaj podaję tylko ostateczne wyniki w liczbach przeciętnych z poszczególnych okresów.

Ilość moczu wynosiła przeciętnie	w okresie	I	1270 ctm.³
przy wodzie sodowej	„	II	1720 „
przy „Naftusi“	„	III	1903 „
przy „Naftusi“	„	IV	1773 „

Ilość moczu była zatem znów największa przy „Naftusi“ i to szczególnie w okresie III. (*maximum* 2310 ctm. było w drugim dniu picia „Naftusi“, *minimum* 1500 w pierwszym dniu okresu IV.).

Ciężar gatunkowy, wynoszący w okresie I. — 1·023, spadł przy wodzie sodowej do 1·016, przy „Naftusi“ wynosił w okresie III. — 1·017, w ostatnim zaś 1·020 przeciętnie.

Ilość azotu ogólnego, wykazująca w okresie I. — 14·7 grm., a w II. — 16·1 grm., podniosła się przy „Naftusi“ w okresie III. do 18·9 grm., a w IV. do 21·3 grm. przeciętnie na dobę.

Ilość kwasu moczowego w moczu wogóle wysoka, bo 1·06 w okresie I., a 1·08 grm podczas picia wody sodowej, wzrosła pod wpływem „Naftusi“ jeszcze bardziej (o 0·2 na dobę) i wynosiła w okresie III. — 1·28 grm., a w ostatnim (IV.) 1·23 grm. przeciętnie dziennie.

Równocześnie zmienił się nader korzystnie pod wpływem „Naftusi“ nieprawidłowy u *Cz.* odsetkowy stosunek azotu zawartego w moczniku i kwasie moczowym do N ogólnego.

	N mocznika	N kwasu moczow.
Okres I. woda zwyczajna .	87%	2·5%
„ II. „ sodowa . .	83%	2·2%
„ III. „Naftusia“ . . .	89%	2·2%
„ IV. „ . . .	90%	1·9%

W ostatnim dniu podawania „Naftusi“ stosunek ten wynosił nawet 90% dla N mocznika, a tylko 1·7% dla N kwasu moczowego. Powtarza się zatem i w przypadku *Cz.* przy piciu wody truskawieckiej zwiększenie w moczu zawartości istot azotowych wyżej utlenionych (mocznik), a pomniejszenie niższych produktów utlenienia (kwas moczowy).

Taksamo stosunek kwasu moczowego do mocznika, wynoszący, jak już wspomniałem, w moczu prawidłowym najmniej 1:33, a wykazujący w przypadku *Cz.* w pierwszym dniu badań 1:24, zmienił się pod wpływem „Naftusi“ bardzo korzystnie:

okres I. (zwyczajna) . . .	1:26·3
„ II. (sodowa)	1:26·5
„ III. („Naftusia“) . . .	1:28·4
„ IV. „ . . .	1:32·5

Już zatem w okresie III. przy dyecie mieszanej stosunek ten poprawił się widocznie na korzyść mocznika; w okresie zaś IV. przy dyecie jarzynowo-mlecznej doszedł prawie do prawidłowej wysokości.

W przypadku *Cz.* zwróciłem również uwagę na zachowanie się fosforu. Ilość P_2O_5 wynosiła:

[3]) Ilość wody nie przekraczała 3 szklanek na dobę.

w okresie I. (zwyczajna) 2·62 grm.
„ II. (sodowa) 2·85 „
„ III. („Naftusia) 3·29 „
„ IV. „ 3·75 „

Ilość zatem fosforu wogóle pod wpływem „Naftusi“ wzrosła w tym przypadku skazy moczanowej w moczu znacznie i przez cały czas podawania tej wody stale się utrzymywała na temsamem wzniesieniu, co tem bardziej uderza wobec zachowania się fosforu w moczu u człowieka zdrowego (przypadek *A*), w którym, mimo podawania „Naftusi“, ilość wydalanego fosforu w pierwszych tylko dniach się zwiększyła, a już od 5-go dnia picia wody spadła do granic prawidłowych. Na podstawie tego przyznaćby trzeba słuszność zapatrywaniu Pfeiffera i innych autorów co do tworzenia się w skazie moczanowej w ustroju ludzkim trudno rozpuszczalnych podwójnych połączeń dwumoczanu sodowego z fosforanem sodowym. W istocie w naszym przypadku równolegle ze wzrostem ilości kwasu moczowego w moczu (a więc ewentualnie rozłożenia owego podwójnego połączenia lub zamiany tegoż na łatwo rozpuszczalne podwójne połączenie jedno-moczanu sodowego z fosforanem sodowym), zwiększa się również i ilość fosforu (a może fosforanu sodowego, a więc drugiego składnika tegoż połączenia) stale pod wpływem podawania „Naftusi“.

Zachowanie się chloru w moczu było w tym przypadku takie samo, jak zachowanie się w ustroju zdrowym.

W przypadku *Cz.* oznaczałem również i kryoskopię moczu; ponieważ robiłem to tylko w tym jednym przypadku, wniosków żadnych nie wyprowadzam, jak również i z oznaczania stopnia kwasoty moczu; wspomnę tylko krótko, że punkt marznięcia moczu w okresie I., wynoszący średnio — 1·58, spadł przy wodzie sodowej do — 1·30, przy „Naftusi“ w okresie III. dochodził do — 1·38, a w IV. podniósł się do — 1·60; mocz zaś stale, podobnie jak we wszystkich innych spostrzeganych przypadkach, posiadał odczyn kwaśny przez cały czas badania.

Waga ciała z 61 klg. spadła w okresie II. do 59·5, przy „Naftusi“ zaś w okresie III. podniosła się do 60, a w IV. do 60·5 klg., a więc zachowywała się podobnie, jak w przypadku I.

Zbierając razem wyniki moich badań we wszystkich 4 przypadkach, widzimy, że przy podawaniu truskawieckiej „Naftusi“:

1) zwiększa się wogóle ilość moczu i to znaczniej, aniżeliby to odpowiadało ilości wprowadzonej wody, a więc że „Naftusia“ działa do pewnego stopnia moczopędnie.

2) „Naftusia“ w porównaniu do wody zwyczajnej, sodowej, bilińskiej i „Salvatora“ zwiększa w moczu ilość substancyi azotowych i to wyraźnie na korzyść mocznika.

3) Ilość kwasu moczowego u ludzi zdrowych nie ulega wyraźnej zmianie; w przypadkach ze skazą moczanową ilość ta stale jest zwiększoną tak odsetkowo (w odniesieniu do całego N), jak i bezwzględnie.

4) Stosunek kwasu moczowego do mocznika, tak nieprawidłowy w przypadkach skazy moczanowej (przypadek I. — 1:17, przyp. II. — 1:24), przy piciu „Naftusi“ znakomicie się poprawia, osiągając prawie granice prawidłowe (w przyp. I. — 1:29, w II. — 1:32·5), a znacznie korzystniejsze, niż przy piciu innych podawanych wód.

5) W przypadkach ze skazą moczanową (przyp. II. ilość fosforu w moczu znacznie i stale się zwiększa, co wobec zwiększonej równocześnie ilości kwasu moczowego świadczyłoby o rozbijaniu trudno rozpuszczalnych połączeń kwasu moczowego z fosforem (dwumoczanu sodowego z fosforanem sodowym) pod wpływem picia „Naftusi.“

6) Dodatnie wyniki, otrzymane nietylko przy podawaniu „Naftusi“ świeżo ze źródła czerpanej, ale i kilka tygodni (3—8) przechowywanej we flaszkach, pozwalają wnosić, że wodę tę przez pewien przeciąg czasu (w naszych doświadczeniach do 8 tygodni) przechowywać można.

Wedle Minkowskiego przy leczeniu skazy moczanowej winno się wpływać na kwas moczowy w czworakim kierunku:

a) przez ograniczenie wytwarzania się go w ustroju;

b) przez zwiększenie wydalania kwasu drogą moczu;

c) przez przyspieszenie lepszego (wyższego) utlenienia się ciał białkowatych;

d) przez zwiększenie się rozpuszczalności kwasu moczowego we krwi, sokach i tkankach ustroju.

W istocie w badaniach moich „Naftusia“ powodowała zwiększony wywóz kwasu moczowego (punkt b), odsetkowy wzrost N mocznika na niekorzyść niższych wytworów utlenienia (punkty c i a), tudzież zwiększenie bezwzględnej ilości mocznika (według Rüdelsa wzmagającego rozpuszczalność kwasu moczowego) i przemianę trudno rozpuszczalnego podwójnego połączenia dwumoczanu sodowego z fosforanem sodowym w łatwo rozpuszczalne podwójne połączenie jednomoczanu sodowego z fosforanem sodowym Pfeiffera (punkt d).

Wobec tego dodatniego wpływu „Naftusi“ na proces przemiany materyi w skazie moczanowej, uważać należy wodę truskawiecką — przy zastosowaniu odpowiedniej dyety (punkt a Minkowskiego) — za środek korzystnie działający w leczeniu tego cierpienia.

Zastanawiając się, w którym kierunku należy szukać podstawy do wytłómaczenia tego, do pewnego stopnia swoistego działania „Naftusi“, trudno było mi je odnieść do któregokolwiek z wykazanych w rozbiorze Prof. Radziszewskiego składników, tem bardziej, że składniki te w tak małej znajdują się ilości (0·084%) w „Naftusi“, iż woda ta zbliża się bardzo ku wodzie destylowanej (c. gat. 1·003). Działanie moczopędne i wypłókujące ustrój może w części należałoby odnieść do hipoisotonii (w odniesieniu do surowicy krwi) tej wody. Przy oznaczaniu bowiem punktu marznięcia znalazłem, że punkt marznięcia „Naftusi“ wynosi — 0·02, gdy wody zwyczajnej — 0·04, „Salvatora“ — 0·11, a bilińskiej — 0·21. Swoiste zaś działanie „Naftusi“ możeby wypadało odnieść do wpływu tych ciał organicznych żywicowatych, które nadają pewną woń i smak „Naftusi“, a których w innych wodach mineralnych niema i które widocznie z biegiem czasu w wodzie, dłużej przechowywanej, ulegają rozkładowi. Wynalezienie sposobu przechowywania tych połączeń byłoby wdzięcznem zadaniem balnectechniki.

Poczuwam się do obowiązku tu na tem miejscu wyrazić moją serdeczną i szczerą wdzięczność Profesorowi Antoniemu Glużińskiemu nie tylko za zachętę do pracy niniejszej, ale również i za liczne wskazówki i często mi udzielane rady podczas jej trwania, oraz za łaskawe odstąpienie do moich badań materyału klinicznego i chemicznej

pracowni w klinice lekarskiej we Lwowie. Demonstratorowi kliniki Dr. Wincentemu Czerneckiemu za chętną i dodatnią pomoc tak w przyrządzaniu płynów miareczkowych, jak i przy badaniach chemicznych mi okazywaną, również serdecznie dziękuję.

Piśmiennictwo. A. Haig: Harnssäure als ein Faktor bei der Entstehung von Krankheiten (tłómaczenie z 5 wydania angielskiego). Berlin, 1902. — O. Minkowski. Die Gicht. Wiedeń, 1903. — Falkenstein: Ueber das Wesen der Gicht u. ihre Behandlung („Berliner klin. Wochenschrift“ Nr. 3 z 1904). — A. Landau: Ueber die Stickstoffvertheilung im Harne des gesunden Menschen (Zeszyt 5 i 6 „Deut. Archiv für klinische Medizin“, 1904). — W. Ebstein: 1) Gicht w „Deutsche Klinik“, Tom III. 2) Gicht, Arthritis urica (uratica) w „Handbuch der praktischen Medizin“ von W Ebstein und J Schwalbe. Stuttgart, 1901. — A. Albu: Die vegetarische Diät. Lipsk, 1902. — H. Gemmel: Die Gicht. Berlin. 1901. — E. Leyden i G. Klemperer: „Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik.“ Lipsk, 1904.

III. Wyciągi.

Belbèze. **Leczenie ostrego zapalenia woreczka łzowego przekłuciem aspiracyjnem i wstrzykiwaniami wody utlenionej.** (*Archives géner. de médecine* Nr. 20, 1904). Przecięcie woreczka łzowego w leczeniu ostrego jego zapalenia nie zawsze można zastosować; napotyka się bowiem na opór ze strony chorych. Autor od dwóch lat posługuje się z dobrym wynikiem metodą następującą: Po oczyszczeniu pola operacyjnego wkłuwa w miejscu najwyraźniejszego chełbotania grubą igiełkę Pravatza. Gdy się przedtem już wytworzyła przetoka, może ona służyć za otwór do wprowadzenia igły. Skoro ropa się pokaże, wypompowuje się tą samą strzykawką całą treść ropną woreczka łzowego. Wstrzykuje się następnie przez otwór igiełki do wnętrza woreczka wodę utlenioną. (Dla zupełnego jej zobojętnienia rozpuszcza się w niej przed użyciem odrobinę boraksu). Po wyjęciu igły uciska się lekko obrzmiały woreczek tak, że cała treść jego wydostaje się na zewnątrz. Wstrzykiwania wody utlenionej powtarza się jeszcze kilka razy, dopóki płyn, wydostający się z woreczka, nie straci cechy wydzieliny śluzowo-ropnej. Po tym zabiegu zakłada autor lekki opatrunek ochronny. W następnych dniach można powtórzyć zabieg aspiracyjny i przepłókiwania woreczka wodą utlenioną. Objawy zapalne ustępują natychmiast, a przy równoczesnem sondowaniu dróg łzowych wyleczenie zupełne następuje w bardzo krótkim czasie.

W. Reis.

Dr. Hans Sachs. **O konstytucyi tetanolizyny.** (*Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 16. Według zapatrywania Arrheniusa i Madsena działanie antytoksyn na toksyny jest podobnem do działania słabych kwasów na słabe zasady i można do niego zastosować w całej pełni prawo działania mas, podane przez Guldberga i Waagego. W prawie działania mas uwzględniamy chyżość odczynu, tudzież równowagę ustalającą się po skończeniu odczynu, n. p. po zmieszaniu alkoholu etylowego z kwasem octowym tworzy się po pewnym czasie $^2/_3$ teoretycznie obliczonej ilości octanu etylowego i wody, reszta zaś kwasu i alkoholu pozostaje niezmienioną. Jeżeli kwasu octowego dodamy nie naraz, lecz częściami, to w wyniku końcowym będziemy mieli ten sam wynik ilościowy. Już prace Dungerna nad toksyną błoniczą udowodniły, że chemizm działania antytoksyn na toksyny jest inny, że jeżeli do antytoksyny będziemy dodawali toksyny częściami, wtedy działanie antytoksyny okaże się słabszem, aniżeli gdy tę samą ilość jadu dodamy odrazu. Autor przeprowadzał swoje doświadczenia z tetanolizyną i antytetanolizyną w ten sposób, że do stałej ilości antytoksyny dodawał jednakiej ilości toksyny, lecz w jednej seryi doświadczeń odrazu, w drugiej, wykonanej równocześnie, częściami. Wynik doświadczeń wskazywał niewątpliwie, że po dodaniu toksyny częściami pozostawała znaczna część jadu wolną. Z powyższego wynika, że odczyn między tetanolizyną a antylizyną nie przebiega na sposób odczynu między słabym kwasem a słabą zasadą, n. p. kwasem borowym i amoniakiem, że więc zapatrywanie Arrheniusa i Madsena jest mylnem. Daleko prościej rozwiązuje dane pytanie teorya Ehrlicha. Jeżeli przyjmiemy za Ehrlichem, że w skład jadu wchodzą prócz toksyny jeszcze słabiej działający tokson i epitoksoid, sprawa staje się wtedy jasną. Po dodaniu części jadu do całej ilości antytoksyny zobojętniamy w nim prócz toksyny także część toksonu i epitoksoidu tak, że po dodaniu reszty jadu brak już antytoksyny do zobojętnienia toksyny; jeżeli natomiast do antytoksyny dodamy odrazu całą ilość jadu, wtedy zostanie zobojętnioną cała ilość toksyny, a pozostaną tokson i epitoksoid jako substancye słabo lub wcale toksycznie nie działające, a mające do antytoksyny znacznie słabsze powinowactwo. W powyższem tłómaczeniu trzeba jednak przyjąć za autorem, że lubo tokson ma mniejsze powinowactwo do antytoksyny, niż toksyna, to przecież raz z antytoksyną połączony daje związek tak trwały, że później dodana toksyna nie jest go w stanie rozerwać. Jeżeli naodwrót do toksyny będziemy dodawali częściami antytoksynę, wtedy dostajemy wynik, wcale się nie różniący od tego, jaki powstaje po dodaniu tej samej ilości antytoksyny naraz.

Seńkowski.

Doc. Dr. Blumreich. **Doświadczenia, zmierzające do poznania przyczyn występowania porodu.** (*Archiv f. Gyn.* Tom 71, Zesz. 1). Omówiwszy dotychczasowe teorye o przyczynach, wywołujących poród, oraz doświadczenia, przedsiębrane w celu przekonania się o pobudliwości macicy ciężarnej i nieciężarnej na rozmaite bodźce drażniące, przedstawia autor swoje doświadczenia, wykonane na królikach. Używał on głównie tych bodźców drażniących, które ze względu na wywołanie porodu mają mieć ważne znaczenie przyczynowe: starał się więc przekonać o wpływie krwi, przeładowanej kwasem węglowym, — dalej krwi, ubogiej w tlen, wreszcie o wpływie czynników mechanicznych na skurcze macicy. Otrzymane wyniki są następujące: Podczas, gdy krew przeładowana kwasem węglowym bardzo wybitnie drażniła macicę nieciężarną (w 16 przypadkach), pozostała bez najmniejszego wpływu na macicę ciężarną. Pobudliwość macicy w przebiegu ciąży względem tego czynnika drażniącego tak dalece maleje, że w żadnym z 22 przypadków, użytych do doświadczenia, nie udało się wywołać porodu pod wpływem długotrwałego nawet oddychania kwasem węglowym. Krew, uboga w tlen, jest w każdym razie energiczniejszym czynnikiem drażniącym, aniżeli przeładowana kwasem węglowym, jednak nie do tego stopnia, aby mogła wywołać skurcze porodowe. I tu również okazało się, że i na ten czynnik drażniący próżna macica jest znacznie więcej pobudliwa, aniżeli ciężarna. Ponieważ w ustroju wśród warunków fizyologicznych nigdy nie może być mowy o tak znacznem przeładowaniu krwi kwasem węglowym, lub o zupełnym braku w niej tlenu, jak to właśnie przeprowadzono w doświadczeniach, przeto trudno przypuścić, aby 2 te czynniki mogły być istotną przyczyną, wywołującą poród. Natomiast pobudliwość macicy względem czynników mechanicznych jest bardzo wyraźna, i to znacznie wyraźniejsza w przebiegu ciąży; pobudliwość ta wzrasta w miarę postępu ciąży. Pod wpływem drażnień mechanicznych, nawet słabych, macica ciężarna oddziaływa tak silnymi skurczami, że może przyjść do porodu. O ile te wyniki, otrzymane drogą doświadczenia, mogą się przyczynić do wyjaśnienia sprawy, dotyczącej przyczyn, wywołujących poród i to zawsze w oznaczonym czasie, wykażą może dalsze spostrzeżenia i badania. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Lesser. **W sprawie zapobiegania zatruciu jodowemu.** (*Deut. med. Woch.* Nr. 46, 1903). Działanie trujące jodu tłómaczą niektórzy wytwarzaniem się wolnego jodu, który znowu natychmiast łączy się z białkiem ustroju. Lesser podaje wynik doświadczeń, jakie w tym kierunku przeprowadził w wrocławskiej klinice prof. Neissera. Przekonał się on, że po zażyciu soli jodowych nie można wykazać we krwi połączeń jodu z białkiem, lecz że krąży tylko wprowadzony jodek potasu we krwi, jako sól jodowa i to nietylko w osoczu krwi, lecz także w samych ciałkach krwi. Więc objawy jodyzmu nie są następstwem uwolnienia się jodu, lecz działania soli jodowych; powinno się więc mówić nie o „jodyzmie“, lecz o „jodalkalizmie“. Z różnych przetworów jodowych, wprowadzonych w nowszych czasach, jedynie jodypina jest prawdziwym postępem w leczeniu jodem, ponieważ — w przeciwieństwie do wszystkich innych przetworów jodowych — umożebnia stosowanie podskórne bez objawów podrażnienia, względnie wywoływania ropni w miejscu wstrzyknięcia. Przy stosowaniu przez usta natomiast sprowadza jodypina zatrucie jodowe, jak po używaniu jodku potasowego. Wielkie ilości zasad jodowych, dostających się nagle do krążenia przy stosowaniu jodku potasowego i jodypiny, użytej przez usta, nagłe zalanie niemi tkanek, szczególnie błon śluzowych, najwięcej gromadzących jodek potasowy, oto przyczyny „jodalkalizmu“, ponieważ następujący nagle w każdej dawce przypływ soli jodowych do błon śluzowych, sprowadza w nich stan nieżytowy. Dla praktyki, względnie zapobieżenia zatruciu jodowemu, wynika z tego nauka, iż celem uniemożebnienia nagłego masowego wchłaniania zasad jodowych dążyć należy do powolnego wessania przetworów jodowych, a to: 1) przez podawanie soli jodowych z ciałami klejkiemi, ponieważ te przeszkadzają szybkiemu wnikaniu do tkanek soli jodowych, łatwo wessalnych; 2) przez rozłożenie dawki dziennej na jak najliczniejsze dawki pojedyncze; 3) przez stosowanie przetworów jodowych w lawatywach (2·0 jodku sodowego na 30·0 wody i 5 kropel nastoju makowca); 4) przez podawanie prze-

tworów, zastępujących sole jodowe (białkany jodowe, tłuszcze jodowe). Te przetwory muszą się dopiero powoli w ustroju zamieniać na sole jodowe, by uledz wydzieleniu moczem; 5) przez wstrzykiwania jodopiny. Tym sposobem uda się prawie zawsze uniknąć nieprzyjemnego wpływu ubocznego przetworów jodowych — „jodalkalizmu", bez osłabienia ich działania leczniczego. *Baschkopf.*

Theleman. **O dekapsulacyi nerki.** (*Deutsch. medic. Wochenschr.* 1904, Nr. 15). Autor robił dwa lata doświadczenia na królikach z dekapsulacyą nerki. Dostawał się do nerki zaotrzewnowo, wydobywał ją, przecinał torebkę cięciem podłużnem, ściągał ją aż do wnęki, jednakże torebki nie odcinał. Następnie kładł nerkę na swoje miejsce i zaszywał ranę. Na mocy swych dalszych badań drobnowidowych doszedł on do przekonania, że z resztek torebki, pozostawionych przy operacyi lub z przegród, wnikających w miąższ nerkowy z jednej strony, a w torebkę tłuszczową z drugiej, wytwarza się już względnie w krótkim czasie torebka. Co się zaś tyczy unaczynienia nowowytworzonej torebki, to autor nie może wypowiedzieć stanowczego zdania, gdyż próby nastrzykiwań, przedsięwzięte w tym kierunku, nie doprowadziły do żadnych wyników. W każdym razie nie wywiera dekapsulacya na miąższ nerkowy szkodliwego wpływu. Idzie o to, czy operacya ta wpływa dobrze na przebieg choroby nerkowej. Według autora jest tu tylko polepszenie przemijające, które można wytłómaczyć chwilowem zwolnieniem ucisku nerki, a ponieważ badania zupełnie nie wykazują, żeby w nowej torebce zwiększyło się unaczynienie, a już po 14 dniach po operacyi są te same stosunki anatomiczne, co i dawniej, więc o trwałem wyleczeniu musi się wątpić, tembardziej, że obecne wyniki kliniczne nie są bez zarzutu. Ciężkie przypadki, operowane przez Edebohlsa, zakończyły się śmiertelnie: lżejsze wyszły z polepszeniem, lub wyleczone; lecz przypadki te może można było wyleczyć i bez operacyi. Ujemną stroną operacyi jest zastosowanie uśpienia chloroformem, który na nerki działa bardzo szkodliwie. *B. Żmigród.*

Bier i Dönitz. **Znieczulenie rdzenia pacierzowego.** (*Münch. medic. Wochenschr.* 1904, Nr. 14). W przypadkach, w których uśpienie chloroformowe lub inne z różnych względów jest przeciwwskazane, stosował twórca metody znieczulenia rdzeniowego swój sposób, zarzucony, a obecnie o tyle zmieniony, że do kokainy dodawał któryś z preparatów nadnercza. Takich przypadków ma 121; z tych w 56 dodano do kokainy adrenalinę, a w 65 suprareninę. Postępowanie było tego rodzaju, że po udanem nakłuciu i wypłynięciu płynu mózgowo-rdzeniowego wstrzykiwali autorowie 1 ctm.^{3} $^1/_{2}$% rozczynu adrenaliny, a po 5 minutach przez pozostawioną igłę 0·005—0·02 w 1% rozczynie kokainy. Po 10 minutach przystępowano do operacyi. Stan chorych po tem rdzeniowem znieczuleniu bywał teraz inny, niż przedtem, kiedy wstrzykiwano tylko kokainę; z 56 przypadków tylko w 29 nie było żadnych następowych przypadów; u reszty były wymioty, poty, drżenia mięśni podczas znieczulenia, a po niem stale ból głowy, trwający nawet 8 dni, czasami wymioty. W niektórych pojedynczych przypadkach były zwykłe przypady, opisywane przy znieczuleniach czystą kokainą. W ten sam sposób stosowali autorowie kokainę z suprareniną w 65 przypadkach i doszli do przekonania, że między oboma przetworami nadnercza niema wielkiej różnicy. W każdym razie działają oba te przetwory antagonistycznie względem niebezpiecznego działania kokainy i jako takie, a w szczególności w zastosowaniu przy znieczuleniu rdzeniowem, mają swą przyszłość. Bier odniósł wrażenie, że przypady uboczne są tutaj znacznie słabsze, jakkolwiek są jeszcze dość przykre. Autorowie próbowali do wstrzykiwań różnych płynów, jednakże nie widzieli różnicy, czy płynem tym była woda, lub ciecz inna, izotoniczna z surowicą krwi, lub płynem mózgowo-rdzeniowym. Najlepiej znosili to znieczulenie ludzie starzy, szczególniej wynędzniali starcy: u tych występowały przypady następowe bardzo rzadko. Przetwory nadnercza umiejscawiają działanie kokainy, to też przy operacyach w okolicy otworu stolcowego autorowie wstrzykiwali w przestwór między 2—3 kręgiem lędźwiowym; w dawkowaniu także stosowali się do okolicy ciała: przy operacyach na kończynach dolnych, 0·005, nieco wyżej 0·01, a przy operacyach na międzykroczu 0·02. Bier starał się znieczulenie jeszcze wyżej otrzymać i wstrzykiwał znaczniejszą ilość płynu, ale podobnie, jak Trzebicky, który dla utrzymania znieczulenia wysoko, stosował podniesione ułożenie miednicy, miał bardzo ciężkie przypady. Dopiero dalsze próby mogłyby pokazać, czy ułożenie wysokie miednicy nie dałoby lepszego znieczulenia w górnej części ciała przy stosowaniu kokainy z adrenaliną. Autorowie zauważyli także, że przy uwolnieniu worka przepuklinowego występowała bladość twarzy, małe tętno i poty, jakkolwiek chory nie uczuwał bolu. Bier wstrzykuje nie w pozycyi siedzącej, lecz leżącej, przy równoczesnem wyższem ułożeniu górnej części ciała. W 11 przypadkach wstrzyknięcie zawiodło zupełnie. Należy uważać na to, by rozczyn kokainy był dobry i świeży, nadto, by przed wstrzyknięciem wypłynęła pewna ilość płynu mózgowo-rdzeniowego. *B. Żmigrod.*

Schmidt. **Przyczynek do statystyki raków sutka.** (*Deutsche medic. Wochenschr.* 1904, Nr. 15). Operowanych było 211 przypadków; z tych w 46 wystąpił nawrót. Ze 113, które przez dłuższy czas były w obserwacyi, 32 było wyleczonych w tem znaczeniu, że co najmniej trzy lata nie było nawrotu. Że wszystkich operowanych przypadków było 28·32 prc. uleczonych. Większa część raków zajmowała górną część sutka, a w każdym razie znajdowała się poza brodawką; wydarzało się częstokroć, że oba sutki były równocześnie zajęte. Robiono zazwyczaj amputacyę sutka z odpowiedniem opróżnieniem jamy pachowej, przyczem usuwano zawsze powięź mięśnia piersiowego wielkiego, częstokroć także i części tego mięśnia. *B. Żmigród.*

Schiele. **Leczenie inkrustacyi ołowiowych w tkance rogówkowej.** (*Wochenschrift f. Ther. und Hyg. des Auges.* Nr. 34, 1904). Okłady z octanu ołowiowego, zastosowywane przy istniejących równocześnie wrzodach rogówki, powodują wytwarzanie się plam rogówkowych, które później nie dają się już usunąć. Plamy te składają się z osadów soli ołowiowych, jak białkanów, siarkanów i fosforanów ołowiu.

Opierając się na doświadczeniu, że jodek potasu posiada własność wydalania przez nerkę znajdującego się w ustroju ołowiu, postanowił autor zastosować ten środek w przypadkach świeżych inkrustacyi ołowiowych. W obecności połączeń jodowych przechodzą połączenia ołowiu w jodek ołowiu, który w ciepłej wodzie lub w nadmiarze jodu bardzo łatwo się rozpuszcza. Aby ułatwić działanie jodku potasu, autor stosuje oprócz tego kwas jodowy. Postępowanie jest następujące: zapomocą wacika przykłada autor na powierzchnię owrzodziałą rogówki 3·5 prc. rozczyn jodku potasu, następnie w to samo miejsce 3·5 prc. rozczyn kwasu jodowego. Obok wyżej wspomnianego działania chemicznego wywołuje wywiązujący się jod odczyn zapalny, który oddziela tkankę chorą od zdrowej. Leczone w ten sposób świeże zaćmienia ołowiowe goiły się w przeciągu tygodnia bez pozostawiania plam; w sprawach przestarzałych autor metody tej jeszcze nie używał. *W. Reis.*

* * *

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Thigenolu używa się w klinice prof. Spinelliego w Neapolu (*Archiv. italiano di ginecologia.* 1904, Nr. 1) w tych chorobach ginekologicznych, w których dotąd stosowano ichtyol; tampony napaja się 10 prc. glicerynowym rozczynem tigenolu; można też używać czopków pochwowych z tigenolem. Do wcierań w podbrzusze używają 6 prc. maści tigenolowej. Przepłókiwania pochwy 3 prc. wodnym rozczynem tigenolu działały szybciej i lepiej i mniej sprawiały chorym dolegliwości, niż $^1/_{4}$ prc. rozczyn nadmanganianu potasowego. *A.*

Lactagol, lek mlekopędny, przedstawia się w postaci drobnego proszku barwy blado-żółtej i ma smak mdły; wyrabia się z nasienia bawełny. Podaje się go po 10·0—12·0 dziennie. Dotychczasowe spostrzeżenia istotnie stwierdzają mlekopędne działanie tego przetworu, które już występuje po 12—72 godzinach. (*Deut. med. Wochenschr.* Nr. 10). *K.*

Krem rtęciowy. Leczenie kiły wcieraniami szaruchy napotyka niekiedy na wielkie trudności jużto dlatego, że wcieranie, jeśli ma być dobrze wykonane, jest pracą nieprzyjemną, trwać musi $^1/_{4}$—$^1/_{2}$ godziny, nawet dłużej, potrzeba doń pewnej zręczności, odpowiedniego mieszkania, często zatajenia, następnie maść szara, rozkładając się, drażni skórę, wywołuje wyprysk, skóra staje się czarną, a bielizna brudną. Wobec tego prof. Havas uważa za procedurę ulepszoną stosowanie kremu rtęciowego. Jestto obojętny, rozpuszczony w glicerynie stearynian potasowy z domieszką $33^1/_{3}$% rtęci. H. leczył tym przetworym 57 przypadków kiły nawrotnej i 46 świeżej (72 prostytutek i 31 sług, u których wystąpiło 12 razy rtęciowe zapalenie dziąseł z powodu nieprzestrzegania czystości ust). Objawy kiłowe ustępowały tak, jak po szarusze. Uwzględniając, iż krem ten podczas trwania leczenia wcieraniami nie sprowadza nieprzyjemnych przypadów, ledwie lub wcale nie brucze bielizny, nie drażni skóry, niema nieprzyjemnej woni, ulega wtarciu w 3—5 minutach, nie wymaga specyalnej zręczności, skutkiem czego można go łatwo wcierać w domu lub w kąpieli, uważa autor stosowanie tego przetworu za postęp w leczeniu kiły, zwłaszcza iż cena nie jest prawie wyższą od szaruchy. (*Pest. med.-chir. Presse*, Nr. 3, 1903). *Baschkopf.*

V. Rzut oka na działalność i wyniki lecznicze w „Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem.“

(Od dn. 10 listopada 1902 r. do dn. 30 kwietnia 1904 r. (włącznie).

Ułożyli

Kazimierz Dłuski i Żdzisław Czaplicki (asyst. Zakładu).

Myśl założenia I. na wielką skalę polskiego sanatoryum dla chorych piersiowych przyjęta została odrazu nader życzliwie przez najlepsze siły polskiego społeczeństwa, a w szczególności przez ogół lekarzy. Dzięki temu pierwotny zamiar mimo wielu napotkanych trudności, przeważnie natury materyalnej, został pomyślnie doprowadzonym do skutku. Dziś, dzięki sympatyi, jakiej użycza nasz świat lekarski sanatoryum w Zakopanem, może ono nietylko istnieć, lecz ma uzasadnione podstawy do pomyślnego rozwoju na przyszłość. Sądzimy, że sprawozdanie z działalności Zakładu w ciągu 18 miesięcy nie powinno być obojętnem dla lekarzy polskich.

Przechodzimy odrazu do liczb i faktów: z załączonej poniżej tablicy I widać, że w ciągu $1^1/_2$ roku istnienia Sanatoryum liczba chorych wynosi osób 275; liczba dni leczenia = 25.520, co na jednego chorego wynosi przeciętnie 92,8 dnia; z liczby tej jednak musimy wykreślić 48 chorych, mianowicie: 28 osób, których pobyt w Sanatoryum wyniósł mniej niż 1 miesiąc[1]), 6 osób, obecnie w leczeniu mniej niż od miesiąca, 11 osób profilaktyków, lub niegruźliczych, wreszcie 3 osoby, które zmarły w 8, 11 i 20 dni po przyjeździe do Sanatoryum — pozostaje więc 227 chorych, którzy stanowią przedmiot niniejszego sprawozdania.

Leczenie higieniczno-dyetetyczne gruźlicy płuc jest szeroko znanem w świecie lekarskim dzięki obszernemu piśmiennictwu zagranicznemu i znanym pracom naukowym u nas. Nie będziemy się więc szeroko nad niem rozwodzili. Pragniemy tylko zaznaczyć na wstępie, że w leczeniu naszych pacyentów nie uciekaliśmy się do żadnych środków swoistych, jak n. p. tuberkulina Kocha surowice Maragliano lub Marmorka, lub wreszcie hetol Landerera. Sądzimy bowiem, że środki te nie zyskały dość szerokiego prawa obywatelstwa w terapii gruźlicy, abyśmy mieli prawo poddawać chorych, powierzonych naszej opiece, niepewnym, a może nawet i ryzykownym próbom[2]) Ograniczyliśmy się wyłącznie do stosowania metody Brehmera-Dettweilera. Leczenie więc pacyentów naszych sprowadzało się do dwóch zasadniczych punktów: jaknajobfitszego używania świeżego powietrza, jaknajobfitszego i jaknajodpowiedniejszego odżywiania. Do tego winniśmy dodać zabiegi wodolecznicze celem zahartowania ustroju, mianowicie: nacierania, które stosowaliśmy u 147 chorych, a następnie u 44 chorych natryski ze stopniowo obniżającą się ciepłotą od 30°C do 10°C w ciągu 20—30 sekund.

Pod postulatem: „używanie świeżego powietrza“ rozumiemy t. zw. werandowanie, które wynosi przeciętnie 6 godzin dziennie, blizko 3 godziny przed i przeszło 3 godziny po obiedzie. Po za werandowaniem silniejsi chorzy spędzają stosownie do stanu sił 1—3 godzin dziennie na spacerach z kilkakrotnemi przerwami. Mniej silni przesiadują na ławkach, licznie rozrzuconych w parku. Dodajmy do tego, że prawie wszyscy chorzy z wyjątkiem bardzo wrażliwych lub świeżo do Zakładu przybyłych, sypiają stosownie do pory roku i stanu pogody przy otwartem okienku (*Oberlicht*), lub nawet całych oknach. Używanie więc świeżego powietrza można u nas nazwać względnie stałem; natomiast trudno nam jest przeprowadzić obowiązujące werandowanie w godzinach wieczornych po kolacyi, co bywa praktykowanem w niemieckich i szwajcarskich Sanatoryach. U nas jest ono dotychczas dowolnem. Pacyenci mają, jak powiadają, „dość obowiązkowego werandowania do kolacyi“, są niem ostatecznie znudzeni, zresztą dopominają się o czas wolny na pisanie listów czytanie pism, lub na dozwolone towarzyskie rozrywki we wspólnych salonach. Ze względów psychicznych zatem nie zmuszamy ich do tego. Mimo to jednak podczas pięknych wieczorów letnich i zimowych połowa prawie chorych udaje się na leżalnię dobrowolnie i przebywa na niej blizko do 10 godziny wieczorem.

Co się tyczy odżywiania, odgrywa ono w Zakładzie zakopańskim pierwszorzędną rolę. Kuchnia jest obfita i zdrowa; 5 posiłków dziennie, nadto mleko o godzinie 9 wieczorem. Wogóle mleka i jaj dostarcza się w ilości dowolnej stosownie do życzenia pacyentów. Wyniki odżywiania są bardzo dobre, co wykazuje przyrost wagi w poniżej umieszczonej tablicy II. Zwracamy przytem baczną uwagę nietylko na stany chorobowe. wymagające odpowiedniej dyety, ale uwzględniamy w bardzo szerokich granicach osobiste wstręty lub upodobania pacyentów do pewnych potraw.

Podnosimy z kolei trzeci bardzo ważny punkt leczenia w naszem Sanatoryum, mianowicie nieustającą opiekę i kontrolę lekarską nad pacyentami. Jesteśmy z nimi w ciągłej styczności. Staramy się o to, aby żaden szczegół chorobowy nie uszedł naszej uwagi; żyjemy z nimi ciągle wspólnem życiem; tem samem zdobywamy dokładną znajomość nietylko stanu fizycznego pacyenta, lecz i stanu psychicznego, który odgrywa tak ważną rolę w leczeniu. — Stwarza to warunki życia, bardzo uciążliwe dla lekarzy, lecz bezwątpienia wpływa niezmiernie korzystnie pod każdym względem na pacyentów.

Gdy mowa o stanie psychicznym, pragnęlibyśmy zauważyć, że nudne i monotonne z natury swej leczenie klimatyczne w Sanatoryum, odległem o kilka kilometrów od Zakopanego, wymaga koniecznie rozrywek. Staramy się więc urozmaicać monotonię życia w granicach możliwości. Mamy bogatą czytelnię i już zasobną bibliotekę. W sezonie letnim miewaliśmy co tydzień przedstawienia przejezdnej trupy teatralnej na scenie sali teatralnej Sanatoryum. Miewamy od czasu do czasu koncerty wokalne i instrumentalne artystów, bawiących w Zakopanem, odczyty i t. d. Wreszcie największem powodzeniem cieszą się teatry amatorskie, urządzane przez zdrowszych pacyentów, a sprawiające wielką przyjemność zarówno aktorom, jak i widzom. Towarzyska atmosfera jest dzięki tym okolicznościom bardzo dobra i pacyenci sami przyznają, że czują się jakby u siebie.

Z kolei przechodzimy do najważniejszego punktu i do wyników leczenia.

Tutaj kilka uwag: przedewszystkiem wiek pacyentów. Obejmuje on chorych poniżej 10 i powyżej 60 lat. Największa liczba przypada na okres 20—30 lat, gdyż wynosi niemal 47% ogólnej liczby. Dwa połączone okresy 20—30 i 30—40 lat wynoszą 70%. Liczby te nie potrzebują komentarzy; znajdują one dostateczne uzasadnienie w etyologii gruźlicy przy danych warunkach społecznego ustroju.

Uwzględniając obciążenie dziedziczne, jako czynnik powstawania gruźlicy, widzimy z tablicy II, że przeszło 68% chorych jest wolnych od wszelkiego obciążenia dziedzicznego. W tej kwestyi spornej nie możemy z naszego niedostatecznego materyału wyciągać twierdzących wniosków; sądzimy jednak, że obciążenie nie ma wielkiego znaczenia, jako czynnik usposabiający do powstawania gruźlicy, ani też nie wywiera wielkiego wpływu na przebieg leczenia. Naszem zdaniem bezpośrednie zakażenie gra tu rolę pierwszorzędną.

Dla uwidocznienia wyników leczenia podzieliliśmy na-

[1]) Jeden miesiąc pobytu uważamy za okres minimalny dla przybliżonej oceny skutków leczenia.

[2]) Prócz zwykłych środków objawowego leczenia stosowaliśmy przy podupadłym stanie ogólnym i niedokrwistości: wstrzykiwania arsykodylu (w połowie przypadków z dodatnim wynikiem), szczawian żelazowy, roztwór Fowlera; w gruźlicy krtani zalewania 10% oliwą mentolową, zasypywania ortoformem i sozojodolem cynkowym. Chirurgicznie leczone były następujące cierpienia: przetoka rzyci (2), guz gruźliczy skóry (1), ropnie opadowe (5), wypocinę opłucnową (3).

szych pacyentów na 3 kategorye (okresy) według klasyfikacyi Turbana. Klasyfikacya ta grzeszy wprawdzie jednostronnością, bo opiera się wyłącznie na podstawie rozległości zmian w płucach, dostępnych fizykalnemu badaniu, nie uwzględnia zaś innych bardzo ważnych czynników w rozwoju choroby. Lepsza ta, niż żadna. Zresztą jest ona ogólnie przyjętą w niemieckich i szwajcarskich sanatoryach. Termin „wyleczenie“ opuściliśmy zupełnie, gdyż krótki okres istnienia zakładu w Zakopanem nie daje prawa do mówienia o „trwałych“ wynikach, stanowiących kryteryum wyleczenia. Jako dodatni wynik leczenia rozumiemy poprawę stanu ogólnego i stanu miejscowego w płucach, czyli poprawę wyraźną. Poprawę stanu ogólnego bez zmian na lepsze w płucach nazywamy poprawą względną. Tym sposobem otrzymaliśmy 55% wyraźnej poprawy i około 24% względnej. Razem około 80%. Liczba ta jest analogiczną do liczb, otrzymanych w Sanatoryach zachodnio-europejskich. Zaznaczamy jeszcze, że na 59 chorych w III okresie — 10 doznało wyraźnej poprawy, 19 względnej, razem zatem było 50% polepszeń. Liczba ta wydaje się bardzo dużą, ale zostanie omówioną, gdy pokażemy odwrotną stronę medalu. Dla bliższego określenia tych liczb pozwolimy sobie zwrócić uwagę na objawy, będące w ścisłym związku z poprawą stanu ogólnego i miejscowego. Dla stanu ogólnego — waga. Wiemy dobrze, że przyrost na wadze nie świadczy jeszcze o polepszeniu jakości tkanek i sprawności ważniejszych funkcyj ustroju; jednak pod względem klinicznym przyrost na wadze, zwłaszcza u większej liczby chorych, jest jednym z miarodajnych objawów polepszenia stanu ogólnego. Z załączonej tablicy II widzimy, że waga podniosła się u 173 chorych (czyli przeszło u $^{3}/_{4}$ ogólnej liczby). Sprowadzony do 100 dni przeciętny przyrost na wadze u jednego chorego wynosi 5.6 klgr. Najmniejszy przyrost wynosił 0,2 klgr., największy 21,6 klgr.; u 13 chorych przyrost na wadze wynosił przeszło 12 klgr. Z drugiej strony 19 chorych straciło na wadze, przeciętnie 2,4 klgr. na 100 dni leczenia; — u 13 chorych waga pozostała bez zmiany, u 22 nieznana z tej racyi, że przez cały czas nie opuszczali łóżka.

Następnie bardzo ważnymi czynnikami poprawy są: ustąpienie gorączki i zniknięcie prątków Kocha. Na 91 chorych, którzy przybyli z mniejszą lub większą gorączką, straciło ją w czasie pobytu w Sanatoryum 38 chorych, czyli 41%. Wynik, tyczący się prątków Kocha, był znacznie mniej pomyślny, gdyż na 139 chorych, wykazujących *b. tbc.* po wstąpieniu do Zakładu, znikły one ostatecznie tylko u 15 osób, co stanowi prawie 11 %. Co prawda trudno wymagać lepszych pod tym względem wyników wobec krótkiego przeciętnego przebywania pacyentów w Zakładzie (107 dni).

Pozwolimy sobie teraz zwrócić uwagę na ważniejsze powikłania w przebiegu choroby, a mianowicie na gruźlicze zapalenie krtani, na krwioplucia i krwotoki. Na gruźlicę krtani cierpiało osób 29, z tych u 13 pozostała bez zmiany, u 9 nastąpiła poprawa, u 7 wyleczenie; łącząc te 2 razem otrzymujemy dodatni wynik w 55% przypadków.

Krwioplucia i krwotoki zanotowane są w wywiadach o 88 pacyentów (34% ogółu). Podczas pobytu ich w Sanatoryum powtórzyły się krwotoki tylko u 14 pacyentów (18%), ustąpiły zaś u 64, co wynosi poważną liczbę 82%. Natomiast po raz pierwszy pokazały się one w Sanatoryum u 4 chorych, czyli u 2,7% z liczby pacyentów, którzy ich nigdy przedtem nie miewali.

Z pośród innych powikłań notujemy ważniejsze: zapalenie jelit (15 przypadków, w tem 6 stwierdzonych bakteryologicznie), zapalenie ucha środkowego (6), owrzodzenie przegrody nosowej (1), przewlekłe zapalenie otrzewnej (1), ropnie opadowe (6), chłoniaki (3), przetoki rzyci (3), wypociny opłucnowe (3), odma piersiowa (1), diazo (10), białkomocz (6), cukrzyca (2), zapalenie wyrostka robaczkowego (3), wady serca (1), tasiemiec przewiercony (2), nie-

Tablica I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 10/XI 1902 roku do 30/IV 1904 roku.

Narodowość		Płeć: mężczyzni	Płeć: kobiety	Wiek lat	osób	Pochodzenie		Liczba dni leczenia	
Polacy . . .	254			1–10	1	Warszawa . / Królestwo .	106	3282 / 5766	9048
Rosyanie . .	11			10–20	42				
Rusini z Galicyi	4			20–30	123	Litwa . . / Wołyń . . / Podole . . / Ukraina . / Rosya . .	82		8530
Niemcy . . .	[illegible]			30–40	67				
Francuzi . .	1			40–50	24	Galicya . / Bukowina	75		6929
Czesi	1			50–60	14	Ks. Poznańsk. / Śląsk pruski	12		1013
Kroaci . . .	1	156	119	ponad 60	4				
Razem . .	275	275		275			275		25520

Przeciętna pobytu jednego chorego w Sanatoryum = 92,8 dnia.

Sanatoryum opuściło . 228
zmarło . . 13
pozostaje w leczeniu 34
Razem . . 275

Liczba dni leczenia, przypadająca na poszczególne prowincye w I i II okresie.

W okresie	War-szawa	Kró-lestwo	Litwa, Wołyń, Podole, Ukraina, Rosya	Galicya, Bukowina	Poznańskie i Śląsk pruski	Razem
I. od 10/XI 1902 r. do 6/VIII 1903 r.	1948	2865	3361	2567	587	11328
II. od 7/VIII 1903 r. do 30/IV 1904 r.	1334	2901	5169	4362	426	14192
Razem	3282	5766	8530	6929	1013	25520
	9048					

dokrewność ciężka z achloryą (1), skrobiawica ogólna (1), gnilne zapalenie oskrzeli (1).

Z zebranych liczb i faktów należy wyciągnąć pewne wnioski ogólne. Materyał nasz należy uważać wobec ogólnej liczby polepszeń (80%) za bardzo dobry. Ogromna liczba wyraźnej poprawy w I i II okresie wynik ten uwydatnia. Jeszcze jaskrawiej występuje liczba 50% polepszeń w III okresie. Ale to jedna strona medalu. Pozostaje odwrotna, tycząca się właśnie owego III okresu. W ogólnej liczbie 275 chorych mamy 20 pacyentów obojga płci, których stan ogólny i miejscowy w chwili przybycia do Sanatoryum był poprostu rozpaczliwy i wykluczał wszelką nadzieję choćby tylko chwilowej poprawy. Wszyscy że polepszenie w płucach nie zawsze pociągało za sobą polepszenie w krtani, co zresztą spostrzegać się daje we wszelkich klimatach.

Podnosimy jeszcze jeden ważny punkt, dotyczący naszego klimatu. Nieraz daje się słyszeć, że lekarze przestrzegają swych pacyentów przed spędzaniem wiosny w górach z racyi jakoby dokuczliwych wiatrów i zmiennej pogody. Nasze spostrzeżenia obaw tych bynajmniej nie potwierdziły. Nabraliśmy przekonania, że wiosenne miesiące nadają się do klimatycznego leczenia równie dobrze, jak wszystkie inne. Np. w ostatnich dwóch latach marzec i kwiecień odznaczały się równą temperaturą, brakiem wiatrów i większą ilością dni słonecznych, niż jakikolwiek inny miesiąc w roku.

Tablica II.

Wyniki leczenia u 227 chorych (za czas od 10/XI 1902 r. do 30/IV 1904 r.). 227 chorych (w tem mężczyzn 126, kobiet 101) leczyło się ogółem 24,376 dni, co daje przeciętną dni leczenia 107 na jednego chorego. U chorych tych prócz leczenia klimatyczno-dyetetycznego stosowano zabiegi wodolecznicze, a to: nacierania u 147, nacierania i natryski u 44 chorych

Wiek chorych		Obciążenie dziedziczne		Gorączka		Prątki	Waga sprowadzona do	Wyniki leczenia					
								Okresy	poprawa			pogorszenie	Śmierć
lata	liczba osób	rodzaj	liczba osób	rodzaj	liczba osób	liczba osób	100 dni		wyraźna	względna	bez zmiany		
1—10	1	0^1	50	F przyjazd:	68	+ przyjazd: 139	173 chorych przybrało przeciętnie 5,6 klg. (3)	na 84 osób I okres	59	21	3	1	0
10—20	34	0^2	4	F odjazd:	38	+ odjazd: 124	19 chorych straciło przeciętnie 2,4 klg.	na 84 osób II okres	56	16	5	6	1
20—30	106	0	17	f przyjazd:	23	— przyjazd: 88	u 13 waga została bez zmiany	na 59 osób III okres	10	19	9	12	9
30—40	54	bez	155	f odjazd:	15	— odjazd: 103	u 22 waga nieznana						
40—50	20	?	1	bez przyjazd:	136								
50—60	10	(1)	—	bez odjazd:	174								
>60	2	—	—	(2)									
Razem osób	227	osób	227				osób 227	osób 227	125	56	17	19	10

(1) 0^1 oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców,
0^2 „ „ „ „ „ obojga rodziców,
0 „ „ „ „ „ krewnych lub rodzeństwa.
(2) F oznacza gorączkę ponad 38° C (w ustach),
f „ „ poniżej 38° C „

(3) Przybrało na wadze: od 0—1 klg. 13 osób
„ 1—3 „ 36 „
„ 3—6 „ 54 „
„ 6—9 „ 39 „
„ 9—12 „ 18 „
„ >12 „ 13 „
Razem 173 osób.

wkrótce zmarli, niektórzy w Zakładzie, inni u siebie w domu. Fakty te podkreślamy i poddajemy pod światłą rozwagę Szanownych pp. Kolegów, którzy, wysyłając chorych, muszą mieć przedewszystkiem na widoku, czy wogóle istnieje jeszcze możność poprawy ich zdrowia. Jeśli możność ta jest całkowicie wykluczona, lepiej jest, zdaniem naszem, pozwolić im spędzić ostatnie chwile życia u siebie, w gronie rodziny lub osób blizkich, niż narażać na bezcelową, a nieraz wprost szkodliwą podróż do Sanatoryum.

Chcielibyśmy jeszcze zwrócić uwagę na niektóre objawy dodatnie w przebiegu leczenia w naszem Sanatoryum, a to ze względu, że klimat wysokogórski, będący przedmiotem tylu dotąd jeszcze niewyczerpanych polemik, niesłusznie bywa uważanym za szkodliwy dla pewnych powikłań gruźlicy. Mamy tu na myśli: gruźlicę krtani i krwotoki. Ze zdaniem tem niejednokrotnie spotykaliśmy się u lekarzy; za nimi powtarzają je już zupełnie bezkrytycznie sami pacyenci. Wręcz przeciwne zdanie wygłaszają kierownicy Sanatoryów wysokogórskich na podstawie dłuższego doświadczenia. Takiem szczycić się wprawdzie jeszcze nie możemy: jednak przytoczone powyżej liczby świadczą, że klimat nasz nie miał stanowczo wyraźnego wpływu na krwotoki, z drugiej zaś strony w szeregu przypadków wcale nie przeszkadzał poprawie, a nawet wyleczeniu krtani pod warunkiem, aby jednocześnie i stan ogólny i stan płuc podążał do poprawy, lub do wyleczenia. Zbytecznem jest chyba dowodzić,

Niech nam wolno będzie podzielić się małem spostrzeżeniem, które zrobiliśmy przy systematycznie i wielokrotnie powtarzającem się badaniu chorych: klinika uczy nas, że sprawa gruźlicza zaczyna się prawie zawsze w szczytach, po zajęciu takowych zaś dopiero rozwija się w średnich i dolnych częściach płuc. Nie zawsze tak bywa. U wielu chorych dostrzegliśmy, że główne ogniska mieszczą się w prawem płucu z tyłu na przestrzeni od grzebienia do połowy łopatki, a w lewem płucu z przodu w 2-im i 3-im przestworze międzyżebrowym w blizkości mostka. Chory z ogniskami tak umiejscowionemi stanowili 25% ogółu naszych pacyentów, a nawet 34%, jeśli usuniemy chorych III okresu, w którym zazwyczaj rysunek ognisk przestaje być wyraźnym z powodu ich zlewania się. Ilość ta zatem jest bardzo znaczna. Ogniska te występują bądź oddzielnie, bądź jednocześnie u tego samego chorego. Kładziemy jeszcze nacisk na to, że w przypadkach, o których mowa, szczyty były albo prawidłowe, albo bardzo mało zajęte, podczas gdy we wspomnianych ogniskach były już objawy daleko posuniętej sprawy. Zauważyliśmy, że ogniska te były bardzo uporczywe, że w przebiegu pomyślnym sprawy płucnej poprawiały się znacznie wolniej, niż inne miejsca. W szczytach miewaliśmy nieraz już tylko nieznaczne zmiany oddechowe, gdy tu niejednokrotnie utrzymywały się jeszcze liczne wilgotne lub dźwięczne rzężenia, oddech mocno oskrzelowy i t. d., które to objawy ustępowały bardzo powoli. Naod-

wrót w zwykłym przebiegu sprawy płucnej ogniska te występowały na pierwszy plan, wyprzedzały objawy szczytowe, postępowały i rozwijały się szybciej. Trudno powiedzieć, czemu należy przypisać ten objaw patologiczny. Być może, że znajduje się on w związku z początkowem umiejscowieniem sprawy w gruczołach oskrzelowych płuc. Będziemy się starali do zrobionego przez nas spostrzeżenia gromadzić dalej fakty.

W przebiegu sprawy płucnej spotykaliśmy często (15,4%) suche zapalenie opłucnej z przebiegiem bez- lub podgorączkowym, raz ograniczone na nieznacznej przestrzeni kilka centymetrów □, to znów szeroko rozsiane, nieraz odległe od głównych ognisk chorobowych; czasem o charakterze dziwnie znikomym, gdyż po kilku godzinach już nie można się było dosłuchać śladów wyraźnego przedtem tarcia.

Na zakończenie naszego sprawozdania uważamy za obowiązek zastrzedz się, że otrzymanych w Sanatoryum wyników nie uważamy za ostatnie słowo klimatycznego leczenia. Rozporządzaliśmy niewielkim materyałem i przez czas zbyt krótki. Pracujemy jednak z tem przeświadczeniem, że medycyna dzisiejsza nie rozporządza lepszymi środkami i że otrzymane wyniki, biorąc pod uwagę krótki[3]) przeciąg leczenia u nas, powinny zadowolnić i umocnić w zaufaniu tych kolegów, którzy nam poruczają swych pacyentów. — Kładziemy duży nacisk na to, że otrzymaliśmy znakomite wyniki u tych chorych, którzy mieli dość siły woli i cierpliwości, aby poddać się dłuższemu leczeniu przez 6, 7, 8, a nawet i kilkanaście miesięcy. Ci wyszli w zupełnie prawidłowym stanie zdrowia i mamy nadzieję, że zatrzymają w całej pełni zdobyte w Sanatoryum wyniki, zwłaszcza, że przeszli u nas przez szkołę higieny, która dała im podstawę do dalszego umiejętnego pielęgnowania zdrowia. Oni też powinni być przykładem dla lekkomyślnych towarzyszy niedoli, którym brak dostatecznej wytrwałości do prowadzenia klimatycznego leczenia.

3) Przeciętny pobyt jednego kuracyusza u nas wynosi 107 dni, gdy w niektórych sanatoryach zagranicznych przeszło 2 razy więcej.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 9 czerwca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 1 b. m. posiedzenie, na którem kol. prof. Kader wraz z asystentami klinicznymi przedstawił szereg rzadszych przypadków, operowanych w klinice krakowskiej.

* Z łaskawie nadesłanego nam „Sprawozdania z czynności pracowni chemicznej miejskiej w r. 1903“ wynika, że w jakości głównych materyałów spożywczych (nabiału i pieczywa) Kraków nie czyni najmniejszego postępu; do tego smutnego przeświadczenia doprowadza „Sprawozdanie“, w którem p. Docent Dr. Lemberger zestawił liczbowe wyniki swej działalności w r. 1903 z wynikami badań środków spożywczych w dwóch latach poprzedzających.

Na 507 próbek mleka było złych 101, na 791 masła — 91. Mleko, sprzedawane za niezbierane, bywa przeważnie pozbawione częściowo śmietanki, rozlane zwykłą wodą, albo zaprawione dwuwęglanem sodowym w celu zapobieżenia kiśnieniu. Wiadomo, że tłuszcz w mleku, a tem więcej w śmietance, stanowi główny ich składnik; p. docent Lemberger słuszną podnosi skargę, a wypowiadał on ją i przy poprzednich sprawozdaniach, że jak długo władza nie wyda ustawy normującej odsetek tłuszczu w mleku i śmietance, tak długo nie będzie rzeczą możebną pociągać niesumiennych dostawców nabiału do karnej odpowiedzialności. Pomimo że projekt do takiej ustawy wypracował p. Docent Lemberger jeszcze w r. 1901, nie został on niestety do tej pory wprowadzony w życie. Na 791 próbek masła było, jak powiedzieliśmy, złych 91: wliczone tu są domieszki margaryny, zawartość obfita wody, oszukańcze układanie masła w garnkach z górną tylko warstwą dobrego masła świeżego, a zjełczałego lub margaryny w pokładach dolnych. Dodać do tego należy, że masło targowe jest najczęściej zanieczyszczone rozmaitemi substancyami, które wywołują szybki jego rozkład. Jakość zatem nabiału na krakowskim targu pozostawia ciągle jeszcze wiele do życzenia: p. chemik miejski robi w swem sprawozdaniu gorące wezwanie do Magistratu, ażeby złemu zaradził przez wydanie odpowiednich przepisów i zarządzeń w myśl jego projektów regulaminu z r. 1901.

Na 237 prób pieczywa okazało się ono złem 223 razy: zazwyczaj mąka była nieodpowiednią, spleśniałą i stoczoną; często zawierała ciała obce, jak stonogi, mączniki, myszy, odłamki szkła, zapałki, sznurki, papier i t. d. Wyniki badań pieczywa świadczą wymownie za tem, że wyrabianie jego i przechowywanie mąki ma miejsce w wilgotnych, zaśmieconych, jak je sprawozdawca nazywa „norach“, gdzie już nie o higienę chodzi, lecz o codzienne pojęcia pospolitej czystości. W sieniach, w których wystawia się wyrobione ciasto przed pieczeniem odbywa się jednocześnie zamiatanie, nosi się węgle, wynosi się w koszach śmiecie, wpada kurz z ulicy i t. d.

O wynikach badania innych produktów spożywczych dla braku miejsca przemilczamy, zaznaczając tylko, że „Sprawozdanie“ p. chemika miejskiego jest właściwie a tem oskarżenia dla zarządu miasta, który w ciągu ostatnich trzech lat nie zdołał ulepszyć opłakanego stanu na targu krakowskim, nie zdobył się nawet na uchwalenie ustawy targowej, do czego miał wypracowany projekt przez chemika miejskiego. Rozgoryczenie musi się udzielić i ogółowi, który dopatruje w braku sumiennego wykonawstwa władzy lekceważenia najwyższego skarbu obywateli — ich zdrowia.

* Na ostatnim Kongresie przeciwgruźliczym powzięto między innemi następujące uchwały: najskuteczniejszym warunkiem walki z gruźlicą jest obowiązkowe donoszenie władzy o wszystkich jej przypadkach; niezbędnem jest: 1) pouczanie publiczności o zasadach higieny w życiu codziennem; 2) zaprowadzenie ścisłej statystyki we wszystkich krajach; 3) uregulowanie międzynarodowych kongresów przeciwgruźliczych, z których najbliższy zbierze się w Paryżu w mies. październiku 1905 r.; 4) uzupełnienie statutu w tym kierunku, ażeby towarzystwa przeciwgruźlicze weszły z sobą we wzajemny stosunek na wzór istniejącego między akademiami umiejętności; 5) każdy kraj powinien mieć jednego delegata, który ma czuwać nad nauką elementarnej higieny w szkołach, nad egzaminem z higieny po ukończeniu szkół, oraz nad egzaminami z higieny w uniwersytetach.

* Czasopisma niemieckie podnoszą, że wybranie Dr. Panny Józefy Joteykówny zastępcą prezesa Towarzystwa neurologów w Brukseli jest pierwszym tego rodzaju odznaczeniem kobiety na lądzie europejskim.

* Tegoroczny międzynarodowy Zjazd fizyologów odbędzie się w Brukseli od 30 sierpnia do 3 września.

* Międzynarodowy Zjazd oftalmiologów zbierze się w Lucernie między 13 a 17 września b. r.

* Prof. Reverdin opowiada o jednym przypadku łożyskożerstwa (*placentophagia*) z własnej praktyki: położnica błagała, ażeby przyniósł do jej pościeli łożysko; zaledwie temu życzeniu stało się zadość, chciwie odgryzła ona kawałek łożyska i zjadła. Łożyskożerstwo ma być rzadszym objawem histeryi.

* Nakładem firmy »Urban i Schwarzenberg« poczęło wychodzić nowe czasopismo w Berlinie p. t. »Centralblatt für normale und pathologische Anatomie mit Einschluss der Mikrotechnik.«

* Ortopedyczny Instytut w Bolonii rozpisał konkurs im. Humberta I-go w kwocie 3500 fr. za najlepszą pracę lub najlepszy wynalazek z zakresu ortopedyi. Do konkursu dopuszczeni są cudzoziemcy. Prace należy przesłać przed ostatnim grudnia 1904 roku pod adresem Dr. Rud. Silvani w Bolonii.

* Między 24 a 30 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brodzkim (1 gm.), buczackim (1 gm.), czortkowskim (2 gm.), drohobyckim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), mościskim (3 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (6 gm.), skałackim (2 gm.), śniatyńskim (3 gm.), stanisławowskim (1 gm.), stryjskim (4 gm.), tarnopolskim (1 gm.) tarnowskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), turczańskim (3 gm.), złoczowskim (3 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Ospę stwierdzono w trzech gminach powiatu kolbuszowskiego.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Bartholow, b. profesor farmakologii — w Filadelfii. Dr. Vincentiis profesor okulistyki — w Neapolu. Kajetan Sikorski, lekarz powiatowy w gubernii samarskiej, zmarł w 65 r. życia. Ignacy Bobkiewicz, lekarz miasta Morszańska, zmarł w 42 r. życia.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 22. Pruszyński: O wpływie adrenaliny na układ krwionośny. Rzętkowski: Miażdżyca aorty wywołana u królików przy pomocy dożylnych wstrzykiwań adrenaliny.

— *Medycyna* Nr. 22. Jankowski: Przyczynek do leczenia operacyjnego przedziurawień jelita w przebiegu duru brzusznego. Sterling: O porażeniu astenicznem (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 11 zawiera: Ubezpieczenie lekarzy. — Położenie materyalne lekarzy praktyków na prowincyi. — W sprawie alkoholizmu. — Taryfa lekarska. — W sprawie lekarzy więziennych. — Organizacya prasy lekarskiej polskiej. — Opinie Izb lekarskich w sprawie tytułu specyalisty. — Kasa chorych lekarzy. — Popieranie krajowych wytworów. — W sprawie krajowych zakładów dla obłąkanych.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 5. I. Korczyński: Zarys organizacyi zdrojowisk i uzdrowisk krajowych. — Zakład leczniczy Dr. A. Chramca w Zakopanem.

— *Przegląd kąpielowy* Nr. 5. Skórczewski: Stosunki sanitarne w zdrojowiskach i uzdrowiskach Galicyi. — Szczawnica. — Skórczewski: Oddzielenie zdrojowiska Krynicy od gminy wiejskiej.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 22. Syllaby: Serum krevni u bledničky (dok.). Zahradnický: Zpráva o 604 kýlách v nemocnici německobrodské operovaných (c. d.). Krlin: Přispěvek k odstraněni technických obtiži při subkutannich paraffinových prothésách.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 5. Helbich: Idiopathický třes duhovky. Bizek: Vnitřni léčeni processů zánětlivých (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 42. Trémolières: Zaburzenia czucia. Świąd. Martinet: Ból głowy jako objaw; jego leczenie.

— Nr. 43. Rosenthal: Niewydolność oddechowa. Leczenie jej gimnastyczne i drogą ćwiczenia. Hamaides: Promieniotwórczość (*radio-activité*) wody zdrojowiska Plombières.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 22. Landau: Nowy tamujący krew środek *(staynin)*, wynaleziony drogą autolizy śledziony. Brandt: Przyczynek do chirurgii jamy ustnej. Hirschfeld: Przypadek śmiertelnego krwotoku żołądka w następstwie tętniaka włosowatej tętniczki błony śluzowej żołądka. Rosenfeld: Proces tłuszczenia. Litthauer: Przypadek zatoki żylnej w oczasznej Heim: Kliniczne badania „biosonu", połączenia białka, żelaza i lecytyny.

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 22. Kreid i Mandl: O przechodzeniu uodporniającej hemolizyny z płodu na matkę. Bartel: Różniczkowe rozpoznanie między guzowatemi wybujałościam wątroby a licznymi tworami gruczołowatymi. Salzer: O otwartym uchyłku Meckela. Kapralik: Doświadczenia nad działaniem tuberkuliny, wprowadzonej do dróg narządu oddechowego (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 22. Frank: Bezpośrednie badanie tonów serca. Vogel: Zapalenie katnicy z owrzodzeniem. Knecht: Działanie salicylanu sodowego na narząd moczowy. Fraenkel: O następstwach operacyi przepukliny metodą Bassiniego. Jesionek: Leczenie naświetlaniem metodą prof. Tappeinera. Buri: Przesadna obawa przed chloranem potasowym. Lindenthal: Podręczne trzymadło nóg. Hegar: Czy każde świeże rozdarcie międzykrocza musi być zeszywane?

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 23. Meinicke: Wartość wytwarzania się hemolizyny mątwika *(vibrio)* dla praktycznego celu rozpoznawania cholery. Rappaport: Mechanizm uodporniania tuberkuliną. Steinitz i Weigert: Demineralizacya a gruźlica. Poly: Oznaczanie molikularnego zagęszczenia krwi i moczu w obustronnem schorzeniu nerek. Voeckler: Przyczynek do kazuistyki plamicy charłaczej. Böcker: Przypadek wolnych ciał stawowych w obu stawach kolanowych z obustronnem nawykowem zwichnięciem rzepki na zewnątrz Katzenstein: Nowy sposób badania czynności serca (dok.).

Redakcya otrzymała: Biłgorajski: Protylin Roche und dessen Eisen- und Bromkombinationen. Gerhartz: Beitrag zur Phosphor-Behandlung gewisser Krampfformen der Kinder. Lud. Korczyński: Zarys organizacyi zdrojowisk i uzdrowisk krajowych. — Sprawozdanie z czynności lwowskiego Towarzystwa ratunkowego za rok 1903. Serkowski: Nowe prądy w zakresie higieny mleka Michalski: Bacillus conjunctivitidis subtiliformis.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 22 (od 29/V do 4/VI) **urodziło się** dzieci żywo: chł 35, dz. 27; nieżywo: chł. 1, dz. 3. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 15, kob. 14; zamiejscowych: męż. 9. kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych 1 2) gruźlica: miej. 6. ob. 7. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 2 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej —, ob. 2. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —. ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob 1. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 3, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob.—. 24) śmierć gwałtowna: miej. 3, ob —. **Razem** miej. 29, obcych 21.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr. **Jekels,** właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.

Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski,** docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).

Dr. **Witczak,** kierownik i właściciel Zakładu.

Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).

Dr. **Zanietowski Józef,** jun., lekarz zakł.

Kosów

lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski,** kierownik i właściciel.

Krynica.

Dr. **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens,** („pod Jeleniem“).
Dr. **Ebers,** radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Kopff Leon,** lekarz c. k. Zakładu zdrojowego.
Dr. **Lewicki Stanisław,** asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.,** („pod Orłem“).

Maryówka pod Lwowem.

Dr. **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakładu.

Ojców.

Dr. **Niedzielski St.,** dyrektor zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Daniłowski Br.,** asystent dyrektora.

Rabka.

Dr. **Lang,** lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz,** lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr. **Gorski Ksawery,** lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Hammerschlag Rudolf,** (dom „pod Attylą“).
Dr. **Kołączkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniczego dolnego i pensyonatu.

Truskawiec.

Dr. **Krzyżanowski E.,** radca ces., lekarz zakł.
Dr. **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Zakopane.

Dr. **Majewicz Edmund,** Przecznica.

Żegiestów.

Dr. **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr. **Kümmerling,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr. **Feuerstein Leon,** („Hotel Continental“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan,** lekarz zakł.
Dr. **Wobr,** lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Franzensbad.

Dr. **Steinsberg,** („Goldener Brunnen“).
Dr. **Zeitner Józef,** (dom „Stadt Paris“).

Gleichenberg.

Dr. **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger“ IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.

(Kąpiele morskie i piaskowe.)
Dr. **Oransz M.,** (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.

Dr. **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr. **Kaufmann Oskar,** (Sprudelstrasse, „Pascha“).
Dr. **Kołaczkowski,** („Stadt Athen“).
Dr. **Kostecki,** (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz,** (Kaiserstrasse. „Stadt Warschau“).
Dr. **Kropf Leon,** (Theatergasse, „Minerva“).
Dr. **Maleszewski Wł.,** (Alte Wiese, „Drei Staffeln“).

Kissingen.

Dr. **Chłapowski Franciszek,** radca sanitarny.
Dr. **Maciejewski J.,** (Villa „Elsa“).

Kołobrzeg.

Dr. **Weissenberg Józef,** (zimą *Nervi*).

Marienbad.

Dr. **Dobija Fr.,** (Kaiserstrasse, „Weisser Schwan“).
Dr. **Harajewicz Wład.,** (Villa „Wahnfried“).
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).
Dr. **Schermant J.,** (Villa „Apollo“).

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)

Dr. **Binder,** kier. i właściciel sanatoryum „Stefania“.

Nauheim.

Dr. **Jankowski Fr.**

LW. 49.009/904.

Konkurs

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem rozpisuje niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza w szpitalu powszechnym w Bochni.

Kandydaci powinni najpóźniej do końca czerwca 1904 wnieść podanie do Wydziału krajowego z dołączeniem:

a) metryki urodzenia na dowód, że kandydujący nie przekroczył 40 roku życia;

b) dowodu obywatelstwa austryackiego;

c) dyplomu doktora wszech nauk lekarskich na jednym z Uniwersytetów Monarchii Austryackiej, upoważniającego do wykonywania praktyki lekarskiej.

Do posady tej jest przywiązana płaca 1.000 koron rocznie.

We Lwowie dnia 1 Czerwca 1904.

Piotrowski.

Rok XLIII. Kraków 18 Czerwca 1904. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki profesora Guyona w Paryżu.

Kilka słów o przyczynach krwotoków w przypadkach ostrego zupełnego zatrzymania moczu.

Podał

Dr. Adam Greliński.

Znaczenie krwotoków następczych po zupełnem i szybkiem opróżnieniu rozszerzonego pęcherza w przypadkach zupełnego zatrzymania moczu jest bezwątpienia bardzo wielkie, na co szczególną uwagę zwracał tyle razy profesor Guyon. Klinicznie sprawa ta została przez niego w zupełności wyjaśniona i ustalona w jego „Leçons cliniques sur les maladies de la vessie et de la prostate“. Zalecane tam postępowanie daje możliwie jak najlepsze wyniki. Wytłómaczenie jednak tych krwawień, znalezienie przyczyn anatomiczno-patologicznych do dziś dnia jest kwestyą nie rozjaśnioną, mimo pięknych doświadczeń profesorów Guyona i Albarrana; brak jest zbadanych drobnowidowo przypadków, któreby wykazały, o ile można wnioskować z wyżej wspomnianych doświadczeń o zmianach, rzeczywiście znajdujących się w drogach moczowych, a wywołujących omawiane krwawienia. Mając sposobność spostrzegania trzech przypadków w klinice profesora Guyona, zachęcony przez Dra Motza, zamierzam dorzucić kilka uwag, jakie wypływają z ich zbadania.

Zanim jednak zajmę się ich opisem, przypatrzmy się, jak klinicznie na sprawę tę zapatruje się profesor Guyon. Żąda on przedewszystkiem odpowiedzi na trzy następujące pytania, „które z punktu widzenia nas zajmującego mają większe znaczenie, niż sama istota cierpienia“ mianowicie: 1) jaki jest wiek chorego? 2) jak długi czas trwa choroba? 3) i jaki jej stopień.

Co do pierwszego oświadcza Guyon, że chory musi przejść pewien wiek, bo człowiek młody narażony jest na mniejsze niebezpieczeństwo krwotoku następczego. Drugim warunkiem jest, by zatrzymanie moczu „trwało przynajmniej dni kilka“; trzecim, by zatrzymanie to było dość znaczne i „by mu towarzyszyła wybitna rozstrzeń“. Jeśli tych warunków niema, t. j. w przypadkach świeżych i bez znacznej rozstrzeni pęcherza, radzi Guyon wykonać „nawet u ludzi starszych opróżnienie natychmiastowe i zupełne“.

W przeciwnym razie profesor Guyon stawia jako zasadę „opróżniać pęcherz nie tylko częściowo, ale opróżniać go powolnie“. „Opróżnienie“ mówi on „powinno być równocześnie powolne, stopniowe i antyseptyczne, dawkowane umiejętnie i rozumnie“. Aby cel ten osiągnąć, posługuje się on cewnikiem średniej miary (Nr. 16 lub 17 skali francuskiej), który zakorkowuje od czasu do czasu podczas opróżniania, powtarzanego co dwie godziny. W miejsce usuniętego moczu wstrzykuje 150 grm. 3% roztworu kwasu borowego, aby nie opróżniać zbyt szybko pęcherza i mocz zastąpić płynem aseptycznym. W ten sposób postępując, unika się krwotoków, przybierających nieraz bardzo znaczne rozmiary.

Przypatrzmy się teraz na podstawie spostrzeganych przypadków, jakie są przyczyny tych krwotoków, czy samo zatrzymanie moczu rzeczywiście może sprowadzić tak znaczne skutki, jeśli pęcherz przedtem był bez zmian chorobowych.

I. *L. L.*, lat 46. Retentio completa. Po opróżnieniu występuje krwotok. Cewnik zostaje zamknięty i pęcherz opróżnia się częściowo co dwie godziny. Na trzeci dzień występuje silny krwotok mimo zakorkowania kateteru. Zejście następuje czwartego dnia wieczorem. Ciepłota przez cały czas była prawidłową.

Na sekcyi, odbytej 19 stycznia 1904 roku, cewka moczowa okazała się silnie przekrwioną; stwierdzono jednocześnie obustronne zapalenie gruczołów Littrego z małą jamką w tylnej okolicy części błoniastej, w której znaleziono liczne kamyczki. Gruczoł krokowy nie powiększony (chyba nieznacznie), zbitości twardej. W małych rozszerzonych torbielkach liczne kamienie. Pęcherz rozszerzony z mało wybitnemi beleczkami i komórkami; ściany jego zgrubiałe, błona śluzowa silnie przekrwiona. Moczowody i miedniczki wielkości prawidłowej; przekrwiona błona śluzowa wykazuje lekkie zapalenie. Nerki prawidłowe. płuca silnie przekrwione.

Badanie drobnowidowe. Gruczoł krokowy przerosły wskutek znacznej liczby gruczolaków. Pęcherzyki gruczołowe rozszerzone, zawierają kamienie, inne zaś wypełnione ropą, naokoło brak zmian zapalnych. W pęcherzu zapalne wytworzenie się naczyń włosowatych, które są rozszerzone, wypełnione krwią i nie rzadko otwarte na powierzchni błony śluzowej. Mięśnie przerosłe z częściowym zanikiem drugorzędnym. Tkanka łączna silnie powiększona.

II. *P. B.*, lat 81, przyjęty d. 6 lipca 1903 r. z zatrzymaniem zupełnem moczu i błędną drogą (*fausse route*. Założono cewnik *à demeure*, zalecono opróżnianie co dwie godziny. W dzień przyjęcia wystąpił bardzo silny krwotok. Na drugi dzień chory umarł.

Na sekcyi (dn. 8 lipca 1903) stwierdzono w cewce moczowej błędną drogę *„fausse route“* w części krokowej z boku płatu środkowego.

Przerost gruczołu krokowego trzypłatowy średniego stopnia. W pęcherzu, wypełnionym skrzepami krwi, znaleziono nieznaczne beleczki i komórki. Błona śluzowa silnie przekrwiona. Moczowody i miedniczki prawidłowe. Nerki starcze. Zapalenie opłucnej po stronie prawej. Obrzęk płuc. Serce duże, bez zmian.

Badanie drobnowidowe. Pęcherz „prostatyka“. Zapalne wytworzenie pęcherzyków (*cystite bulleuse)* i naczyń. W błonie podśluzowej wynaczynionki. Mięśnie przerosłe z częściowym drugorzędnym zanikiem. Tkanka łączna powiększona.

III. *D. C.*, lat 79, przyjęty nagle 21 stycznia 1904 roku z zatrzymaniem niezupełnem. Pozostałość wyniosła 900 grm. Zalecono opróżnianie pęcherza co 2 godziny. Nazajutrz chory otwiera cewnik, następuje krwotok, a 27-go zgon. Ciepłota wykazywała gorączkę o torze nieregularnym między 37° a 39·2°.

Na sekcyi (29 stycznia) nie stwierdzono w cewce moczowej żadnych zmian, widzialnych gołem okiem. Przerost gruczołu krokowego dwupłatowy średniego stopnia; przerost miękki z wielkiemi *„corps

sphéroides". Pęcherz obszerny o grubych ścianach bez przyrostu tkanki tłuszczowej. Silne przekrwienie błony śluzowej; treść pęcherza krwawa, mętna. Moczowody i miedniczki silnie zaczerwienione. W miedniczkach przewlekłe zmiany zapalne. W nerkach zapalenie ropne.

Badanie drobnowidowe. W pęcherzu wytworzenie się zapalne naczyń włosowatych, które są rozszerzone i wypełnione krwią. Wynaczynionki w błonie śluzowej i podśluzowej, tworzenie się błon wrzekomych. Mięśnie przerosłe, uległy częściowo zanikowi następczemu, tkanka łączna wybujała, naciekła, tak w ścianie jak i na zewnątrz (*pericystitis fibro-adiposa*). W obu moczowodach wytworzenie się i rozszerzenie naczyń, zapalenie lekkie po jednej stronie, silne całej ściany po drugiej. W miedniczkach zapalenie z rozszerzeniem i wytworzeniem się naczyń, do czego po jednej stronie przyłączają się wynaczynionki i wytworzenie się błon wrzekomych. W nerkach po jednej stronie rozlane zapalenie ropne, po drugiej umiejscowione z krwotokiem po części wessanym.

Dokładne rozpatrzenie tych przypadków wykazuje, że można je podzielić na trzy stopnie według ciężkości zmian chorobowych, umiejscowionych w pęcherzu.

Pierwszy stopień (Przyp. I) cechuje się wytworzeniem zapalnem naczyń i ich rozszerzeniem: są one wypełnione krwią i często otwarte na powierzchni błony śluzowej. W drugim stopniu znajdujemy oprócz tych zmian wynaczynionki w błonie śluzowej i podśluzowej; w trzecim, najcięższym, (Przyp. III) istnieją błony wrzekome.

Moczowody w jednym przypadku nie wykazują żadnych zmian; w drugim błona śluzowa jest przekrwiona i lekko zapalona; wreszcie w trzecim istniało po jednej stronie silne zapalenie ścian w całości z zapaleniem przymoczowodowem (*periureteritis fibro-adiposa*), po drugiej zapalenie lekkie z wytworzeniem ogromnej ilości naczyń.

Nerki w jednym przypadku są prawidłowe, w drugim przedstawiają zmiany starcze, a w ostatnim silne zapalenie ropne rozlane po jednej stronie, umiejscowione po drugiej, z krwotokiem częściowo wessanym.

Gruczoł krokowy we wszystkich przypadkach był przerosły. Przerost ten jednak istniał w jednym przypadku bez powiększenia objętości, w dwóch innych powiększenie było średniego stopnia, raz dwu-, raz trzy- płatowe.

Jakież są przyczyny tych krwotoków? W wykładzie swym klinicznym Prof. Guyon dzieli je na pierwotne, t. j. te, które zdaniem jego powstają tylko wskutek przekrwienia ścian pęcherza, wywołanego zatrzymaniem moczu i następowe, w których przekrwienie potęguje tylko istniejące już przedtem zmiany chorobowe w pęcherzu, zmiany przewlekłe zapalne. Większa liczba krwotoków wydarza się wprost pod wpływem „przekrwienia", powiada profesor Guyon, to jest, że większość jest według jego podziału pierwotnych; moje zatem przypadki byłyby następowe, rzadsze.

Doświadczenia prof. Guyona, przeprowadzane [1]) wspólnie z prof. Albarranem, potwierdzają zapatrywania pierwszego. Przeprowadzano je na psach, świnkach morskich i królikach zapomocą podwiązania prącia. Pomijając już samą przyczynę zatrzymania moczu, która z pewnością wpływa na zmiany, znajdowane później w drogach moczowych, przypatrzmy się, o ile te zmiany są podobne do znalezionych przezemnie.

Zmiany w ścianie pęcherza, znalezione przez Guyona i Albarrana, polegają na złuszczeniu się przybłonka i wynaczynionkach. „Krew rozlewa się między pęczki warstwy mięsnej i uwydatnia zarysy rozsuniętych wiązek; w wiotkiej tkance błony podśluzowej i w błonie śluzowej zaledwie można rozróżnić kilka pasm tkanki łącznej i parę włókien sprężystych wśród ciałek krwi Przybłonek miejscami jeszcze istnieje, gdzieindziej złuszczył się szeroko (p. 184). Komórki, trudniej barwiące się, są prawie wszystkie spłaszczone" (p. 185).

Obraz wyżej narysowany zasadniczo różni się od obrazów, otrzymanych przezemnie. Wynaczynionki w moich przypadkach, o ile istnieją, znajdują się li tylko w błonie śluzowej i podśluzowej, nigdy nie wchodząc między włókna mięsne, a tem mniej nie dochodząc nigdy do takiego nasilenia, by odznaczać dokładnie zarysy pojedynczych pęczków. Przybłonek złuszcza się bardzo łatwo, o ile go nie utrwalono w chwili śmierci, a i wtedy nie zawsze daje się go utrzymać; spłaszczenie zaś komórek przybłonkowych występuje zawsze w każdej rozstrzeni pęcherza. Widzimy zatem, że między doświadczeniami profesorów Guyona i Albarrana, a zmianami, znalezionemi na sekcyi, o ile dotyczą zmian w pęcherzu, niema żadnej analogii.

Gruczoł krokowy zwierząt, użytych do doświadczeń, przedstawiał w przypadkach przytoczonych badaczy przekrwienie i wynaczynionki, nieraz tak liczne, że cały gruczoł był prawie czarny, przytem wybitnie miękki i powiększony. Żadnych zmian tego rodzaju nie znajdujemy w naszych przypadkach. Istnieje przerost, istnieją osady kamienia, ale ani przekrwienia, ani wynaczynionek niema.

Moczowody i miedniczki u zwierząt, użytych do doświadczeń, ulegały rozstrzeni: tego na sekcyi nie znajdujemy. W jednym przypadku są one prawidłowe, w dwóch innych stwierdziliśmy zmiany zapalne o różnem nasileniu z wytworzeniem zapalnem naczyń i ich rozszerzeniem. Obraz jednak tego przekrwienia wybitnie zapalnego różni się od obrazu, otrzymanego drogą doświadczalną.

Nerki wreszcie w dwóch przypadkach nie przedstawiają zmian, polegających na zatrzymaniu moczu, a w jednym tylko, gdzie znajdujemy ciężkie schorzenie, widzieć się daje rozlany, częściowo wessany krwotok. Przeciwnie rzecz się miała w doświadczeniach, wyżej wzmiankowanych: nerki wykazywały zawsze silny krwotok.

Porównanie więc wyników doświadczeń profesorów Guyona i Albarrana z wynikami, uzyskanymi przezemnie, wykazuje dowodnie, że niema żadnego punktu stycznego między temi doświadczeniami a krwotokami następczymi po „*cathétérisme brusque*", w przypadkach powstającego wolno, na tle zmian chorobowych zupełnego zatrzymania moczu.

Rola przekrwienia, wywołanego przez zatrzymanie zupełne i wynikająca z niej rozstrzeń pęcherza, jest bezwątpienia znaczna. Zdaje mi się jednak, że profesor Guyon za daleko poszedł twierdząc, że większość tych krwotoków następczych ma jedyne źródło w przekrwieniu. Gdyby tak było, to pewno krwotoki te zdarzałyby się znacznie częściej, bo przecie nie wielu się znajdzie lekarzy-praktyków, którzy wobec pęcherza, sięgającego wyżej pępka, opróżniać go będą pomału; przeciwnie, opróżnia go szybko; dobrze jeszcze, gdy nie przyspieszą wypływu uciskiem powłok brzusznych. Sam też profesor Guyon, podnosząc znaczenie wieku chorego, poniekąd przypuszcza istnienie w pęcherzu zmian zastarzałych, częstych u ludzi wiekowych; chyba że myślał o wątpliwym wpływie miażdżycy tętnic. Tak samo, mówiąc o trwa-

[1]) F. Guyon et J. Albarran: Anatomie et physiologie pathologiques de la rétention d'urine. (*Arch. de méd. exp.* 1890).

niu choroby, stawia Guyon za warunek dłuższe jej istnienie, najmniej kilkudniowe. Czy czas ten wystarczyłby na wywołanie tak wielkich zmian, by wskutek nich nastąpiły po szybkiem opróżnieniu pęcherza silne krwotoki? na to odpowiedź mógłby dać tylko przypadek, dokładnie zbadany pod drobnowidem, a nie doświadczenia, które już uniemożliwiając krążenie krwi przez swój bodziec brutalny, muszą dać inne wyniki.

Na podstawie zatem przeprowadzonego badania swoich trzech przypadków doszedłem do wniosku, że krwotoki następcze po *„cathétérisme brusque“* powstają na podstawie istniejących poprzednio przewlekłych zmian chorobowych w pęcherzu, przynajmniej w większości przypadków.

Czy i o ile powstają te krwotoki, nazwane przez profesora Guyona pierwotnymi, jedynie wskutek przekrwienia, do dnia dzisiejszego dowodu nie mamy.

We wszystkich przypadkach zupełnego zatrzymania moczu ze znaczną rozstrzenią, gdy przyczyny są dawne i długotrwałe, należy stosować leczenie, zalecone przez profesora Guyona, a pęcherz opróżniać wolno i stopniowo.

II. Omówienie przypadku niewątpliwego dziedziczenia kurczowej naczynioruchowej nerwicy wraz z uwagami o t. zw. hartowaniu dzieci.

Podał

Dr. med. i fil. Piotr Pręgowski.

(Ciąg dalszy).

Sprawa dziedziczenia właściwości nabytych nie jest jeszcze, jak wiadomo, całkowicie i jednomyślnie załatwioną. Weismann, Goette, Bütschli i inni zaprzeczają istnieniu takiego prawa w naturze[1]). Według nich tylko wpływy, które zmieniają samą komórkę zarodkową (*Keimzelle*) i samo pierwoszcze zarodkowe (*Keimplasma*), mogą w nowo powstającem pokoleniu doprowadzić do jakichkolwiek zmian w budowie. Natomiast Eimer, Klaatsch, Virchow i cały szereg innych badaczy utrzymują, że przenoszenie właściwości nabytych z rodziców na dzieci istotnie zachodzi. Na uzasadnienie tego twierdzenia powołują się oni w pierwszej linii na wyniki doświadczeń i spostrzeżeń patologicznych. Pośród tych ostatnich zasługują na uwagę przedewszystkiem twierdzenia z dziedziny chorób nerwowych i umysłowych. Znane są w tym kierunku doświadczenia Brown-Séquarda, powtórzone przez Obersteinera, w których po pewnych uszkodzeniach układu nerwowego, szczególnie np. po przecięciu rdzenia lub nerwu kulszowego u świnek morskich, występowały u potomstwa niekiedy zaburzenia w układzie nerwowym.

Wpływ dziedziczenia w zakresie chorób nerwowych i umysłowych jest przez neurologów i psychiatrów jednomyślnie uznany, aczkolwiek obliczenia statystyczne, podawane przez różnych autorów dla udowodnienia udziału obciążenia dziedzicznego, bardzo się różnią i wahają między 4% a 90%. Według Kraepelina[2]), jeżeli przy szukaniu dowodów obciążenia dziedzicznego zwracać będziemy uwagę nie tylko na typowe psychozy, lecz także i na takie cechy, jak zboczenia w charakterze, skłonność do zbrodni, pociąg do alkoholu, nerwicę itd., wtedy okaże się, że średnio u 60%—70% umysłowo chorych da się stwierdzić w rodzinie istnienie przytoczonych nieprawidłowości. Morel[3]), a za nim Strohmayer[4]) podają nawet szemat, według którego, począwszy od 1) temperamentu nerwowego, rozwiązłości obyczajów pierwszego pokolenia; 2) skłonności do ciężkich nerwic i alkoholizmu w drugiem; 3) a następnie przez zaburzenia psychiczne, samobójstwa, upośledzenia duchowe w trzeciem pokoleniu, popadają ludzie 4) w ogłupienie wrodzone, potworności, powstrzymanie w rozwoju w pokoleniu czwartem, a wreszcie 5) w zagładę rodziny. Według Orchańskiego[5]) niema ani jednej postaci choroby umysłowej, w którejby nie można było stwierdzić wpływu dziedziczenia.

Co się tyczy bliższego wytłómaczenia dziedziczenia, to w tym kierunku wszyscy autorowie odróżniają usposobienie, (por. Strohmayer. München. medic. Woch. 1901, pag. 1787), predyspozycyę (*Anlage*, *Praedisposition*) do stanów chorobowych, od samych stanów chorobowych. Pierwsze, t. j. wspomniane usposobienia do chorób, a nie same choroby, mają być, według zdania ogółu autorów, głównie odziedziczone. Kraepelin[6]) twierdzi, że „tylko w najcięższych postaciach zwyrodnienia dziedzicznego stany chorobowe, jako takie, bywają odziedziczone. Z reguły zaś ma miejsce tylko przeniesienie usposobienia do pewnej choroby (*Krankheitsanlage*), zmniejszonej odporności ze strony organizacyi duchowej, która dopiero wtedy prowadzi do właściwej choroby umysłowej, gdy ujemne wpływy rozpoczną swe niszczące działanie na podstawie tego odziedziczonego usposobienia“.

Atoli zwolennicy teoryi Weismanna bynajmniej nie czują się przekonani tymi wywodami z dziedziny patologii chorób nerwowych, na które powołują się ci, którzy uznają możliwość przenoszenia na potomstwo cech nabytych. Przeciwko doświadczeniom Brown-Séquarda i Obersteinera[7]) powstają zarzuty, że one niedostatecznie przekonują o tem, że w nich rzeczywiście ma miejsce dziedziczenie. Binswanger[8]) zasadniczo kwestyonuje, czy twierdzenia, dostarczane przez patologię, mogą mieć znaczenie w sprawie dziedziczenia cech nabytych, gdzie idzie wszak o cechy nabyte w ciągu rozwoju. Na takie zaś twierdzenia z patologii chorób umysłowych, że potomstwo alkoholików dźwiga na sobie skutki nałogu[9]), odpowiadają, że wtedy możnaby tu mówić o dziedziczeniu nabytych cech, gdyby wykazanem zostało, że alkoholik swoją niedomogę umysłową, która go skłania do picia, nabył w ciągu swego życia, tudzież że dzieci jego mają nie to schorzenie, które ich ojca skłoniło

[1]) Grassmann: Kritischer Ueberblick über d. gegenwärtige Lehre v. Erblichkeit d. Psychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1896, pag. 960.

[2]) Psychiatrie. VI Auflage. I Bd. pag. 93.

[3]) Traite des dégénérescences physiques, morales et intellectuelles 1857.

[4]) Münchener medic. Wochenschr. 1901, Nr. 45, 46: „Ueber die Bedeutung d. Individualstatistik bei d. Erblichkeitsfrage in d. Neuro- u. Psychopathologie“.

[5]) J. Orchansky: Die Vererbung im gesunden u. krankhaften Zustande etc. Stuttgard. Enke. 1903. (Przytocz według Schwalbego).

[6]) Tamże str. 95.

[7]) Sommer: Zieglers Beiträge. Bd. 27.

[8]) Otto Binswanger: Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie. Jena. 1896.

[9]) Ernst Schwalbe: Münchener medic. Wochenschrift, 1903, Nr. 37, 38.

do picia, lecz to, które pod wpływem picia powstało. Wobec rzekomego braku takich dowodów, twierdzi Schwalbe[10]), że ani neurologia, ani psychiatrya nie mogą dostarczyć ani jednego zupełnie wolnego od zarzutu faktu, wskazującego na dziedziczenie jakiejś właściwości nabytej; oczywiście rozumie on przez taką właściwość tylko jakieś schorzenie, jakąś chorobliwą zmianę, czy stan, a bynajmniej nie wyżej wspomniane usposobienie do chorób, którego dziedziczenie uznaje.

Widzimy zatem, że sprawa dziedziczenia cech nabytych nie jest jeszcze zamknięta. Wypada w niej odróżnić przedewszystkiem 2 rzeczy: 1) czy cecha nabyta zawsze zostaje przeniesioną i 2) czy cecha nabyta niekiedy tylko bywa przeniesioną? Możnaby zupełnie dobrze zrozumieć, że pierwszy postulat nie zachodzi, a mimo to drugi może mieć miejsce, a to wobec tego, że na powstanie nowego osobnika niezawodnie wpływa tak rozmaity szereg czynników, że postać i skład tego osobnika są tylko wynikiem współdziałania wszystkich tych różnorodnych czynników. Pomijając możliwość wpływu przeobrażającego lub potęgującego ze strony różnorodnych czynników zewnętrznych, oddziaływujących na powstanie komórek zarodkowych i ich dalszy rozwój, należy podnieść przedewszystkiem to, co szereg autorów, jak Lorenz, Strohmayer, Kraepelin i in. przyjmuje, a mianowicie, że właściwości ojca i matki, przenosząc się na dziecko, wzajemnie się potęgują lub znoszą. Kraepelin mówi: „Przedewszystkiem uwzględnić należy, że obok czynników, działających pogarszająco, wpływają także i przeciwne, które przyczyniają się do wyrównania zaburzeń i do prawidłowego rozwoju dalszego. Gdyby to nie miało miejsca, to już dawnoby ludzkość cała zniszczała. W niezliczonych zwyrodniałych rodzinach da się stwierdzić, że dzięki połączeniu się ze zdrową krwią ślady chorobliwej więzi zostają u potomstwa zatarte“.

Gdy się głębiej zastanowimy nad wspomnianemi odróżnieniami, to okaże się, że w tak pojętej sprawie przenoszenia cech nabytych, stwierdzenie choćby jednego przypadku, w którymby niewątpliwie miało miejsce odziedziczenie właściwości nabytej, nabrałoby więcej wartości argumentacyjnej, niżeli dziesiątki przypadków, w których potomstwo nie przyniosło na świat zmian, nabytych przez ich rodziców. A nie należy przytem zapominać o jednej kardynalnej zasadzie metodologicznej, mianowicie, że wszelka teorya upaść musi, jeżeli jej chociaż jeden niewątpliwy fakt stanowczo przeczy.

Jeżeli z tego punktu widzenia zapatrywać się będziemy na sprawę dziedziczenia, to twierdzenie, jakoby cechy, zmiany i stany chorobowe, a mamy tu na myśli przedewszystkiem zakres chorób nerwowych i umysłowych, nie były przenoszone na potomstwo, okaże się mylnem, przynajmniej dla tego, kto ma możność stykania się z wielką liczbą tu odnoszących się i na każdym kroku stwierdzanych faktów.

Że w tych rodzinach, w których z jakichkolwiek przyczyn zagnieździły się choroby nerwowe lub umysłowe, istnieje większa, niż w innych rodzinach, skłonność do tego, że i potomstwo podpada psychozom, to jest faktem codziennego doświadczenia, wielokrotnie w spostrzeżeniach i statystykach stwierdzonym i jednomyślnie przez psychiatrów uznanym. Atoli fakt ten dla przeciwników dziedziczenia, którzy go zresztą nie zaprzeczają, przedstawia się, jak następuje: 1) wskazują oni[11]) na to, że fakt ten bynajmniej nie stwierdza przenoszenia się właściwości nabytych, zboczeń lub stanów chorobowych, o które, jak mówią, idzie w problemacie dziedziczenia, lecz że odnosi się on tylko do usposobień, predyspozycyi do zboczeń i stanów chorobowych, a przenoszeniu tych usposobień i Schwalbe nie przeczy. Jak widzieliśmy, ogół psychiatrów również przyjmuje, że zazwyczaj dziedziczą się nie choroby same, lecz usposobienia do nich. 2) Nawet w zakresie, odnoszącym się do przynoszenia na świat przez potomstwo pewnych usposobień, powstać może przypuszczenie, że i te nie są odziedziczone, lecz że np. wytworzyły się dopiero w łonie matki, lub później pod wpływem szkodliwych czynników, działających na komórki zarodkowe, a pochodzących z zewnątrz ustroju matczynego, lub powstałych w ustroju matczynym.

Co się tyczy twierdzenia pierwszego, sądzę, że samo stwierdzenie faktu, iż usposobienia do jakiejś choroby bywają dziedziczone, już wykazuje, że cechy nabyte bywają przenoszone na potomstwo. Cóż to są bowiem owe usposobienia i skłonności, jeżeli nie takie lub inne ustosunkowanie w składzie i w budowie, a zależnie też od tego i w funkcyi? Pogląd, że jakaś zmiana w funkcyi nie ma zupełnie równoważnika w budowie anatomicznej lub składzie chemicznym narządu funkcyonującego, na którym to poglądzie opiera się zapatrywanie wielu na istotę nerwic[12]), jest oczywiście niczem innem, jak zaczerpniętem z wyobraźni, metafizycznem twierdzeniem, jeżeli tem porównaniem nie uczynimy krzywdy współczesnej metafizyce, która dąży, jak każda inna nauka, do systemu twierdzeń, zbieranych na drodze krytycznej pracy myślowej.

Dla człowieka myślącego po przyrodniczemu nie potrzeba chyba również żadnych dowodów na to, że to, co się nazywa usposobieniem do pewnego schorzenia, polegać musi na jakichś, choćby niedostępnych ludzkiemu badaniu, zmianach ilościowych lub jakościowych w budowie lub składzie chemicznym narządu lub całego ustroju, że przeto, gdy mówimy o dziedziczeniu przez potomstwo usposobienia do jakiegoś schorzenia, to nie oznacza to nic innego, jak, że potomstwo odziedzicza taką, a nie inną budowę lub skład chemiczny składowych części danego narządu. A więc cechy nowe, nabyte pod wpływem choroby rodziców, zostają przenoszone na potomstwo. Przyjęcie dziedziczenia usposobień do chorób już samo prowadzić musi do uznania przenoszenia cech nabytych, przynajmniej w zakresie patologii. I tylko niezawodnie na karb owego t. zw. metafizycznego sposobu myślenia położyć wypada, gdy niektórzy[13]) przyjmują dziedziczenie usposobień do chorób, a zaprzeczają mimo to dziedziczeniu cech nabytych, twierdząc, że choroby same się nie dziedziczą, a tylko one są rzekomo cechami nabytemi.

Przystępujemy do omówienia drugiego tłómaczenia, jakie przeciwnicy dziedziczenia nabytych właściwości podają. Nasuwa się mianowicie objaśnienie, że owo usposobienie, owe odmienne budowy, czy składy chemiczne danego narządu, z jakimi potomstwo przychodzi na świat, nie są odziedziczone po przodkach, lecz że powstały wskutek działania na komórki

[10]) Psychiatrie VI. Aufl. I Bd. pag. 94.

[11]) Schwalbe: *ibidem*.

[12]) Hoche: O rozpoznawczej różnicy między histeryą a epilepsyą. Odczyt na Zjeździe południowo-niemieckich neurologów i psychiatrów w Baden 1902.

zarodkowe szkodliwości, pochodzących z zewnątrz tworzącego się osobnika; a więc, że komórki zarodkowe, wytworzone przez chorych rodziców, są takie same, jakieby były, gdyby ci nie byli chorzy, lecz że następnie wskutek szkodliwych wpływów powoli rozrodcze te komórki i cały młody osobnik ulegają zmianom. A więc, że nie mamy tu przenoszenia z rodziców na dzieci dziedziczenia w tem znaczeniu, o jakiem tutaj jest mowa. To samo tłómaczenie może być stosowane i do przypadków, uznawanych nie jako dziedziczenie tak zw. usposobień, lecz samych już schorzeń.

(Dok. nast.).

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Przypadek samoistnego przebicia ropnia opadowego do płuca.

W przebiegu gruźlicy, której istotną cechę stanowi niszczenie i rozpad tkanek, przebicia narządów w następstwie dalej posuniętego zserowacenia i rozpadu bynajmniej nie należą do rzadkości. Dość n. p. przypomnieć otwarcie się jamy gruźliczej płuca do jamy opłucnowej, znacznie rzadsze przypadki przebicia wrzodu jelita do jamy otrzewnowej lub odwrotnie (Gliński: „Przegl. lek.“, 1903, Nr. 26).

Natomiast do rzadkości należy samoistne przebicie ropnia opadowego do jakiegokolwiek narządu wewnętrznego. Ropnie opadowe, jak poucza kliniczne doświadczenie, tej skłonności wcale nie okazują: przeciwnie, otwierają się stale na zewnątrz, przebijając skórę, co zwlaszcza dotyczy ropni na klatce piersiowej (Messner, Hoffmann, Chir. Tillmannsa).

Dla tego też przypadek, który miałem sposobność spostrzegać, a gdzie niewątpliwie nastąpiło przebicie ropnia do płuca, postanowiłem opisać.

Dnia 15/IV b. r. zgłosił się do mnie *J. B.*, lat 48 liczący, gospodarz z U., o poradę lekarską. Ojciec jego umarł w 53 r. życia, chorował przeszło rok i kaszlał. Matka umarła w 74 r. życia, zawsze była zdrową. On sam również zawsze był zdrowym, dłużej trwającej choroby nie przebył nigdy; dzieci ma troje, są zupełnie zdrowe. Ogólne wejrzenie jego miało być zawsze liche; do ciężkiej pracy był wogóle niezdolny z powodu słabych sił. Łaknienie zawsze mierne, krwią nie pluł nigdy.

Obecna choroba rozpoczęła się przed 2 laty kaszlem i kłuciem w boku lewym, poczem wytworzył się guz w okolicy chrząstki 7 i 8 żebra w linii sutkowej lewej. Guz ten w swoim czasie badałem i rozpoznałem jako ropień zimny. Z końcem lutego b. r. zauważył on, że w okolicy 8 i 9 żebra lewego z tyłu, nieco zewnątrz kąta łopatki, tworzy się guz jeden, a w okolicy łopatki lewej drugi. Ten ostatni guz powiększał się zwolna i nie sprawiał choremu znaczniejszych dolegliwości prócz lekkiego bolu w okolicy lewej łopatki i w ramieniu lewem. Od wczoraj doświadczył pacyent większego bolu w tym guzie i spostrzegł w nim jakby trzeszczenie. Łaknienie obecnie dość dobre, stolec i mocz oddaje prawidłowo.

Stan obecny. Wzrost dość wysoki, odżywienie liche, lecz nie podupadłe, budowa wątła. Zabarwienie skóry twarzy oraz reszty ciała brudno żółte, skóra dość sucha, mało elastyczna. C. 37·4, t. 90, regularne, dobrze napięte. Na głowie, twarzy i szyi żadnych ważniejszych zmian niema. Wypuk w obu szczytach powyżej obojczyków przytłumiony. Szczyty płuc nieruchome. Poniżej wszędzie jawny, sięga po stronie prawej w linii sutkowej do 7-go, w pachowej do 8-go żebra; po stronie lewej w linii przymostkowej do 5-go, a w pachowej średniej do 9-go żebra. Z tyłu granice dolne ruchome, równo ustawione. Szmery oddechowe w szczycie prawym zaostrzone, rzężeń i przy kaszlu brak; w szczycie lewym z przodu rzężenia dźwięczne pokrywają szmery. Poniżej obojczyka po stronie lewej szmery zaostrzone. Zresztą wszędzie są szmery pęcherzykowe, prawidłowe.

W sercu, jako też i w narządach brzusznych badanie nie wykazało zmian.

W okolicy chrząstki 7 i 8 żebra w linii sutkowej lewej znajduje się przetoka, z której wydobywa się płyn surowiczo-ropiasty. W przetokę wprowadzony zgłębnik wchodzi na lewo pod skórę na dług. 5 ctm. Jest to pozostałość po ropniu, wyżej wspomnianym.

W okolicy 8 i 9 żebra lewego na palec zewnątrz i poniżej kąta łopatki znajduje się guz, wielkości jaja kurzego, o skórze bladej, ciepłocie nie podwyższonej, okazujący chełbotanie. Guz ten jest ropniem zimnym.

Pomiędzy wewnętrzną krawędzią łopatki lewej a stosem kręgowym znajduje się guz, sięgający od 7 kręgu szyjnego do połowy odległości między grzebieniem a kątem łopatki, a od wewnętrznej krawędzi łopatki do kręgosłupa. Długość jego, mierzona przez jego wysklepienie, wynosi 16 ctm., a szerokość 11 ctm. Skóra nad guzem jest nieznacznie zaczerwieniona, ciepłota miejscowa nie podwyższona. Guz w dotyku przedstawia uczucie balonu, wypełnionego gazem, a nie chełbotania.

Wypuk nad guzem jawny, bębenkowy, głośny. Osłuchując guz stwierdza się głuchy szmer, przypominający dzbanowy.

Chory nadmienia, że przy ucisku tego guza czuje jakieś trzeszczenie w górnej jego części, oraz że idąc do mnie po schodach, dostał bez powodu napadu gwałtownego kaszlu, przyczem odpluwa dość dużo jakiegoś płynu. Nadmienia, że czemś podobnem nie odpluwał nigdy. Okazany mi ów płyn jest szczerą ropą, taką, jaką przy nakłuciu każdego ropnia opadowego się wydobywa. W ciągu około 2 godzin trwającego pobytu u mnie chory z małemi tylko przerwami niemal ustawicznie kaszle i za każdym razem odpluwa 1—2 łyżek owej ropy.

Za uciskiem jednak silniejszym pojemność guza zmniejsza się i to tak, że guz ten zupełnie znika, przyczem daje się słyszeć szmer głośny, słyszalny w całym pokoju — szmer, którego charakter przysłuchowy najbardziej da się przyrównać do szmeru, powstającego przy silnem dmuchaniu przez bardzo wązką szyjkę do pustej flaszki. Czas trwania opróżniania tego torbiela z towarzyszeniem owego szmeru wynosi około 20 sekund. Osłuchując stetoskopem okolicę klatki piersiowej, stwierdzam, że ten szmer głośny, powstający przy ucisku guza, najwybitniej jest słyszalnym nad tchawicą i nad lewym szczytem, mniej głośno jest słyszalny nad samym guzem i wreszcie w dalszych okolicach klatki piersiowej. Zmniejszenie pojemności guza zapomocą ucisku trwa jednak krótko; zaraz bowiem chory dostaje napadu silnego kaszlu, przyczem guz stopniowo za każdem zakaszlaniem coraz silniej się wypełnia powietrzem, a nawet w miarę trwania kaszlu staje się większym. Dotykając wtedy guz lekko palcami, słyszę pluskanie głośne, słyszalne o 2 kroki, podobne do pluskania płynu w balonie gumowym, zawierającym powietrze. Po ułożeniu chorego w ten sposób, że głowa była nieco niżej, a miednica wyżej i następowym ucisku guza odpłynęła większa nieco ilość ropy wśród kaszlu przez usta. Badając później owo pluskanie, stwierdziłem, że zmniejszyło się ono, ale w zupełności nie znikło. Nie zawsze jednakowoż udawało się uciskiem opróżnić guz z powietrza: czasami mimo uciskania powietrze nie uchodziło i odnosiło się wrażenie, jakby otwór chwilowo zamykał się; to jednak nie trwało długo, bo po napadzie kaszlu drożność powracała.

Jak z niniejszego opisu wynika, wytworzyła się jakaś komunikacya pomiędzy ropniem a płucem. Przemawia niezbicie za tem fakt, że chory w oczach moich wykrztusił znaczniejsze ilości ropy (razem około 60 ctm.^{3}); szmer, powstający przy ucisku guza, a najlepiej słyszalny nad tchawicą, dowodzi, że powietrze, które dostało się do wnętrza guza z płuc, z powrotem wydostawało się na świat zewnętrzny, wreszcie, że wśród kaszlu, opróżniony z powietrza guz, napowrót niem się wypełniał.

Otwór, łączący ropień z płucem, a więc albo z grubszem oskrzelem, albo, co prawdopodobniejsze, z niedużą jamą gruźliczą, leżącą w szczycie lewym, musi być nieznacznym, bo silniejszego ucisku potrzeba, by powietrze wycisnąć do tchawicy, wreszcie, że guz wypełnia się powietrzem tylko przy znaczniejszem podwyższeniu parcia wewnątrzpłucnego, czyli podczas kaszlu, co niema miejsca, gdy chory nie kaszle.

Najprawdopodobniej przyczyną ropnia jest zapalenie gruźlicze okostnej II lub III żebra, w miejscu tem bowiem jest bolesność, której brak gdzieindziej, n. p. w kręgach. Szerząc się nie tylko na zewnątrz, ale i wewnątrz, spowo-

dowało zlepne zapalenie opłucnej, a następnie przebicie ropnia do miąższu płuca. Za obecnością zrostów opłucnowych przemawia wreszcie brak odmy piersiowej po stronie lewej, która w ich braku w tych warunkach musiałaby powstać. Sądzę, że przebicie, a więc i dostanie się powietrza do ropnia powstało wtedy, gdy chory poczuł trzeszczenie i silniejszy ból: a więc dzień przed przybyciem do mnie. Dopiero gdy otwór rozszerzył się nieco, wtedy wśród kaszlu zaczął odpluwać ropę.

Przeglądając skrzętnie „Przegląd lekarski“ z ostatnich kilku lat, nie znalazłem nigdzie wzmianki o analogicznym przypadku; sądzę więc, że opisanie jego jest usprawiedliwione.

Mimowoli nasuwa się pytanie, jak postąpić w takim przypadku? Ja ograniczyłem się do podania środków wewnętrznych i opatrunku uciskowego.

W Kętach 19/IV 1904. *Dr. Władysław Dziewoński.*

IV. Wyciągi.

Nowsze doświadczenia z heroiną. Z pomiędzy przetworów, mających zastąpić morfinę, heroina jest bezsprzecznie tym, który w kołach lekarskich najwięcej obudził zajęcia. Przypisywane jej własności są tego rodzaju, że trudno nie zwrócić na nią bacznej uwagi. Z drugiej strony ogłoszono o kilku ujemnych następstwach stosowania heroiny, a nawet ze strony pewnego farmakologa nastąpiło ostrzeżenie przed tym lekiem i przedstawiono go jako najwięcej trujący przetwór nowoczesnej terapii. Nieuzasadnione, jak się okazało, to ostrzeżenie miało ten skutek, że wiele klinik ogłosiło swoje liczne, a przeciętnie pomyślne doświadczenia z heroiną, ażeby udowodnić, że środek ten, stosowany z odpowiednią ostrożnością, zupełnie nie jest niebezpiecznym, lecz przeciwnie w licznych przypadkach przewyższa morfinę i kodeinę. Z drugiej strony miała ta krytyka Harnacka (1) może i ten skutek, że wielu, którzy dotąd ten lek stosowali bez skrupułów, zaczęło go używać z należytą ostrożnością i od tej pory niesłychać o niepomyślnych wynikach stosowania heroiny, lecz przeciwnie mnożą się zdania korzystne dla tego środka.

Farmakologiczne działanie heroiny wyświetla praca doświadczalna E. Impensa (2), który na podstawie dokładnych badań wykazał, że heroina sprowadza znaczne zwolnienie szybkiego oddychania z równoczesnem silnem pogłębieniem oddechu. Przy użyciu heroiny działanie to było stałem, podczas kiedy przy używaniu morfiny nie wystąpiło ani razu, a przy użyciu kodeiny tylko w $^1/_4$ części spostrzeganych przypadków. Przy stosowaniu innych środków, zastępujących morfinę, jak dionina i peronina, działanie to było jeszcze mniej pomyślnem, niż przy kodeinie. W dalszym ciągu autor wykazuje, że po dokładnem zbadaniu skutecznej i śmiertelnej dawki, okazało się, że morfina stosunkowo 2·5, dionina 12, a kodeina 20 razy jest niebezpieczniejszą od heroiny, ponieważ niebezpieczeństwo stoi w odwrotnym stosunku, jaki zachodzi między skuteczną, a śmiertelną dawką. Stosunek ten jest u heroiny największym. To może służyć do zupełnego upewnienia się lekarza, że heroina, zastosowana w odpowiednich dawkach, jest daleko mniej niebezpieczną, niż każdy inny przetwór kojący z grupy narkotyków. Od czasu używania chlorku heroiny nie było prawie przypadków niepomyślnych, zapewne z powodu większej jej rozpuszczalności.

Ważną jest rzeczą, że nieprzyjemne objawy uboczne przy dłuższem używaniu morfiny, jak zaburzenia czynności żołądka i serca, np. zaparcie stolca i t. d., nie występują przy użyciu heroiny, a przyzwyczajenie się do niej według twierdzenia bardzo licznych lekarzy albo wcale nie istnieje, albo też występuje daleko trudniej, niż po morfinie. Także po zaprzestaniu podawania heroiny nie występują żadne objawy ujemne. Potwierdzają to doniesienia Krebsa (3), który podawał chlorek heroiny w 1% roztworze wodnym po 8 kropel od jednego do trzech razy dziennie, przyczem lek ten okazał się w przeszło 50 przypadkach uśmierzającym kaszel, bole i kojącym stan ogólny chorego. Odpowiednia dawka działa najczęściej silniej, niż 15 kropel 2% roztworu kodeiny, w zasadzie jednak nie tak gwałtownie, jak 20 kropel 1% roztworu morfiny. Do zastąpienia morfiny po dłuższem jej używaniu heroina nie zdaje się być stosowną; natomiast może ją zastąpić zaraz z początku, nadając się do dłuższego używania.

Przyzwyczajenia lub powikłań po zaprzestaniu używania heroiny nie zauważono. Nie znamy również żadnych ubocznych wpływów na żołądek, serce i t. d. Wogóle heroina ułatwia ranne wykrztuszanie.

Nied (4) stosował heroinę w gruźlicy płuc i zapaleniach oskrzeli i był z wyników zawsze zadowolonym. We wszystkich przypadkach heroina wywoływała głęboki sen u cierpiących na bezsenność. Uspokojenie drażliwości do kaszlu osięga się daleko mniejszemi dawkami i w zasadzie daleko prędzej, niż zapomocą innych przetworów, zastępujących morfinę. Niepomyślnego działania ubocznego autor nie zauważył, chociaż początkowe pojedyncze dawki podnosił często od 0·005 gr. do 0·01 gr.

Doświadczenia z heroiną, wykonane w klinice Ziemssena (5), dały również pomyślne wyniki lecznicze. W licznych przypadkach zbytniej pobudliwości do kaszlu, jaka występuje np. u suchotników, chorych na cierpienia oskrzeli i t. d. działanie jej było widocznem i szybkiem. Rano i w południe podawano zwykle po 0.005, wieczorem zaś 0·01 gr. Ta ostatnia dawka zdaje się być niezbędną do osiągnięcia działania, wystarczającego na całą noc. Przeciw męczącemu pobudzeniu do kaszlu, jaki występuje często rano, bezpośrednio po wstaniu z łóżka u suchotników, używano z dobrym skutkiem w wielu przypadkach przed opuszczeniem łóżka 10 do 15 kropel 1% roztworu. W dławcowem zapaleniu płuc heroina często zawodziła. W tym przypadku autor nie kładzie heroiny przed morfiną, natomiast oddaje jej pierwszeństwo przed kodeiną, o której dobrze się nie wyraża. Bezwątpienia, że szybsze działanie można osiągnąć zapomocą stosowania podskórnego i to już zapomocą trochę mniejszych dawek (0·004 do 0·007). Szkodliwego działania heroiny nie zauważył autor wcale w przeszło 200 przypadkach, chociaż miał do czynienia często z chorobami serca. Heroinę należy stosować w miejsce morfiny specyalnie w takich przypadkach, gdzie trzeba uniknąć działania usypiającego tej ostatniej, oraz słowa „morfina“, które często chorych napawa obawą zatrucia.

Stadelmann (6) zadał sobie dwa pytania: I. O ile przy używaniu heroiny następuje przyzwyczajenie do tego środka i II. W jakim stopniu i w jakiej dawce może heroina zastąpić morfinę. Co się tyczy pytania pierwszego, to zdarzało się, że podawano heroinę stosunkowo przez dłuższy czas i osiągano dodatni wynik minimalną dozą (0.003), a dopiero po tygodniach zwiększano dawkę. To stopniowanie jednak dawek, jakie okazało się potrzebnem, było bardzo powolnem i nieznacznem, tak że Stadelmann przychodzi w końcu do wniosku, że chorzy daleko powolniej przyzwyczajają się do heroiny, niż do morfiny. Doświadczenia wykazały, że zapomocą 5 mlg. morfiny osiąga się ten sam skutek, co zapomocą 3 mlg. heroiny. A więc dawce 0·01 morfiny odpowiada 5—6 mlg heroiny. Z tego wynika, że 1) heroinę należy zapisywać w stosunkowo mniejszych dawkach, niż morfinę; 2) że przyzwyczajenie się do heroiny jest mniejsze, niż do morfiny, 3) że heroinę można równowartościowo zastąpić morfiną, przyczem jeszcze można uwzględnić stosunkowo bardzo nieznaczne dawki morfiny.

Z rozlicznych rozpraw o heroinie okazuje się dalej, że doświadczeniami stwierdzone działanie na oddychanie potwierdziło się w praktyce, a szczególnie dobre wyniki uzyskano w dychawicy oskrzelowej, jak to niedawno doświadczył Stern (7).

Co się tyczy działania narkotycznego, a względnie hipnotycznego, to zdaje się ono być słabszem, niż po morfinie i występuje w daleko mniejszej mierze, szczególniej przy stosowaniu przez usta, podczas kiedy niektórzy autorowie, jak Wiesner (8), osiągnęli wcale zadowalniające wyniki zapomocą wstrzykiwań podskórnych. Natomiast wspominają często autorowie o działaniu znieczulającem. I tak Guinard (9) wyraża się, jak następuje: „chlorek heroiny przedstawia tę korzyść, że działa mniej energicznie na mózg, ale za to silniej niż morfina na opuszkę rdzeniową i rdzeń pacierzowy, wskutek tego wywiera heroina mniejsze działanie nasenne, aniżeli morfina; natomiast posiada wybitne działanie znieczulające. Działanie heroiny jest bardzo szybkie, nie sprawia nudności, nie stępia łaknienia i nie zdaje się nawet po dłuższem używaniu sprowadzać tych nieprzyjemnych skutków, co morfina. Pierwsze zastrzykiwania wywołują czasem mały zawrót głowy i uczucie jakoby mgły przed oczyma. Zjawiska te zazwyczaj nie pojawiają się przy następnych wstrzyknięciach. Heroina nadaje się do zastąpienia morfiny w leczeniu bolów, szczególnie zaś rwy, kolki nerkowej i wątrobowej i t. d. Sposób używania jest ten sam, co przy morfinie, jednakowoż dawki mają być o połowę słabsze. To uspakajające działanie wpływa korzystnie przy krwotokach płucnych, gdzie według Aronsohna morfina nie jest wskazaną, ponieważ wywołuje u wielu chorych skłonność do wymiotów, czego przy użyciu heroiny niema. Kojące działanie heroiny wyzyskano również w leczeniu wielu chorób narządu płciowego i moczowego, gdzie heroina okazała się według Straussa (10) i Beckera (11), jako środek, uspakajający chuć, doskonały do zwalczania bolesnego wzwodu w cierpieniach rzeżą-

czkowych i zabiegach operacyjnych (operacya stulejki), jakoteż w pomazaniach nocnych i nasieniotoku; stosuje się ją w formie pigułek, proszków albo czopków. To samo potwierdza Crha (12).

Co do uśmierzania bolów, to zdaje się, że heroina ustępuje przed morfiną; taksamo działanie odurzające jest mniejszem. Helbich (13) mówi atoli o różnych rodzajach rwy, gdzie heroina działała wybornie na uśmierzenie bolów, podczas kiedy w innych przypadkach zupełnie zawodziła. Także w cierpieniach żołądka (rak żołądka, kolka ołowna i t. d.) stwierdził Helbich wyborne wyniki po heroinie tak, że kodeinę zarzucił zupełnie w swej praktyce, a ograniczył bardzo stosowanie morfiny. Możnaby też zalecić, aby w przypadkach rwy, cierpień żołądkowych, w niedomaganiach połączonych z ciążą, wogóle wszędzie tam, gdzie chodzi o usunięcie bolów, zrobić najpierw próbę z heroiną, a dopiero, kiedy się okaże bezskuteczną, wziąść się do stosowania morfiny. Mirtl (14) i Elischer (15) ocenili działanie heroiny, jako kojące bole w patologii położniczej, a mianowicie w zapaleniu okołomacicznem na tle rzeżączkowem i w nie nadającym się do operacyi raku macicy.

Działanie heroiny, uśmierzające kaszel, jest znakomite i występuje wszędzie na pierwszy plan. Jednogłośnie podnoszą prawie wszyscy autorowie ten zbawienny wpływ heroiny, który uśmierza pobudzenie do kaszlu i usuwa brak oddechu, np. w gruźlicy płuc, zapaleniu oskrzeli, rozedmie płuc i dychawicy oskrzelowej. Działanie to jest stanowczo lepsze, niż kodeiny (Geiringer (16). W dawkach o połowę mocniejszych heroina zwykle prędzej uśmierza kaszel, aniżeli używana przez dłuższy czas morfina. Pomimo kilkotygodniowych przerw po dłuższem używaniu heroiny, działanie jej w tych samych większych dawkach pozostaje takie samo, jak pierwej, chociażby w międzyczasie stosowano morfinę lub też jakiś inny środek odurzający. Tę właściwość heroiny uważa Jacobi (17) za nader cenną, ponieważ nie jesteśmy zmuszeni, jak to dotychczas bywało. podnosić nagle ilość morfiny; natomiast możemy chorym, skazanym na dłuższe używanie leków narkotycznych, podawać przemiennie, raz morfinę, to znowu heroinę lub kodeinę. Według, Weissa (18) środek, uspokajający kaszel w idealnem znaczeniu nie powinien stłumiać kaszlu zupełnie, lecz tylko odebrać mu, o ile możności, przykry i ostry jego charakter, zmniejszać możliwie w myśl doświadczeń Geigla gwałtowność, z jaką wybuch kaszlu następuje. W tym też duchu działa w pierwszym rzędzie heroina, pogłębiająca pojedyncze oddechy, przedłużająca wdech i obniżająca częstość oddechów.

Grinowitsch (19), który stosował heroinę prawie w 2000 przypadków, chwali przedewszystkiem dobre działanie heroiny w ostrem zapaleniu oskrzeli, w grypie, gruźlicy płuc, zapaleniu gardła i w rozedmie płuc. Tak w rozedmie płuc, jak i we wszystkich innych chorobach narządów oddechowych, w przebiegu których występuje znaczna ilość plwocin, a wykrztuszenie jest utrudnionem, zaleca Grinewitsch ostrożność przy podawaniu heroiny. Z licznych spostrzeżeń tego klinicysty wynika, że heroina jest znakomitym środkiem usuwającym kaszel, który dlatego ma pierwszeństwo przed morfiną, ponieważ rzadziej występuje nieprzyjemne działanie uboczne, daleko powolniej przywyka się do niej i że nie okazuje się nałogowa pożądliwość heroiny, jak się to dzieje przy używaniu morfiny. W dawkach terapeutycznych nie wywiera heroina żadnego działania na serce i na układ naczyniowy i bywa znoszoną nawet przez ludzi wiekowych. Crha (l. c.) podnosi jako szczególną zaletę heroiny, że nie tamuje czynności narządów trawienia i nie posiada własności działania na serce, czego się u ludzi starszych obawiać należy.

Łatwość znoszenia heroiny ma być według Jacobiego (l. c.) indywidualnie bardzo rozmaitą, ponieważ u niektórych pacyentów występowały lekkie objawy zatrucia już po zażyciu pół ctg. (5 mg.), podczas gdy inni zażywali bez żadnych złych skutków nawet 2 ctg.; Kling (20) wspomina nawet o 2 przypadkach, w których dwóch chorych zażywało przez pomyłkę 5 dni 3 razy dziennie po 5 ctg. (zamiast 5 mg.), nieodczuwając przytem żadnych nieprzyjemnych skutków. I ten autor zaleca u chorych, nieprzyzwyczajonych do narkotyków, a których zachowanie się wobec heroiny nie jest znanem, zaczynać od 3 mg. Jeżeli ta ilość dobrze jest znoszoną, wtedy można przejść do dawki prawidłowej pół ctg. (5 mg.) i podawać ją 3 a najwyżej 4 razy dziennie. Do wielkich dawek (1 do $1\frac{1}{2}$ ctg. na dawkę, 4 do 6 razy dziennie) powinno się przejść dopiero wtedy, jeżeli stwierdzimy łatwość przyswajania heroiny i jeżeli chodzi o pacyentów, przyzwyczajonych do większych dawek morfiny lub innych narkotyków. Stosując heroinę w ten sposób, nie będziemy mieli z tego powodu żadnych nieprzyjemności.

Z tem wszystkiem zgadzają się najnowsze badania Szabokyego, który zaleca zapisywać zawsze heroinę, ale nie zażywać ej na czczy żołądek. Chorym na płuca zapisuje on 3 razy dziennie po 0.005 albo 2 razy dziennie po 0.005, a raz wieczorem 0.01 gr. Działanie uśmierzające kaszel następuje w każdym przypadku w 5 do 30 minutach i trwa przez 4 do 6 godzin. Oprócz proszków można heroinę zapisywać w kroplach:

Rp. *Heroin. hydrochlor. 0.10, Aqu. amygdal. am. 20.0 gr.*
M. D. S. 3 do 4 razy dziennie po 15 do 20 kropel.

Streszczając zdania autorów, których prace przytoczyliśmy, widzimy, że heroina jest środkiem, który stanowczo przewyższa kodeinę, a morfinę zastępuje z korzyścią i że wobec tej ostatniej posiada jeszcze niektóre zalety, a stosowana w dawkach od 0.003 do 0.005 (tylko przy stwierdzonej łatwości przyswajania można postąpić do 0.01) jest przetworem zupełnie nieszkodliwym. Zapisywać należy zawsze *heroin. hydrochloric.*, jak sól łatwo rozpuszczalną. (*Referat zbiorowy*).

Piśmiennictwo. 1) E. Harnack: O własnościach trujących heroiny. (Münchener med. Wochenschr., 1889, Nr. 27). — 2) E. Impens: O działaniu morfiny i o niektórych jej podobnych środkach, wpływających na oddychanie. (Deutsche med. Wochenschr., 1900, Nr. 23). — 3) G. Krebs: Doniesienie związku zakładów leczniczych za rok 1898 i 1899. — 4) L. Nied: Doświadczenia ze środkiem, zastępującym morfinę. (Deutsche med. Wochenschr., 1900, Nr. 27). — 5) H. Brauser: Doświadczenia z heroiną. (Deutsches Archiv. für klin. Medic., 1900, zeszyt 1 i 2). — 6) E. Stadelmann: Dalsze doświadczenia nad leczeniem heroiną. (Deutsche Aerzte-Ztg., 1900, Nr. 18). — 7) M. A. Stern: Niektóre spostrzeżenia nad skutecznością heroiny. (Wochenschr. f. prakt. Medizin. (russ), 1900, Nr. 18). — 8) J. Wiesner: Wiadomości o heroinie z kliniki Harnacka w Insbruku. (Deutsche Aerzte-Ztg., 1900, zeszyt 3). — 9) M. L. Guinard: La Semaine medicale, 1900, Nr. 37. 10) A. Strauss: Heroina jako lek uśmierzający chuć płciową. (Münch. med. Wochenschr., 1902, Nr. 36). — 11) Becker: Notatka o znaczeniu heroiny jako anaphrodisiacum. (Berlin. klin. Wochenschr., 1903, Nr. 47). — 12) Crha: Wykład w celu ocenienia terapeutycznej wartości heroiny. (Die Heilkunde, 1903, zeszyt z maja). 13) Helbich: Doświadczenia z heroiną w praktyce lekarskiej. (Die Heilkunde, zeszyt z maja). — 14) Karol Mirtl. Wiadomości o terapeutycznych doświadczeniach nad heroiną. (Wr. klin. Rundschau, 1899, Nr. 25). — 15) Elischer: O używaniu heroin. hydrochlor. w położnictwie. (Die Heilkunde, 1902, zeszyt z lutego). — 16) Geiringer: Terapeutyczne doświadczenia nad heroiną. (Wr. medizin. Presse, 1901, Nr. 43). — 17) Jacobi: O działaniu heroiny. (Wr. med. Wochenschrift, 1901, Nr. 40 do 43). — Weiss: Najnowsze poglądy na kaszel i jego leczenie. (Die Heilkunde, 1901, zeszyt z lutego). — 19) J. L. Grinewitsch: Spostrzeżenia nad działaniem heroiny. (Therapie d. Gegenwart, 1903, zeszyt 2). — 20) Klink: O wielkich dawkach heroiny bez objawów zatrucia (Münch. med. Wochenschr., 1899, Nr. 42). — 21) Szaboky: O heroinie i Heroin hydrochl. (Orvosok Lapja, 1904, Nr. 11). *Dr. G. T.*

Ribbert. **O układzie naczyniowym i uleczalności nowotworów.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1094, Nr. 22). Układ naczyniowy w nowotworach różni się od układu naczyniowego tkanek normalnych zarówno pod względem swej budowy drobnowidowej, jak i ogólnego stosunku do tkanki. Naczynia w nowotworach, (o ile należą do nowotworowego utkania, a nie są tylko przez nowotwór przypadkowo obrośnięte) nie posiadają budowy tętnic, ani żył, lecz bez względu na swoją średnicę są najczęściej zbudowane, jak naczynia włosowate, szczególnie w szybko rosnących nowotworach złośliwych. Naczyniom, wiodącym krew tętniczą, brak więc w nowotworze elastyczności i kurczliwości, tych niezbędnych warunków prawidłowego krążenia. Co do ogólnego stosunku do nowotworu, to z wyjątkiem nowotworów, zajmujących cały narząd (np. nerkę), nie wchodzą naczynia do nowotworów w jednem miejscu, jakby przez wnękę i nie rozgałęziają się w nich regularnie, lecz wnikają i wychodzą ze wszech stron, nieregularnie, co znowu także utrudnia prawidłowe krążenie. Wreszcie zazwyczaj kaliber naczyń, dowożących krew do nowotworu, nie jest dostatecznie wielki w stosunku do obszaru, jaki ma być w krew zaopatrzony. Już ta okoliczność, że niektóre nowotwory, szczególnie guzy przerzutowe, dają się dość łatwo z otoczenia wyłuszczyć, świadczy, iż z otoczeniem tem łączy je stosunkowo niewiele i to cienkich, łatwo przerwać się dających naczyń; że nowotwory złośliwe są w krew niedostatecznie zaopatrywane, świadczy również ich biaława zwykle barwa, która nie zmienia się wiele nawet przy przekrwieniu otaczającej tkanki. Jednem słowem z wszystkich tych szczegółów wnosić należy, zdaniem Ribberta, że krążenie w nowotworach jest znacznie gorsze, niż w tkankach prawidłowych. Jakże tedy tłómaczyć sobie należy szybki rozwój wielu nowotworów złośliwych? Ribbert sądzi, że przeważną część swego materyału odżywczego zużywają komórki tkanek normalnych na właściwe sobie czynności wydzielnicze i t. d., na od-

nowę zużytej substancyi, bardzo zaś małą na odradzanie się. Skoro zaś swoiste czynności wydzielnicze i t. d. w komórkach nowotworowych wcale się nie odbywają, albo tylko w bardzo nizkim stopniu, przeto komórki nowotworowe potrzebują dla siebie znacznie mniej materyału odżywczego, niż prawidłowe, i stąd krążenie, aczkolwiek znacznie gorsze, niż w tkankach prawidłowych, dla nich jednakże wystarcza. Pozorna sprzeczność między słabem krążeniem w nowotworach, a szybkim ich rozrostem, zniknie, zdaniem Ribberta, zupełnie, jeżeli się w myśl jego zapatrywań przyjmie, iż komórki nowotworowe nie posiadają wcale większej żywotności od komórek normalnych, i iż przyczyną ich żywego mnożenia się jest jedynie wyzwolenie się ich z organicznego związku tkanek. Dopóki są w tym związku, tkwiąca w nich zdolność rozrodcza jest utajona, przygłuszona przez fizyologiczne opory; po zniknięciu tych oporów występuje ona jednak w całej pełni na jaw, chociaż komórki nie nabrały wcale większej żywotności. Ostatecznie więc, jeżeli przyjąć, że komórki nowotworowe nie są żywotniejsze od prawidłowych, a znajdują się w gorszych warunkach odżywienia, to — rozumuje Ribbert — należy je uważać za słabsze i mniej odporne od komórek prawidłowych. Będą więc łatwiej ulegać szkodliwym wpływom zewnętrznym, niż komórki prawidłowe. I tem tłómaczy sobie Ribbert korzystne działanie lecznicze promieni Röntgena i radium, jakie w przypadkach nowotworów coraz częściej obecnie opisują. Pod działaniem tych czynników giną gorzej odżywione, gorzej w krew zaopatrywane komórki nowotworowe znacznie łatwiej, niż komórki tkanek prawidłowych. *C.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Thigenol poleca Colasuono (*Nene Therapie*, 1903, Nr. 8), jako dobry lek na wrzody rogówki. Środek ten nakłada się do oka zapomocą pałeczki szklanej; sprawia on krótkotrwałe, nieznaczne pieczenie, dlatego u bardzo drażliwych chorych można posługiwać się mieszaniną jego z gliceryną (1:1 lub 2:1). Martial (*Archives des thérapeutique*, 1903, 23) stosował tigenol w różnych chorobach skórnych. Dobre wyniki otrzymał w przewlekłych wypryskach, stosując 5—10 prc. rozczyn tigenolu; u osesków należy stosować ten środek jako 1 prc. maść. W trądziku zwykłym i różowym pomazuje się miejsca chore 5—10 prc. rozczynem tigenolu w wodzie lub wyskoku na noc, zmywając je rano ciepłą wodą. W łuszczycy zaleca autor chore miejsce pędzlować mieszaniną tigenolu z gliceryną w równych częściach i pokrywać potem watą (2 razy dziennie). *A.*

Działanie **fersanu,** jako leku i środka odżywczego, badał doświadczalnie w pracowni kliniki wewnętrznej w Bolonii Ghezzi, (*Gazz. degli osp. e delle clin.* 1903, 84), oznaczając ilość żelaza we krwi, w moczu i w kale. Badania te potwierdzają zdanie Menzera z kliniki Senatora, że fersan łatwo się wchłania i że o ile wskazane są sztuczne środki odżywcze, może on oddać dobre usługi w błednicy, niedokrwistości u ozdrowieńców i t. d. — Ehrmann zaś podaje wyniki swych spostrzeżeń w przypadkach błednicy, niedokrwistości, neurastenii, krzywicy i u ozdrowieńców, u których stosował fersan (*Therap. Monatschr.*, 1904, marzec). Zdaniem Ehrmanna przewyższa fersan inne podobne przetwory, szybko wywołując przybytek sił i polepszenie stanu ogólnego, przyczem odznacza się także tem, że znacznie podnieca łaknienie. Korzystne działanie fersanu w neurastenii tłómaczy E. tem, że przetwór ten zawiera także fosfor. Równie dobrze działał fersan także u starców, krzepiąc ich siły i u dzieci krzywiczych, które znosiły doskonale dzienną dawkę 6—9 gramów. *Ad.*

Meierhof zaleca w celu usunięcia czopów woskowiny wkraplanie do uszów eteru czystego lub po połowie z wyskokiem. Pod wpływem eteru woskowina rozmięka na powierzchni, odstaje od ściany zewnętrznego przewodu słuchowego i wypływa przy słabym już prądzie wstrzykniętej wody. (*La Presse médicale*, Nr. 42). *K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 13 maja 1904.

Przewodniczy: Radca Dworu Prof. L. Rydygier. Obecnych członków 32.

I. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia, Prezes wita kol. Doc. Dra Biernackiego, obecnego na posiedzeniu.

II. Kol. Radca Dw. Prof. L. Rydygier przedstawia dziewczynę 15-letnią, u której przed 5-ma dniami wyjął skórzaka podjęzykowego po przecięciu błony śluzowej pod językiem i ponad największą wypukłością guza. Wyłuszczenie nie natrafiało na żadne trudności, podobnie jak w przypadku innym, obserwowanym przed kilkoma miesiącami w klinice. Jamę po wyłuszczeniu guza tamponuje gazą jodoformową. O zakażenie nie ma obawy. Prelegent uważa ten sposób postępowania za prawidłowy.

W dyskusyi kol. R. Barącz demonstruje fotografię z przypadku torbiela skórzakowego okolicy krtani, operowanego w lwowskiej poliklinice r. 1893. Obrzęk wielkości jaja kurzego, bardzo twardy, na podgawie nieprzesuwalny i poruszający się przy ruchach połykowych, uważano przed operacyą albo za skórzaka, lub za torbielowate zwyrodnienie średniej części gruczołu tarczykowego. Przy operacyi w uśpieniu chloroformowem wyłuszczenie tylnej części obrzęku sprawiało znaczne trudności z powodu znacznych zrostów z kością gnykową i krtanią i bardzo rozszerzonych naczyń, przyczem założono wiele podwiązek i obnażono obustronnie gruczoł tarczykowy. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Obrzęk był kształtu gruszki, a węższy jego koniec stanowił podstawę, zrośniętą z kością gnykową i krtanią. Makroskopowo i drobnowidowo przedstawiał obrzęk wszelkie znamiona torbiela skórzakowego (*Autoreferat*).

III. Kol. Doc. Dr. J. Wiczkowski mówił „O wartości surowicy przeciwgruźliczej Marmorka“ na podstawie doświadczeń w swoim oddziele tutejszego szpitala. Doświadczał na ośmiu chorych ze stosunkowo nieznacznemi zmianami w płucach. Ani w jednym przypadku nie mógł stwierdzić korzystnego wpływu tej surowicy na przebieg cierpienia. Wykład zakończył uwagami ogólnemi o sprawie powstawania gruźlicy, polemizując z teoryą Behringa. W dyskusyi przemawiają koll. Stachiewicz, Wernicki, Obtułowicz i prelegent.

IV. Kol. Dr. J. Fels mówił o swych »Spostrzeżeniach nad ostatnią epidemią odry« we Lwowie, opierając wnioski na 50 przypadkach, obserwowanych w praktyce prywatnej. (Rzecz przeznaczona do druku). Po wykładzie przemawiali koll.: Stauber, Czarnik, Meyer, Kučera, Zabłocki i prelegent.

Herman, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 18 maja 1904 roku.

Przewodniczy kol. prof. Nowak. Obecnych członków 23.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II Odczytano w sformułowanem przez kol. prof. Ciechanowskiego streszczeniu projekt organizacyi ustawodawstwa zdrojowego, wypracowany imieniem Komisyi balneologicznej przez kol. prof. L. Korczyńskiego.

Kol. prof. Ciechanowski dawał wyjaśnienia co do niektórych szczegółów elaboratu.

Kol. T. Piotrowski wnosi, by w projekcie wyraźnie zaznaczonem było, że oddział sanitarny krajowej komisyi zdrojowej składać się ma z lekarzy.

Po dyskusyi, w której przemawiali jeszcze koll. Gertler i Nartowski, przyjęto projekt w formie, przedstawionej przez Komitet, z dodatkiem, wniesionym przez kol. T. Piotrowskiego.

III. Kol. Jarecki przedstawił i omówił 4 przypadki wad rozwojowych narządu moczowo-płciowego (*ectopia vesicae, hypospadiasis, epispadiasis*), spostrzegane na oddziale chirurgicznym szpitala św. Ludwika.

IV. Kol. Bier wygłosił zapowiedziany odczyt: „O zakładzie do czyszczenia wody kanałowej w Sanatoryum zakopańskiem“.

Kanalizacya sanatoryum zakopańskiego, odprowadzająca wydaliny mieszkańców, wody z waterklosetów, wszelkiego rodzaju wody użytkowe i wodę kondensacyjną z ogrzewania centralnego, przechodzi u swego końca przed wpustem do potoku przez zakład, urządzony jako tak zw. zakład biologiczny, którego celem jest oczyszczenie wody kanałowej w tym stopniu, by nie zanieczyszczała potoku „Cichej wody“ do którego wpada zakończenie kanału.

W pierwotnie urządzonym zakładzie komory gnilne znaczne, mała pojemność filtrów oksydacyjnych, wypełnienie filtrów nieodpowiednim

materyałem, nadto zły rozkład pracy, pozwalały na oczyszczenie się wody kanałowej głównie przez przegnicie jej składników, stąd też i wynik oczyszczenia, jak to wynika z przedstawionych przez prelegenta analiz chemicznych, nie był dostateczny, a jakość wody w potoku dawała powód do skarg ludności, zamieszkałej nad nim i używającej zeń wody do celów domowych. Zaproszony przez zarząd sanatoryum do oceny pierwotnego urządzenia i podania wskazówek co do przebudowy tego zakładu, zalecił prelegent po porozumieniu się z prof. Bądzyńskim przełożenie działalności z komór gnilnych na filtry oksydacyjne z dwustopniową filtracyą. Dla filtru stopnia pierwszego przyjęto pojemność 28 m.[3], wielkość ziaren koksu o średnicy 30 mm., dla filtra drugiego pojemność 80 m[3], wielkość ziaren koksu 7—10 mm. w średnicy; każdy z filtrów podzielony jest na 2 komory. Filtr pierwszy pracuje dla połowy filtra drugiego, przez co bywa dwa razy częściej w użyciu, niż filtr drugi. Woda na filtrze pierwszym zatrzymuje się pół godziny, na drugim stoi przez 2 godziny. Każda z komór filtra drugiego pracuje dwukrotnie na dobę z wypoczynkiem 7 i 13 godzinnym. Celem zabezpieczenia filtrów od zamulenia urządzono przy wstępie do połączonej z dawnych 3 komór jedynej komory gnilnej osadnik dla ciężkich składników wody kanałowej i sito dla większych składników zawieszonych. Wyniki badania wody kanałowej po przejściu przez zakład, tak przebudowany, tak co do jej własności zewnętrznych, skłonności do gnicia i na podstawie analizy chemicznej, wykazują znakomitą działalność tego zakładu, to też ustały i skargi na zanieczyszczenie wody w potoku i powietrza przy wpuście kanału do potoku. Wymiary filtra drugiego, znaczne ze względu na dzienną ilość wody kanałowej obecnie (30—40 m.[3]), przyjęto z uwagi na przyszłe możliwe rozszerzenie sanatoryum. Przy projekcie obecnego urządzenia kierował się prelegent doświadczeniami, zrobionemi w miastach angielskich i w doświadczalnym zakładzie przy higienicznym zakładzie w Hamburgu.

W końcowym ustępie swego wykładu zastanawiał się prelegent nad zakażeniem potoku zarazkami gruźliczymi, których zakład biologicznego czyszczenia wody kanałowej nie usuwa. Wobec faktu, że każda woda powierzchowna (potoku, rzeki, stawu) podejrzaną jest o zawartość zarazków chorobotwórczych (duru, czerwonki), podnoszenie faktu, że sanatoryum zakażało rzekę, nie wytrzymuje krytyki; jedynie wchodzić może w rachubę stopień zakażenia, a i ten wobec ścisłego gromadzenia i niszczenia (spalenia) wydalin zakaźnych (plwociny) chorych pochodzićby mógł wyłącznie z nielicznych przypadków gruźlicy przewodu pokarmowego i narządu moczowego. Żądanie przeto, by wodę kanałową po jej oczyszczeniu jeszcze odkażano, nie da się usprawiedliwić z uwagi na powyższe rozważania, oraz na znaczny koszt dezinfekcyi, tak co do środków, jak i obsługi. Pragnąc jednak zapobiedz i tej możliwości zakażenia większego potoku zarazkami gruźliczymi, urządzono irygacyę wgłębną ziemi oczyszczoną wodą kanałową przed wpuszczeniem jej do potoku. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi zabierali głos kol. Surzycki i prelegent.

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 21 kwietnia 1904 r.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia, przedstawił kol. Borzęcki kilku chorych po operacyach plastycznych, wykonanych przez kol. Gogulskiego z powodu wilka nosa i twarzy. Zniszczoną część nosa uzupełniał kol. Gogulski płatem, wziętym z czoła, pozostawiając mostek u nasady nosa; dla zastąpienia błony śluzowej zaginał brzeg płatu ku wewnątrz, robiąc jej zdwojenie, a w celu wzmocnienia płatu skórnego użył w jednym przypadku płatu, odwiniętego z nasady kostnej nosa. W tych wszystkich przypadkach rany pooperacyjne zagoiły się przez rychłozrost, a wynik kosmetyczny okazał się bardzo dobry. Z takim samym wynikiem wykonał kol. Gogulski operacyę plastyczną policzka lewego i lewej połowy nosa u innego chorego.

Następnie przedstawił kol. Borzęcki chorego, u którego nowotwór, wychodzący z talerza biodrowego lewego, zajął ściany pęcherza i gruczoł krokowy, przyczem światło cewki moczowej nie uległo zmianom. W dalszym ciągu przedstawił kol. Borzęcki chłopca 12-letniego ze zmianami kiły późnej dziedzicznej na podudziu lewem. Leczenie w tym przypadku najrozmaitszymi środkami nie sprawiło prawie żadnego polepszenia, pomimo że chory od roku znajduje się w oddziale. Wobec tego postanawia kol. Borzęcki usunąć zmiany chorobowe w drodze operacyjnej. Następnie przedstawia kol. Borzęcki chorego, leczonego z powodu wilka ręki, u którego w czasie leczenia wystąpiły liczne guzki na tułowiu w postaci *folliculitis*, bardzo zbliżonej do form tuberkulidów.

Wreszcie przedstawia kol. Borzęcki chorą ciężarną z początkującym wrzodem twardym na wewnętrznej stronie uda prawego i z powiększonemi już gruczołami pachwinowymi.

Kol. Reiss przedstawił wynik leczenia elektrolizą u chorego z krótkiem zwężeniem cewki moczowej w okolicy opuszki cewki moczowej. Zwężenie to było tak znaczne, że nie można było wprowadzić stoczka (*bougie*) najcieńszego. Po jednorazowem zastosowaniu elektrolizy można było bez trudności wprowadzić Nr. 18 zgłębnika według skali Charriera, a następnie, rozszerzając codziennie coraz grubszymi zgłębnikami światło cewki, doprowadziło się do tego, że obecnie zupełnie łatwo wprowadza się zgłębnik Nr. 26 Ch. W dalszym ciągu przedstawił kol. Reiss chorego ze zmianami na twarzy, wywołanemi przez włosozrost (*trichophyton* postaci bydlęcej. Kol. Reiss ma zamiar zastosować epikarynę, przyczem zaznacza, że zmiany te, pozostawione same sobie, ulegają samowyleczeniu wskutek wyropienia i obumarcia grzyba.

Następnie przedstawił kol. Reiss chorego, przedstawionego już poprzednio, z objawami rtęciczego zapalenia jamy ustnej. Pomimo energicznego leczenia zmiany w jamy ustnej nie ustąpiły, chociaż choremu od sześciu miesięcy nie podawano żadnych przetworów rtęciowych. Kol. Łepkowski, do którego odesłano chorego ze względu na stan zębów, sądzi, że zęby spróchniałe bardzo przyczyniają się do podtrzymywania wspomnianego patologicznego stanu jamy ustnej. Następnie przedstawił kol. Reiss chorą, u której *naevus papillaris pigmentosus* zajmuje szyję i lewą połowę klatki piersiowej, sięgając z przodu i z tyłu do linii środkowej, podobnie jak półpasiec. W dalszym ciągu przedstawił kol. Reiss chorego, leczonego elektrolityczną metodą Foxa z powodu nabłoniaka, znajdującego się na łuku jarzmowym lewym. Wynik bardzo dobry, rana po zniszczonym nowotworze okazuje zdrową ziarninę, a jedynie tylko górnego brzegu nowotworu z powodu bliskości gałki ocznej nie można było wystawiać na silne prądy.

Wreszcie przedstawił kol. Reiss u chorego na łuszczycę wynik leczenia maścią eurobinową, pod działaniem której zmiany prawie zupełnie ustąpiły bez współudziału leczenia wewnętrznego arsenem.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. Stopczański, sekretarz.

VII. Ginekologia u Aretaeusa.

Przyczynek do dziejów ginekologii.

Przez

Dr. Jana Lachsa.

(Ciąg dalszy).

Ustęp dotyczący postępowania w trzecim okresie nie przedstawia żadnego dodatniego postępu. Znaczenie jego polega na negatywnem stanowisku, jakie Aretaeus zajął wobec pociągania za błony, jakoteż i niemniej na tem, że stanowi dowód, iż do wydobywania sztucznego łożyska nie przystępowano odrazu, lecz dopiero po upływie pewnego czasu. Skoro bowiem Aretaeus wspomina o pociąganiu za błony przyrośniętego popłodu, przyznaje tem samem, że czekano pewien czas na jego odejście, gdyż wtedy dopiero można było myśleć o jego przyrośnięciu. Zajmując takie stanowisko wobec pociągania przyrośniętego łożyska, zgadza się Aretaeus z wielu znakomitymi lekarzami świata starożytnego, a przedewszystkiem z Celsusem, który przed niebezpiecznem pociąganiem za pępowinę dawał pierwszeństwo raczej wydobywaniu ręcznemu zaraz po urodzeniu się dziecka[84]) i z Soranusem; ten ostatni radził wprawdzie przed przystąpieniem do ręcznego wydobycia łożyska lekko pociągnąć za sterczące błony, lecz zwraca uwagę na liczne nieszczęścia, jakie wyniknąć mogą ze zbyt energicznego

[84]) Medicina lib. II. cap. XXIX.

pociągania, mając przedewszystkiem na myśli wynicowanie macicy. Z tego też powodu gani on postępowanie Hipokratesa[85]), Euenora, Sostratosa, Apolloniusa, Mantiasa i innych, którzy w razie przyrośnięcia popłodu czynność swoją ograniczali do energicznego pociągania za błony i za pępowinę, lub też przymocowywali do tych ostatnich ciężarki mające zastąpić rękę ludzką[86]).

Rozdział, w którym Aretaeus wspomina o wydobywaniu łożyska, ma jeszcze inne znaczenie dla dziejów położnictwa. Wspominając o wynicowaniu macicy i o niebezpieczeństwie, stąd dla matki wynikającem, radzi Aretaeus „położnej" natychmiast macicę odprowadzić. Stąd ważny wniosek, że za jego czasów położne nietylko odbierały dzieci, lecz także dokonywały zabiegów niektórych, nie wzywając bynajmniej do tego lekarzy, lub też nie czyniąc tego zawsze. Skoro bowiem radzi „położnej" odprowadzić natychmiast wynicowaną macicę, a tak niebezpieczne wynicowanie uważa za następstwo zabiegu, zmierzającego do wydobycia łożyska, natenczas będzie najbliższym wniosek, że i tego pierwszego zabiegu dokonywał nie lekarz, lecz położna. Co więcej, zadaniem położnej było zdaje się nietylko odebrać dziecko i starać się o wydalenie łożyska, lecz miała ona obowiązek znać i stosować odpowiednie leki, gdyż Aretaeus wymaga od niej, by odprowadzając macicę, zastosowała poprzednio odpowiednie leki. „. . . καὶ χριομένη πρόσθεν τοῖσι ὑστέρῃς μειλίγμασι."

Ze spraw dotyczących połogu i noworodka znajdujemy wzmianki jedynie o pokarmie, gromadzącym się w sutkach i o jego podawaniu noworodkowi[87]). Nie zdradza jednak Aretaeus nigdzie swoich poglądów na sposób karmienia. Bardzo jednak zbliżonem do rzeczywistości będzie twierdzenie, że był za przystawieniem noworodka do piersi matki i to wkrótce po jego przyjściu na świat. Zastanawiając się bowiem nad leczeniem omdleń w następstwie chorób serca, radzi takich chorych odżywiać mlekiem, pochodzącem ze sutków kobiet, które niedawno rodziły. Na usprawiedliwienie swojego twierdzenia powiada, że tacy chorzy potrzebują takiego samego pokarmu, jak i noworodki, które dopieroco na świat przyszły. „καὶ γὰρ οἵδε ἀνατροφῆς ὅκως ἀρτίτοκοι παῖδες δέονται." Taki pokarm, o ile on tylko pochodzi z piersi młodych położnic, jest rzadki i z tego powodu dostaje się łatwo do rozmaitych części ustroju, a wartość jego odżywcza jest tak znaczna, że już małe jego ilości osiągają pożądany skutek. Najbardziej zbliżonem do mleka mamki jest pod względem wartości odżywczej i innych własności mleko oślic.

Cokolwiek więcej uwag, niż w zakresie położnictwa, przekazał nam Aretaeus z dziedziny właściwej ginekologii. Przyczyny tego należy szukać w okoliczności, z którą się u Aretaeusa po raz pierwszy spotykamy. Skoro bowiem inni lekarze starożytni wspominają — z wyjątkiem Celsusa — jedynie o położnych w roli zastępczyń lekarza przy porodzie i u kobiet ginekologicznie chorych, Aretaeus pozostawia ją stosownie do dawnego zwyczaju, przy porodzie jeszcze i nadal, zastrzegając lekarzowi działanie w przypadkach chorób kobiecych niepołogowych. Na tę myśl naprowadza ustęp, w którym się Aretaeus zastanawia nad leczeniem napadu histerycznego, podczas którego radzi jak najprędzej zawezwać lekarza, by szukał przyczyny napadu. „εἰκὸς ὦν τοῖς ἐν τουτέοισι καλέσαι τὸν ἰητρὸν. . ." [88]).

Z tego też powodu mogą być w tym przedmiocie możliwe liczniejsze wnioski, które są niemniej charakterystyczne dla szkoły pneumatyków, aniżeli inne rozdziały pism Aretaeusa. W pierwszym rzędzie zajmą nas tu naturalnie rozdziały poświęcone wyłącznie chorobom macicy[89]) i histeryi[90]), przyczem jednak nie wolno nam i innych rozdziałów spuszczać z uwagi.

Z punktu widzenia ogólnie etyologicznego odgrywa ważną rolę już sam temperament kobiety. Okoliczność, że kobiety są zimniejsze i posiadają większą wilgotność, chroni je wprawdzie od niektórych chorób (σατυρίασις), lub przyczynia się do ich szybszego wyzdrowienia, lecz może je znowu z drugiej strony, bardziej usposabiać do innych chorób, które u mężczyzn z powodu ich ciepłego i suchego temperamentu rzadziej występują. „γυναῖκες δὲ ἀνδρῶν πάσχοντι μὲν μᾶλλον ὅτι ψυχραί· ἀτὰρ αἵδε περιγίγνονται μᾶλλον, ὅτι ὑγραί" [91]). Z innych przyczyn należy tu wymienić ciążę, a mianowicie przedwczesne jej przerwanie, nieprawidłowości porodu, jak n. p. wydobywanie łożyska przez pociąganie za błony sterczące, niehigieniczny sposób życia kobiety do czego się zalicza nadużycia płciowe[92]), zbyt rzadkie oddawanie moczu[93]), zaparcie stolca[94]) i t. d. W następstwie tych przyczyn następują choroby, które dziś przypisujemy zaburzeniom odżywczym, zmiany w położeniu narządu rodnego, nowotwory, nieprawidłowości w miesiączkowaniu i histerya. (C. d. n.)

VIII. Sprawa kąpieli mineralnych w Krynicy.

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

I. Zbiorniki wody ze zdroju Głównego.

Powiększenie liczby łazienek mineralnych w Krynicy jest niezbędne, a ku temu celowi już ujęto zdrój Józefa, przeprowadzono wodę rurami i utworzono 7 łazienek na I piętrze. Ale to jest zbyt mało i w najbliższej przyszłości wobec zwiększającej się frekwencyi konieczną będzie budowa dużego gmachu o 40—50 łazienkach, a po szeregu lat znowu budowa drugiego tak dużego gmachu, czyli 100 łazienek, któreby wydawały przez sezon około 50,000 kąpieli, a potem jeszcze więcej. Pierwsze pytanie, jakie się tu nasuwa, jest to, skąd wziąć wody mineralnej na kąpiele, jeżeli obecnie jej nie wystarcza na 79 łazienek, a przy wydaniu w ostatnim 1903 roku przez sezon 64,431 kąpieli? Na to zagadnienie rozmaite komisye różne wydawały odpowiedzi, z których najwięcej pono zwolenników liczy zdanie, aby zapomocą głębokich wierceń szukać rozwiązania tej potrzeby wody mineralnej, a nawet obliczono, że takie trzy wiercenia będą kosztowały 45.000 złr. Że takie badanie głębokich warstw ma dużo powabu, że dla nauki samej, jako takiej, może być cennem, temu nie przeczę, ale nie mogę się na nie zgodzić, zapatrując się w tym przypadku na sprawę Krynicy ze stanowiska finansowego, w której zaangażowane są już milionowe kapitały, a po części także ze stanowiska lekarskiego, bo zdrój główny krynicki zajmuje pierwsze miejsce, jako szczawa wapienno-żelazista w zdrojach całej Europy — i jako taka zdobyła sobie, zwłaszcza u całego narodu, zasłużoną sławę — i na tę sławę w dalszym rozwoju baczyć należy.

Głębokie wiercenie uważam za wielkie ryzyko, które w racyonalnych operacyach finansowych bywają źle uważane.

---

[85]) Hipocratis de superfoetatione K. I. str. 463 i 464.
[86]) Soranus lib. I. cap. XXI.
[87]) De curatione acut. morb. lib. II. cap. III. et VII. K. str. 267 i 279.
[88]) De cur. ac. morb. lib. II. cap X. K. 286.
[89]) De signis et caus. diut. morb. lib. II. cap. XI.
[90]) De sign. et caus. ac. morb. lib. I. cap. XI i de curatione ac. morb. lib. II. cap. X.
[91]) De sign. et caus. ac. morb. lib. I. cap. VI. K. str. 7.
[92]) De caus et sign. ac. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 65 i de curat. morb. diut. lib. I. cap. II. K. str. 301.
[93]) De caus et sign. ac. morb. lib. II. cap. X. K. str. 58.
[94]) De cur. morb. diut. lib. II. cap. X. K. str. 287.

a tem więcej w naszym przypadku mogłoby to być uwzględniane tylko wtedy, gdyby Krynicy groziła istotna ruina. Wpierw należy badać gruntownie warunki, ażali niema innych, mniej ryzykownych środków zaradczych, — jak liczne nieujęte jeszcze zdroje okoliczne, — czy przez ich pogłębienie nie uzyskałoby się odpowiedniej ilości wody.

Ryzyko głębokich wierceń jest w każdym razie duże, raz dlatego, bo bądź co bądź naraża się istniejący zdrój Główny na zagubę, gdyż to się zdarzało gdzieindziej przy tych badaniach, powtóre naraża się względnie duży kapitał, bo 45 - 60.000 złr., na grę giełdową: zupełną stratę w razie nie osiągnięcia żadnego wyniku realnego, a wątpliwą wartość w razie względnie pomyślnym, jeśli się otrzyma wodę o odmiennym składzie chemicznym lub innych własnościach fizycznych, zatem o odrębnej wartości leczniczej, przez co zmieniłby się musiał cały charakter zdrojowiska. A czy to byłoby korzystnem? — na to odpowiedzieć nie można.

Według mego zapatrywania, olśnieni blaskiem naukowych zdobyczy, zresztą bardzo cennych, nie widzimy przedmiotu, na który patrzymy, nie widzimy zdroju Głównego w Krynicy, który według obliczeń Aleksandrowicza wydaje na dobę 184.896 litrów wody, to znaczy rocznie wydaje 67,487,040 litrów. Licząc na kąpiel 250 litrów wody, to z wody zdroju Głównego możemy mieć 269,948 kąpieli. — W roku 1903 wydano kąpieli mineralnych w Krynicy ze zdroju Głównego i ze zdroju Józefa 64,431, pozostaje zatem nam ponad dotychczasowo wydawane kąpiele wody ze zdroju Głównego jeszcze na 205,517 kąpieli, czyli można mieć z wody tego zdroju jeszcze trzy razy większą liczbę kąpieli, niż dotychczas wydawano. Wobec tak olbrzymiego zdroju i wobec tak wysokiej wartości leczniczej tej wody na nią przedewszystkiem powinno się zwrócić całą uwagę, aby w miarę potrzeby jej używać na kąpiele, a nie marnować odprowadzaniem do rzeki.

Że woda ze zdroju Głównego w Krynicy dobrze daje się przechowywać przez czas dłuższy, to nie ulega żadnej wątpliwości, o czem najlepiej świadczy to, że wodę tę przesyła się we flaszkach i bywa używaną do picia z dobrym skutkiem leczniczym. Główne zasady chemiczne, by woda nie uległa rozkładowi, polegają na tem, by ją chronić od powietrza — tlenu, co przy napełnianiu we flaszki nie jest dostatecznie uskutecznione, a powtóre, aby się nie wydalił z niej wolny kwas węglowy, czemu przy napełnianiu flaszek zapobiega się częściowo korkowaniem pod strumieniem tego gazu. Jeżeli zatem daje się przechowywać ta woda do picia dla celów leczniczych, to tem pewniej da się to uczynić na wielką skalę na kąpiele, byle były zachowane owe zasadnicze warunki, mianowicie ochrona od powietrza i niedopuszczenie, by wydalał się kwas węglowy. Ochrona od powietrza może tu być daleko dokładniejszą, niż przy napełnianiu do flaszek, gdyż wody nie będzie się czerpało, ale ona spływać powinna własnem parciem z dolnych warstw zdroju. Skoro dzisiejszy poziom wody jest 1·30 m. od dna, to dla zbiorników należy zrobić odpływ 0·30—0·50 m. od dna, czyli ponad wodę odpływającą będzie jeszcze około 0·80—1·00 metra wody mineralnej. Średnica tej rury powinna być znacznie węższą, niż przypływ wody w zdroju, a obliczona na potrzebę zapełniania zbiornika. W dalszym odpływie woda z powietrzem zetknąć się nie powinna, dlatego należy przy odpływie z cembryny umieścić jeden kran, zamykający odpływ wody, a drugi kran w rurze bocznej (tersztyk), po otwarciu którego można by z przyrządu, wytwarzającego kwas węglowy wypełnić nim nie tylko całą rurę odpływową, ale także jedną — półtora — lub dwie komory zbiornika. Mając wypełnione kwasem węglowym te komory zamyka się kran dla kwasu węglowego, a otwiera od wody, która spływać będzie do zbiornika własnym ciężarem. Aby dokładniej wydalić powietrze ze zbiorników, należy by górna ich ściana była pochyło zbudowaną, a na swym szczycie powinna być szersza rura otwarta przeprowadzona do następnej komory parę ctm. nad poziom dna i takie połączenia powinny być we wszystkich następnych komorach. W ten sposób rurą odpływową najpierw będzie spływał na dno komory kwas węglowy, a podnosząc się zwolna w miarę dopływu wypychać będzie powietrze do następnej komory. Gdy się zaprzestanie napełniania komór gazem, otwiera się kran z wodą zdroju, która spływa na dno, mając cały słup bezwodnika kwasu węglowego nad sobą, który wypychać będzie do komory drugiej. Gdy komora pierwsza napełni się wodą, to ona pocznie spływać od szczytu tej komory, tą samą rurą, którą płynął kwas węglowy, do komory II-giej, a kwas węglowy spływać będzie do komory III-ciej i t. d. tak, że cały szereg zbiorników zapełni się wodą zdrojową, a ostatni zbiornik nieco większy przeznacza się na kwas węglowy, który może być więcej zagęszczony przez zamknięcie odpływu gazu wcześniej, niż się wypełni wodą komora przedostatnia. Będzie to zatem jedno wielkie naczynie spółkujące, którego koniec będzie zamknięty komorą ze zgęszczonym kwasem węglowym, a którego początek będzie zamknięty warstwą ciągle świeżej wody mineralnej, mającą 1 metr wysokości. Takie zamknięcie byłoby zarazem klapą bezpieczeństwa dla rozszerzalności wody w zbiorniku pod działaniem wahań ciepłoty, przed któremi naturalnie należy zbiorniki możliwie najbardziej zabezpieczyć. Można też przy zdroju zamknąć zbiornik kranem, który umieszczono przy cembrzynie.

Czerpanie wody do kąpieli powinno się odbywać zapomocą pompy tłoczącej, dla której każdy zbiornik miałby szczelnie zamknięty otwór duży, aby w razie potrzeby można zbiorniki oczyszczać i w tem zamknięciu powinno się znajdować pomieszczenie na rurę pompy, szczelnie osadzoną. Pompowanie powinno się zaczynać od zbiornika ostatniego z wodą, a sąsiadującego ze zbiornikiem z bezwodnikiem kwasu węglowego; w ten sposób wydalając wodę, będzie się zbiornik napełniało kwasem węglowym, a otwartym kranem w miejsce wydalonego kwasu będzie napływało powietrze; w ten sposób przy czerpaniu wody ta ostatnia nietylko nie zetknie się z powietrzem, ale będzie od niego oddzielona całą komorą kwasu węglowego, który łatwo w razie potrzeby i doświadczeń zagęszczać można.

Ponieważ dopływ wody ze zdroju będzie powolniejszy, niż jej czerpanie do kąpieli, dlatego rury w komorach powinny być o średnicy znacznie większej, niż średnica rury, biegnącej od zdroju do pierwszej komory.

Taki zbiornik na wodę ze zdroju Głównego na 50.000 kąpieli o pięciu komorach na wodę i szóstej na kwas węglowy obejmowałby przestrzeni przy 4 metrach wysokości, —30 m. szerokości, a 122 metry długości, — taka przestrzeń ziemi, a nawet znacznie większa, da się uzyskać za dzisiejszemi łazienkami borowinowemi, w miejscu których stanęłyby nowe łazienki mineralne. Wykonanie takiego zbiornika z cementu, według cen niedawno dokonanego zbiornika wodociągowego

w Krynicy, licząc po 13 złr. za 1 m³. ścian i dna, a po 16 złr. nakrycia, kosztowałby około 63.000 złr. Budowa łazienek mineralnych na tymże zbiorniku przypuśćmy, że kosztowałaby 77.000 złr., czyli razem 140.000 złr., to 4% od tej sumy wynosi 5 600 złr. Gdy zaś za 50,000 kąpieli po 90 ct. wynosiłby dochód brutto 45.000 złr., to kapitał włożony przyniósłby odsetek bardzo wysoki.

W rozwoju dalszym Krynicy tym samym systemem możnaby było powiększać te zbiorniki i budować nowe łazienki, gdyż pozostaje nam jeszcze wody na 150,000 wanien.

Sprawa ta, teoretycznie tu przedstawiona, wymaga jednak należytego opracowania zawodowego, zarówno ze strony balneotechnicznej, jak też chemicznej; dlatego najlepiejby było, aby właściciel zdrojowiska Krynicy rozpisał konkurs i tą drogą zainteresował ludzi zawodowych, przeprowadził następnie doświadczenia na miejscu i ten doniosły problemat rozwiązał na bardzo długi szereg lat.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 16 czerwca.

* Rektorem Uniwersytetu Jagiell. wybrany został profesor fizyologii Dr. Napoleon Cybulski.

* Dnia 11 b. m. odbyło się w Rabce poświęcenie nowego budynku Kolonii leczniczej dla dzieci skrofulicznych. Z Krakowa przybyło na tę uroczystość liczne grono, złożone z członków Komitetu „Opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie“, opiekunów, życzliwych dla tej instytucyi, duchowieństwa i t. d., mając na swem czele kuratora i twórcę „Kolonii leczniczej“ profesora M. L. Jakubowskiego. — Przed rozpoczęciem aktu poświęcenia, przemówił kurator, podając szczegóły dojścia do skutku „Kolonii leczniczej“ i wyjaśniając jej znaczenie nietylko lecznicze, lecz i społeczne, zapobiegające szerzącemu się zwyrodnieniu i przerażającej śmiertelności z gruźlicy. Po poświęceniu, którego dopełnił ks. kanclerz Bandurski, tenże złożył życzenia dla rozwoju szlachetnych celów i zamiarów Stowarzyszenia, które nową instytucyę dźwignęło, a w szczególności w słowach serdecznych uwydatnił tyle pożyteczną i zasłużoną działalność prof. Jakubowskiego na polu opieki nad choremi dziećmi.

Istnienie »Kolonii leczniczej« w Rabce nie jest obce czytelnikom »Przeglądu lekarskiego«: w corocznych uwagach naszych o „Sprawozdaniach opieki szpitalnej w Krakowie“ uwydatnialiśmy zawsze stopniowy rozwój „Kolonii“, która właściwie istnieje już 17 lat. Nowy budynek stanął na placu odosobnionym, otoczony polami i znajduje się w niewielkiem oddaleniu od lasu; wielkie okna, wysokie izby, oszalowanie ścian na zewnątrz i wewnątrz, styl zakopański w całości i w szczegółach, zdrowa i smaczna woda czynią ten nowy zakład nietylko najgruntowniej obmyślanym i odpowiednim celowi, lecz bez przesady pięknym: piękność architektoniczna harmonizuje tu najzupełniej z pięknem duchowem, które to dzieło zbożne natchnęło i dźwignęło. W pierwszym sezonie leczyć się będzie w „Kolonii“ dzieci skrofulicznych 60, w drugim — 75.

* Lekarze krakowscy, którzy brali udział w akcie poświęcenia nowego budynku »Kolonii leczniczej« w Rabce, zwiedzili tamtejszy zakład zdrojowy, oprowadzeni przez właściciela Dr. Kadena. Żadne inne zdrojowisko nie jest w stanie wykazać się tak szybkim, a zarazem umiejętnie pomyślanym rozwojem, jak to się stało w Rabce: dawny zakład zabudowany niegdyś koszarowo w czworobok z punktem ciężkości ku rzece Słonce, znikł: wszystkie nowe, najlepsze i wytwornie urządzone domy znajdują się obecnie na najwynioślejszem wzniesieniu rabczańskiej pochyłości (540 m. nad pow. morza), przez co posiadają najlepsze powietrze, rozległy widok i obfite światło. Obszerne wzgórze poza zakładem, mierzące 50 morgów, dawniej będące w uprawie rolnej i często nawożone podczas nieskończonego jeszcze sezonu, zostało nabyte przez obecnego właściciela, zalesione i stanowi dziś uroczy park spacerowy. Zarząd zaprowadził maszynę dynamo-elektryczną i przy pomocy tego motoru napełnia wodą mineralną 4 zbiorniki, które są ze swej strony połączone z budynkiem kąpielowym. Do najcenniejszych zarządzeń należą: zaprowadzenie w zakładzie rabczańskim wodociągu, domu izolacyjnego, pogłębienie studzien, a tem samem zwiększenie wydajności zdrojów, pomnożenie liczby zbiorników na wodę mineralną, wybudowanie nowych łazienek, zbudowanie łazienek dla kąpieli borowinowych i zabiegów wodoleczniczych, pomnożenie liczby domów o mieszkaniach wybornie urządzonych, skanalizowanie obszaru zakładowego, wybudowanie hali dla gimnastyki leczniczej, zaprowadzenie oświetlenia elektrycznego, zakupienie przyrządu Sheringa dla odkażania mieszkań formaliną i t. d. Pobieżne to wyliczenie ważniejszych zmian w rozwoju zdrojowiska rabczańskiego, jakie wpadły w oko przy jego zwiedzaniu, niech świadczy o chwalebnych usiłowaniach zarządu do postawienia Rabki w rzędzie zdrojowisk najlepiej ze względu na cel urządzonych.

* Walne Zgromadzenie delegatów Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się w niedzielę dnia 26 czerwca 1904 r. o godzinie 12 w południe, w lokalu Towarzystwa (ul. Dominikańska, 11).

* Posiedzenie pełnej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbędzie się dnia 25 czerwca 1904 r. o godzinie 5-tej w lokalu Izby (ul. Św. Krzyża, 7). Na porządku dziennym: 1) Sprawozdanie przewodniczącego z czynności administracyjnych (a) stosunek Rady honorowej do władz politycznych; b) zmiana § 43 *lit. e*; c) praktyka wędrowna; d) sprawa t. zw. »specyfików«; e) memoryał o działalności Izb w ubiegłem dziesięcioleciu; f) lekarze więzienni; g) świadectwa lekarskie dla wojskowych). 2) Sprawozdanie z czynności Rady honorowej. 3) Sprawozdanie Komisyi kontrolującej. 4) Sprawozdanie dotyczące taryfy lekarskiej i ewidencyi. 5) Wnioski Wydziału (a) w sprawie funduszu zapomogowego przy wiedeńskim Związku towarzystw lekarskich; b) w sprawie lokalu Izby w domu Tow. lek krak.; c) w sprawie krajowej Kasy chorych lekarzy; d) w sprawie lekarzy kolejowych; e) w sprawie Zjazdu w Wiedniu). 6) Wybór delegata na wiec Izb w Salcburgu.

* Dnia 25 z. mies. nastąpiło pochowanie zwłok ś. p. Leona Nenckiego na kalwińskim cmentarzu w Warszawie. Nad grobem przemówił Dr. Nussbaum i prof. Bogucki.

* W Nr. 12 „Głosu lekarzy“ znajdujemy „Odezwę“ wydziału Towarzystwa samopomocy lekarzy, wzywającą ogół członków tego stowarzyszenia do utworzenia funduszu pensyjnego dla lekarzy, wdów i sierót po lekarzach. Dla dopięcia tego celu wydział przedstawia członkom Tow. samopomocy projekt nabywania za gotówkę od wydziału Towarzystwa w Krakowie, względnie od zarządu Reprezentacyi lwowskiej znaczków stemplowych po 4 halerze za znaczek, które lekarz przylepia na receptach i na tej drodze odbiera od pacyentów kwotę wypłaconą za znaczki, która zostaje bezzwłocznie przelana do funduszu pensyjnego. »Byłoby ideałem naszym (słowa odezwy), ażeby żadna recepta nie dostawała się do apteki bez znaczka. W tym celu winni lekarze żądać od każdego pacyenta, obok honoraryum, należytości za znaczek w kwocie 4 halerzy.« W dalszym ciągu zwraca wydział Tow. samopomocy uwagę na tych chorych, od których lekarz dla pewnych powodów nie chce przyjąć honoraryum; od takiego chorego możnaby zażądać, »aby przynajmniej pewną ilość znaczków zapłacił«. Przedewszystkiem zaś (słowa odezwy) »powinne być stemplowane recepty, wydawane chorym, żądającym porady bezpłatnie.« Wydział oblicza, że gdyby wszyscy lekarze w Galicyi przyjęli ten projekt i gdyby każdy tylko trzy recepty ostemplował dziennie, to suma zebrana wynosiłaby 156 koron dziennie. Znaczki stemplowe można zamówić za gotówkę u członka wydziału Dr. Kazimierza Flisa za pomocą przekazu pocztowego, przesyłając równocześnie pieniądze na taką liczbę znaczków, ile się żąda.

* Grono kolegów, przyjaciół i czcicieli ś. p. prof. R. Trzebickyego, z prymaryuszem Dr. Bogdanikiem na czele, postanowiło uczcić pamięć przedwcześnie zgasłego kolegi i w przybytku, w którym niestety tak krótko, ale tak pożytecznie pracował, t. j. w pawilonie chirurgicznym krakowskiego szpitala św. Łazarza, zawiesić jego portret. Inicyatorowie tej myśli upraszają przyjaciół ś. p. prof. Trzebickyego, ażeby się przyczynili datkiem do ziszczenia tego pięknego pomysłu.

* Między 31 maja a 6 czerwca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim (2 gm.), drohobyckim (1 gm.), gródeckim (1 gm.), jaworowskim (3 gm.), kamioneckim (1 gm.), lwowskim (1 gm.), mościskim

(4 gm.), niskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), rawskim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), starosamborskim (1 gm.), stryjskim (2 gm.), tłumackim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), turczańskim (1 gm.), zaleszczyckim (2 gm.), złoczowskim (2 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Jeden przypadek ospy zaszedł w mieście Lwowie.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Weber, lekarz szpitalny, otrzymał tytuł profesorski w Berlinie. Prof. nadzw. warsz uniwersytetu, dr. Brusianin, mian. prof. zwyczajnym. Dr. Rupp otrzymał tytuł profesora w Marburgu.

Nekrologia. Dr. Teodor Liese, b. lekarz kolei nadwiślańskiej, zmarł w Warszawie. Józef Długoborski zmarł w Kijowie, licząc lat 56. Dr. Wacław Dobkiewicz, lekarz praktyczny zmarł w Kijowie w 32 r. życia. Dr. Konstanty Seweryn zmarł w Warszawie. Dr. Adam Zarzecki zmarł w Moskwie.

Bibliografia:

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 6. Biegański: Gruźlica u żydów. Lande: Przyczynek do nauki o obrzękach pochodzenia nerwowego. Putermann: Kilka słów w sprawie aglutynacyi. Nowy odczynnik: »typhus diagnosticum« (dok.). Rzętkowski: O odporności w stanach zakaźnych (dok.). Sterling: O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu (c. d.).

— *Przegląd dentystyczny* Z. 4. Seńkowski: Własności i stan chemiczny substancyi zębów. Klinkovsteyn: Sposób ułatwiający nadanie właściwego konturu plombom porcelanowym.

— *Głos lekarzy* Nr 12 zawiera: Po roku pracy. — Odezwa Towarz. samopomocy lekarzy. — Położenie materyalne i stanowisko społeczne lekarzy w Galicyi. — Położenie materyalne lekarzy praktyków na prowincyi (c. d.). — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych (c. d.). — Taryfa lekarska (c. d.). — W sprawie szpitala św. Zofii. — W sprawie duru plamistego

— *Krytyka lekarska* Nr. 6. Bujak: Wielka fundacya szpitalna z pierwszej połowy XVII wieku. Hewelke: W kwestyi t. zw. »uświadomienia«. Polikier: Pia desideria — garść luźnych uwag i aforyzmów o potrzebie reformy medycyny. Bieliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 23. Jankowski: Przyczynek do leczenia operacyjnego przedziurawień jelita w przebiegu duru brzusznego (dok.). Sterling: O porażeniu astenicznem (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 23. Śp. Leon Nencki (wspomnienie pośmiertne). Pruszyński: O wpływie adrenaliny na układ krwionośny (c. d.). Janczurowicz: Przypadek pleśnicy żołądka, wywołany przez nieopisywanego dotychczas pasorzyta, oraz ogólny pogląd na obecność pleśni w żołądku i na ich znaczenie kliniczne (dok.).

— *Nowiny lekarskie* Z. 6. Majewski: O gruźlicy oka. Gerzabek: O znaczeniu pozycyi Walcherowskiej w położnictwie (c. d.).

— *Zdrowie* Z. 6. Serkowski: Nowe prądy w zakresie higieny mleka. Dominikiewicz: O rozprzestrzenianiu zarazy przez nabiał. Stojanowski: Wpływ rasy i paszy na jakość i ilość mleka u krów. Kwaśniewski: Stan obór w Łodzi i okolicy. Reutt: Higieniczne znaczenie emalii naczyń. Flaczyński: O higienicznej wartości laku.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 23. Scherer: Aetiologie Bednárových apht. Zahradnický: Zpráva o 604 kýlách v nemocnici německobrodské operovaných (c. d.). Krlin: Příspěvek k odstranění technických obtíži při subkutanních paraffinových prothésách (c. d.). Janatka: Išl jako lázeňské místo pro nemoci dýchadel

— *La Presse médicale* Nr. 44. Hallnin: Mięsienie serca Bayeux: Podwiązka elastyczna pięści dla badań sfigmomanometrycznych tętnicy promieniowej.

— Nr. 45. Sabouraud: Choroby skórne na tle łojotokowem. Zimmern: Fizyologia prądu elektrycznego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 23. König: Chirurgia przed 50 laty a dzisiejsza. Maragliano: Leczenie swoiste i wstrzykiwania ochronne przeciw gruźlicy. Barjansky: Maretyn i jego działanie przeciwgorączkowe. Heller: Zapalenie żył na tle rzeżączkowem. Glücksmann: Cele postępy i znaczenie ezofagoskopii. Rosenfeld: Proces tłuszczenia (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 23. Helly: Doświadczalne badanie białych ciałek krwi i komórek wypocinowych. Hamburger i Sperk: Biologiczne badanie wchłaniania białka w jelitach. Heyrovsky: Prątek grypy jako czynnik zapalenia woreczka żółciowego. Salom: Leczenie gorącem powietrzem niektórych chorób płciowych.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 23. Wesener: Rozpoznanie i zapobieganie durowi brzusznemu. Baermann i Linser: Działanie miejscowe i ogólne promieni Röntgena. Müller: Leczenie chorób skórnych promieniami Röntgena. Vörner: Uczynienie trwałym roztworu octanu glinowego. Strzyżowski: Czy nasze odtrutki na arsen są zawsze wolne od arsenu? Abderhalten i Bergell: O epinefrynie. Wertheimber: O działaniu rozpoznawczem i leczniczem nakłucia lędźwiowego w zapaleniu opon mózgowych. Schott: Psychiatryczne zadania lekarza praktycznego. Hartung: Przypadek wyleczonej przetoki moczowodu. Reissner: Ułatwienie przy stosowaniu sfigmografu Jaqueta. Funke: Nowa szyna podudzia. Jesionek: Leczenie naświetlaniem metodą prof. Tappeinera (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 24. Scagliosi: Odosobniona gruźlica osierdzia. Gaudiani: Przebicie do tchawicy zropiałego chłonnego gruczołu gruźliczego. Mackenzie: Przypadek zaburzenia w przewodnictwie podniety mięśnia sercowego. Studziński: Przyczynek do nauki działania w cukrzycy „essentia antimellini composita“. Piątkowski: O nowej własności prątków gruźliczych i innych nieodbarwiających kwasów. Nicolaysen: Spostrzeżenia nad nagminną żółtaczką nieżytową. Bouma: Kliniczna metoda ilościowego oznaczania barwika żółciowego w moczu. Beck: Procesy kostnienia żył w świetle Röntgena. Róna: Leczenie ran przepony. Toff: Styptol in ginekologii. Pfister: Dwa osobliwe przypadki wrodzonego zniekształtnienia.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 23 (od 5/VI do 11/VI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 35, dz. 18; nieżywo: chł. 2, dz. . — **Zmarło:** miejscowych: męż. 9, kob. 16; zamiejscowych: męż. 17, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 16, ob. 7. 3) zapalenie płuc: miej. 7, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —. ob. —. 7) płonica: miej —. ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —. ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 5, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 6, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 4, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. — 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 42, obcych 24.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr. **Jekels**, właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.

Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski**, docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).

Dr. **Witczak**, kierownik i właściciel Zakładu.

Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).

Dr. **Zanietowski Józef**, jun., lekarz zakł.

Kosów

lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski**, kierownik i właściciel.

Krynica.

Dr. **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens**, („pod Jeleniem“).
Dr. **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Kopff Leon**, lekarz c. k. Zakładu zdrojowego.
Dr. **Lewicki Stanisław**, asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.**, („pod Orłem“).

Maryówka pod Lwowem.

Dr. **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Ojców.

Dr. **Niedzielski St.**, dyrektor zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Daniłowski Br.**, asystent dyrektora.

Rabka.

Dr. **Lang**, lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr. **Gorski Ksawery**, lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Hammerschlag Rudolf**, (dom „pod Attylą“).
Dr. **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego dolnego i pensyonatu.

Truskawiec.

Dr. **Krzyżanowski E.**, radca ces., lekarz zakł.
Dr. **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł

Zakopane.

Dr. **Majewicz Edmund**, Przecznica.

Żegiestów.

Dr. **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr. **Kümmerling**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr. **Feuerstein Leon**, („Hotel Continental“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr. **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakł.
Dr. **Wobr**, lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Franzensbad.

Dr. **Steinsberg**, („Goldener Brunnen“).
Dr. **Zeitner Józef**, (dom „Stadt Paris“).

Gleichenberg.

Dr. **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger“ IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.

(Kąpiele morskie i piaskowe.)
Dr. **Oransz M.**, (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.

Dr. **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr. **Kaufmann Oskar**, (Sprudelstrasse, „Pascha“).
Dr. **Kołaczkowski**, („Stadt Athen“).
Dr. **Kostecki**, (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz**, (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau“).
Dr. **Kropf Leon**, (Theatergasse, „Minerva“).
Dr. **Maleszewski Wł.**, (Alte Wiese, „Drei Staffeln“).

Kissingen.

Dr. **Chłapowski Franciszek**, radca sanitarny.
Dr. **Maciejewski J.**, (Villa „Elsa“).

Kołobrzeg.

Dr. **Weissenberg Józef**, (zimą *Nervi*).

Marienbad.

Dr. **Dobija Fr.**, (Kaiserstrasse, „Weisser Schwan“).
Dr. **Harajewicz Wład.**, (Villa „Wahnfried“).
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).
Dr. **Schermant J.**, (Villa „Apollo“).

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)

Dr. **Binder**, kier. i właściciel sanatoryum „Stefania“.

Nauheim.

Dr. **Jankowski Fr.**

192

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ“
PIOTRA MIKOLASCHA we LWOWIE

wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy

i

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności **zupełnie identyczny z Siroliną** firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie.

O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2·00 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca:

ustalonej sławy

WINA LECZNICZE

przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy.

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajowych i zagranicznych.

JAWORZE koło Bielska na Śląsku.

Zakład leczniczy, położony na wysokości 380 metrów w bezpośredniem sąsiedztwie pasma Beskidów, ponad 1000 metrów wysokiego Zakład wodoleczniczy i elektryczny, nowo urządzone kąpiele borowinowe. Sanatoryum zimowe, piękny park, nadający się do kuracyj terenowych i klimatoterapii. Restauracya we własnym zarządzie, wygodne mieszkania po nizkich cenach. Stacya kolei, poczta, telegraf, apteka na miejscu. **Kierownictwo lekarskie objął dr. Zanietowski,** b. asystent uniw. i b. lekarz w „Therapia-Palace“ i kierownik Zakł. leczniczych. Informacyi udziela administracya.

301 **CARL FORNER.**

Sapomenthol

nagrodzony dyplomem honorowym i złotym medalem na wystawach międzynarodowych w Paryżu i Londynie 1901, Marsylii 1902.

(Maść Sapomentholowa)

nacieranie ból uśmierzające wyrobu **Eugeniusza Matuli**, aptekarza w **Radomyślu** koło Tarnowa



Maść ta z najlepszym skutkiem używana w cierpieniach reumatycznych, gośćcowych, nerwobólach itp. poleca się jako środek zewnętrzny, szybko działający! 81

Sposób użycia: miejsce zbolałe, naciera się 2—3 razy dnia, poczem je owija watą lub flanelą.

Expedyowaną bywa, tylko w słoikach oryginalnych po cenie 1 kor. 40 i większych po 5 koron.

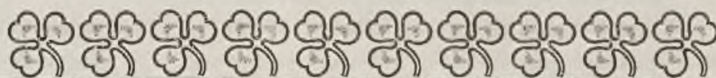
Broszury i próbki dla WPP. Lekarzy na żądanie franko, przesyła **apteka Eugeniusza Matuli Radomyśl koło Tarnowa.**

Składy we wszystkich aptekach.

Prof. Dr. L. Korczyński

ordynuje, jak dawniej od 1 czerwca 189

w Szczawnicy.



GINEKOLOGIA

pismo poświęcone chorobom kobiecym i położnictwu

wychodzi w Warszawie co miesiąc w zeszytach objętości 4 arkuszy druku.

Przedpłata roczna: Rb. 6, Marek 12, Koron 15.

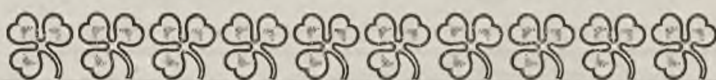
Redaktor:

Dr. Czesław Stankiewicz.

Adres Redakcyi:

Złota 3, w Warszawie. 162

Zeszyt okazowy na żądanie.



SANATORYUM D^RA^ RÖMPLERA

116 **DLA CHORYCH PIERSIOWYCH**

GÖBERSDORF NA ŚLĄZKU (550 m).

DYREKTOR: DR. JOEL. ❖ PIERWSZORZĘDNY ZAKŁAD W PRZEPYSZNEM POŁOŻENIU. ❖ WIELKIE LEŻALNIE, DEPTAKI, OŚWIETLENIE ELEKTR., WINDA DLA CHORYCH.

ILLUSTROWANY PROSPEKT.

Serravallo's

Wino chinowe z żelazem.

Przez powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrewnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie

przez dzieci i kobiety.

Odznaczone kilkakrotnie. — **Przeszło 2500 orzeczeń lekarskich.** — Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki. 115

J. Serravallo ∗ Triest-Barcola.

Dr. Michał Śliwiński 168

ordynuje jak dawniej **w KARLSBADZIE, Mühlbrunnstrasse, „König v. Preussen“.**

L. 1572/904.

Konkurs.

Wydział powiatowy w Krakowie ogłasza niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Liszkach dla 23 gmin i 10 obszarów dworskich z płacą stałą 1200 kor. i z ryczałtem na koszta podróży 500 koron.

Kandydaci mają wykazać: 1) prawo obywatelstwa austryackiego; 2) dyplom doktora medycyny; 3) znajomość języków krajowych; 4) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim; 5) dostateczną fizyczną zdatność (przez świadectwo c. k. lekarza powiatowego).

Prawa i obowiązki, z tą posadą połączone, określone są §§ 7 i 8 ustawy z dnia 2 lutego 1891 L. 17 dz. u. kr. i rozporządzeniem wykonawczem Nr. 82 i 83 dz. u. kr. z roku 1891.

Posada obsadzona będzie z dniem 1 września 1904 r. prowizorycznie na rok 1, — potem może nastąpić stabilizacya.

Podania wnosić należy do Wydziału powiatowego w Krakowie najpóźniej 31 lipca 1904.

Kraków dnia 31 maja 1904. 195

Prezes: *J. Skirliński.* Sekretarz: *Stafiej.*

Rok XLIII. Kraków 25 Czerwca 1904. Nr. 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu sądowo-lekarskiego Uniw. Jag.

O zachowaniu się krwi w zwłokach utopionych.

Przez

L. Wachholza i S. Horoszkiewicza.

Sprawa zachowania się krwi w zwłokach osób zmarłych nagle, w szczególności zaś zmarłych wskutek mechanicznego uduszenia oraz utonięcia, posiada nietylko pewne znaczenie rozpoznawcze, lecz także ogólno-naukowe.

Zdania badaczy w sprawie zachowania się krwi u utopionych są podzielone. Walter powiada: „si homo vivus in aquam projicitur et periit in undis, videbimus sanguinem talis hominis post mortem liquidissimum esse, hominis autem interfecti et tunc in aquam praecepitati sanguinem spissum...“ Podczas gdy znaczna większość dawnych badaczy, jak Loder, Kölpin, Klose, Wildberg, Klein i Albert spotykali stale krew płynną w zwłokach zwierząt utopionych, podczas gdy Maschka, Günther, Metzger, Elvert, Schäffer, Casper i t. d. przypisują płynności krwi w zwłokach osób zmarłych wskutek utonięcia cenne rozpoznawcze znaczenie, to inni znowu, jak Henke i Roose uważają objaw ten za zwodniczy, a wreszcie inni, jak Avisard, Mahon, Viborg, Osiander i Orfila twierdzą, że płynna krew mieści się tylko w naczyniach zwłok ludzi utopionych, w sercu zaś ich krew krzepnie z powodu większej ciepłoty. Lafosse spotykał u utopionych skrzepy krwi, toż samo Löffler i Riedel i to tak w sercu, jak i w naczyniach utopionych zwierząt. Dlatego też Siebold, Bock i Niemann przypisują temu objawowi tylko podrzędne znaczenie. Kanzler (1) widział w zwłokach przez siebie utopionych licznych zwierząt tak w sercu, jak i naczyniach, tylko krew płynną i dodaje: „uderza mnie zatem, że inni badacze osiągnęli wręcz przeciwne wyniki“. Te odmienne wyniki tłómaczy Kanzler utopieniem zwierząt w małej ilości wody, wskutek czego zwłoki ich, zwłaszcza w ciepłej porze roku, nie mogły się dostatecznie oziębić. Jego zdaniem wywiera zimna woda rozstrzygający wpływ na zachowanie się krwi u utopionych. I tak Riedel stwierdził w sercu i w naczyniach kota, utopionego „w dość gorącej wodzie“ wyłącznie skrzepy krwi, zaś u kota, utopionego w wodzie lodowo zimnej, wszędzie krew płynną. Jakkolwiek wedle Kanzlera nie można uważać obecności płynnej krwi w zwłokach utopionych za cechę patognomoniczną dla utopienia, gdyż zdarza się ona także i w innych rodzajach śmierci, niemniej jednak stanowi ona ważny pomocniczo-rozpoznawczy czynnik.

Devergie (2) podnosi niezwykłą płynność krwi w zwłokach utopionych i dodaje, że bardzo rzadko spotyka się w ich sercu skrzepy, albowiem Orfila zauważył je tylko w jednym przypadku, Avisard i Devergie każdy w dwóch przypadkach. Tourdes i Metzquer (2) uważają wodopłynną krew za charakterystyczną cechę śmierci wskutek utonięcia, a spotkali ją na 113 przypadków 89 razy; w pozostałych 24 przypadkach były skrzepy wiotkie, ciemno-czerwone, mniej lub więcej łatwo rozpuszczające się, które zdaniem ich mogą być uważane za dowód dłuższego konania. W jednym przypadku, całkiem wyjątkowym wedle nich, tkwiły w sercu skrzepy odbarwione, włóknikowe, sięgające aż do wielkich naczyń. Belohradsky (4) zauważył skrzepy krwi raz w zwłokach samobójcy, który po otruciu się kwasem azotowym rzucił się do wody i utonął. W przypadku Zschokkego, tyczącym się pewnej dziewczyny, która się utopiła nazajutrz po odbytym porodzie, zdaje się w okresie rozpoczynającego się połogowego zapalenia otrzewnej, w dwóch przypadkach Paltaufa (5), z których w jednym zachodziło prócz utonięcia otrucie samobójcze fosforem, w drugim ropne zapalenie otrzewnej, — stwierdzono przy sekcyi obecność skrzepów włóknikowych. Powstanie ich tłómaczy Paltauf stanami chorobowymi, którym utopieni ci ulegli jeszcze przed utonięciem.

Maschka (6), który na 234 przypadków śmierci wskutek gwałtownego uduszenia, widział w 25 z nich skrzepy, podaje, że tylko w 5% przypadków utopienia spostrzegał skrzepy w sercu. Strassmann (7) potwierdza spostrzeżenia Löfflera, Riedla i Taylora i dodaje, że w niezbyt rzadkich przypadkach śmierci z utonięcia spotykał skrzepy w sercu, a nawet skrzepy włóknikowe mimo, że sekcya nie stwierdziła przytem żadnych zboczeń chorobowych, któreby po myśli tłómaczenia Paltaufa dowodziły zwiększonej krzepliwości krwi. W 46 przez nas sekcyonowanych przypadkach śmierci z utonięcia stwierdziliśmy tylko w dwóch (zatem w 4%) przypadkach obecność wiotkich ciemnych skrzepów krwi w sercu.

Brouardel i Vibert (8) oraz Bougier (9) podnoszą wielką płynność krwi utopionych, porównywując ją z płynnością wody, przyczem zaznaczają, że zwłaszcza krew w wątrobie wydaje się być jakby rozcieńczona zapomocą wody. Na niezwykłą płynność krwi wątroby zwraca także uwagę Hough (10). Brouardel i Loye (11) potwierdzają jednak później na podstawie swych doświadczeń spostrzeżenia Faura, że krew u utopionych krzepnie i tworzy czarne obfite skrzepy. Według ich zdania spotyka się w sercu i wielkich żyłach zwierząt wielkie skrzepy ciemne, jeżeli się wykonuje sekcyę zwłok wkrótce po śmierci wskutek utopienia. Skrzepy te już w kilka godzin po śmierci stają się miększymi i okazują skłonność do rozpłynięcia się.

Jeśli się sekcyę wykonywa po 24 lub więcej godzinach od chwili śmierci, wówczas stwierdza się w sercu i żyłach już tylko krew płynną, mieszczącą drobne czarne szczątki skrzepów pierwotnych.

Tak więc krzepnie krew utopionych, ich zdaniem, w pierwszej chwili po śmierci, a potem dopiero rozpuszczają się powstałe skrzepy. Najpierw rozpuszczają się skrzepy krwi w naczyniach klatki piersiowej i tu znowu pierwej skrzepy prawej komory serca, a potem dopiero lewej, pierwej w żyle głównej piersiowej, niż brzusznej, najpóźniej zaś skrzepy żyły wrotnej. Proces rozpływania się skrzepów, utworzonych w naczyniach i sercu utopionych w pierwszych chwilach po śmierci nazywają „dekoagulacyą“ krwi. U psów, utopionych po poprzedniem przecięciu nerwu błędnego nie następowała dekoagulacya krwi nawet po upływie 3 dni od chwili śmierci; zaś u psów uśpionych chloroformem i następnie utopionych zauważyli zaraz po śmierci większą obfitość skrzepów krwi. Toż samo Bergeron stwierdził obfite skrzepy w sercu zwłok pewnego morfinisty. Brouardel nie podaje wyjaśnienia przyczyn dekoagulacyi, nie sądzi jednak, by rozcieńczenie wodą krwi utopionych było jej powodem, albowiem przekonał się, że nawet wybitnie rozcieńczona wodą krew zwierząt utopionych była skrzepniętą. Przypuszcza wreszcie, że może drobnoustroje, trawiąc włóknik, rozpuszczają skrzepy lub że może n. p. w płucach tworzy się pewna substancya (?), która przenika do krwi i tu rozpuszcza jej skrzepy. Coutagne (12) występuje przeciw twierdzeniom Brouardela i Loye, albowiem spotykał się w przeważającej ilość przypadków, poddanych sekcyi w 6—24 godzin od chwili śmierci, zawsze z krwią płynną i to tak w sercu, jak żyłach, a nawet w żyle wrotnej. Zachowanie się krwi u utopionych zależy jego zdaniem od jej krzepliwości, która jest rozmaitą u różnych zwierząt; krew psów, których używał Brouardel do doświadczeń, jest bardzo łatwo krzepliwą.

Twierdzenie Coutagnea, że krew utopionych nie krzepnie w pierwszych chwilach po śmierci, potwierdza Strassmann (13), przekonawszy się, że krew tak utopionego przezeń psa, jak i królika, była wkrótce po śmierci płynną, a krzepla dopiero w chwili wypuszczenia jej z serca lub żył. L. Wachholz (14) stwierdził na 18 psów i kotów uduszonych w różny sposób (także zapomocą utopienia) u 17 z nich krew płynną w sercu przy sekcyi, podjętej w 10 minut po śmierci Krew płynna tych zwierząt, wypuszczona do naczyń szklannych, krzepła natychmiast. U zwierząt uduszonych, poddanych sekcyi po upływie 24 godzin od chwili śmierci uważał najczęściej obok krwi płynnej także skrzepy. Krew płynna z tych zwierząt zebrana w naczyniach szklannych krzepła dopiero po upływie dłuższego czasu, tworząc tylko bardzo wiotkie i luźne skrzepy. Tak więc doświadczenia L. Wachholza dały wyniki, zgodne z wynikami Strassmanna i Coutagnea, a sprzeczne z wynikami badań Brouardela i Loyego. Ostatnim badaczem zachowania się krwi utopionych i mechanicznie uduszonych był Sarda (15). Potwierdza on na podstawie swych doświadczeń twierdzenie Brouardela. Krew tak u utopionych (nagle lub powoli), jak i uduszonych, krzepnie jego zdaniem zaraz po śmierci, a krzepnięcie jej stanowi regułę. Skrzepy te, jako utworzone po śmierci, są wiotkie, miękkie i czarne. Rozpuszczają się one z czasem (6—10 dnia od chwili śmierci) wskutek dekoagulacyi, wywołanej przez gnicie. (Dok. nast.)

II. Omówienie przypadku niewątpliwego dziedziczenia kurczowej naczynioruchowej nerwicy wraz z uwagami o t. zw. hartowaniu dzieci.

Podał

Dr. med. i fil. Piotr Pręgowski.

(Dokończenie.)

Tak postawiona kwestya dziedziczenia cech nabytych może być rozstrzygana tylko na podstawie szczegółowego rozbioru poszczególnych konkretnych faktów. — Nie wdając się też w dalsze rozstrząsania teoretyczne nad zagadnieniem dziedziczności, — przejdźmy do przypadku konkretnego, który nas zajmuje.

U dziecka 7-miesięcznego została stwierdzoną kurczowa nerwica naczynioruchowa, t. j. zaburzenie w zakresie n. spółczulnego, polegające na występowaniu przy lada przyczynie skurczów, przedewszystkiem w naczyniach krwionośnych powłok skórnych. Dodać mogę, że to zaburzenie zauważyłem u tego dziecka już wcześniej, a mianowicie po raz pierwszy, gdy miało $3^1/_2$ miesiąca. Przed tym czasem nie zwracałem uwagi w tym kierunku. Ta sama nerwica zachodzi także u obojga rodziców dziecka. W myśl przytoczonych powyżej wywodów teoretycznych należy przedewszystkiem stwierdzić, że idzie tu nie o jakieś usposobienie do schorzenia, lecz o schorzenie samo. Wspomniana nieprawidłowa czynność układu naczyniowego jest bowiem już sama przez się schorzeniem wybitnem, które niewątpliwie posiadać musi swój równoważnik w zmianach budowy anatomicznej czy chemicznej odpowiednich ośrodków n. spółczulnego, na schorzeniu których polegać zdają się omawiane zaburzenia.

Inną już jest rzeczą, że to schorzenie może być i zawsze też bywa punktem wyjścia dla innych zaburzeń. Według mego, bliżej przedstawionego na innem miejscu [14]) przekonania, ostatecznem następstwem i zejściem tego schorzenia jest choroba umysłowa, zwana przez Kraepelina „ogłupieniem wczesnem“ *(dementia praecox)*. Otóż mógłby ktoś powiedzieć, że mamy tu do czynienia z usposobieniem do powstawania tej psychozy. Na taki pogląd, jeżeli ma tu miejsce jasne zdawanie sobie sprawy ze znaczenia wyrazu „usposobienie“, mógłbym się zgodzić. Mielibyśmy tu przeto u tego dziecka jak niemniej u jego rodziców, do czynienia ze schorzeniem (naczynioruchowem), tudzież z usposobieniem do innego schorzenia (umysłowego).

Paroletnie badania nad będącą w mowie nerwicą doprowadziły [15]) mnie do przekonania, że czynnikami etyologicznymi, wywołującymi daną nerwicę, są przedewszystkiem: nadmierna czynność umysłowa, przepracowanie się, wstrząśnienia uczuciowe przy niedostatecznym wypoczynku, przy krótkim śnie, słabem odżywianiu i t. d.; a przedewszytkiem przy wieloletniem, stałem, obfitem używaniu pożywek kofeinowych.

[14]) „Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie etc.“ Bd. 60. „Zur psychiatrischen Therapie.“ „Przegląd lekarski“, 1903. Nr. 12—15.

[15]) *Ibidem.*

Dodać nadto należy, że wspomniane czynniki mogą doprowadzić do omawianego schorzenia tylko po działaniu, trwającem kilka lub kikanaście lat, a nawet ciągnącem się w kilku pokoleniach.

Tę samą mniej więcej etyologię dla tego schorzenia podają wszyscy, którzy je poznali bądź z tej, bądź z innej strony, a więc tak ci, którzy upatrują istotę tego schorzenia w objawach ze strony narządu umysłowego i nazywają je ciężką neurastenią, zwykłą lub okresową albo obłąkaniem okresowem słabszej postaci [16]), jak niemniej i ci, którzy widzą u chorych tych tylko objawy naczynioruchowe, a nie są świadomi ich związku z ogółem objawów [17]).

Jeżeli zauważymy, że matka danego dziecięcia żyła w czasie ciąży jaknajhigieniczniej według wskazówek, jeszcze dawniej jej udzielonych, pożywek kofeinowych nie piła, wysypiała się dostatecznie, nie doświadczała przejść wstrząsających i t. d., a przytem nie wiedziała o istocie swego schorzenia, jeżeli dalej zauważymy, że dziecię od przyjścia na świat było karmione sztucznie i pielęgnowane nie gorzej, niż ogół noworodków, — dodać trzeba, że „hartowane“ zabiegami wodoleczniczymi (z zimną wodą) nie było, — okaże się, że nie może być mowy o tem, aby to schorzenie dziecka powstało pod wpływem czynników szkodliwych, działających na zupełnie prawidłowe pierwotnie komórki zarodkowe, lub dalej już rozwinięty ustrój dziecka podczas jego życia wewnątrzmacicznego, lub w jego życiu pozamacicznem. A w takim razie pozostaje tylko przyjąć, że komórki zarodkowe, z których powstał ten osobnik, były już w pewnym kierunku zmienione, t. j. zostały w takiej zmienionej postaci stworzone przez narządy rodzicielskie, zawdzięczają więc swoją budowę osobnikom, które je wytworzyły. Wobec zaś faktu, że oboje rodzice mają to samo schorzenie, co i dziecko, staje się niemal pewnem, że posiadanie przez rodziców opisanego schorzenia było przyczyną tak zmienionej budowy komórek zarodkowych, a więc że mamy tutaj do czynienia z przeniesieniem własności, pewnych zmian z rodziców na dziecko Nikt bowiem nie zechce zapewne uważać za prawdopodobne możliwego przypuszczenia, że chociać rodzice sami ulegają danej zmianie, chociaż wytworzyli zmienione w tym samym kierunku komórki zarodkowe, przecież mimo to związku przyczynowege między obu faktami niema, lecz że komórki zarodkowe posiadają tę zmianę zupełnie niezależnie od zmian rodziców, a współistnienie zmian w komórkach zarodkowych i w komórkach rodziców jest przypadkowe tak, że n. p. taksamo zmienione komórki zarodkowe mogłyby być stworzone i przez osobniki, nieposiadające omawianego schorzenia.

Przeniesienie kurczowej naczynioruchowej nerwicy obojga opisanych rodziców na ich dziecko okazuje się niewątpliwem. Jeżeli zważymy, że nerwica ta nie jest właściwością ustrojową prawidłowego organizmu ludzkiego, lecz jest zmianą chorobową nabytą, mniejsza w którem nabytą pokoleniu, okaże się, że mamy tu do czynienia z niewątpliwym faktem odziedziczenia nabytej zmiany patologicznej. O ile fakt taki z dziedziny patologii obala lub nie teoryę dziedziczności Weismanna, to już zależy od tego, czy słuszną lub nie — jest wspomniana uwaga Binswangera i Sommera, że ze stwierdzeń przenoszenia nabytych cech patologicznych nie można wnosić o sprawie przenoszenia cech, nabytych w prawidłowym rozwoju ustroju.

Wyżej opisany przypadek ma pewne znaczenie nietylko ze względu na teoretyczną kwestyę dziedziczenia. Jeszcze więcej zasługuje on na uwagę neurologa i psychiatry, nb. obeznanego z omawianą nerwicą, okazuje bowiem w sposób namacalny, na jakiej to drodze i w jaki to sposób odbywa się często przenoszenie schorzeń, wchodzących w zakres badań psychiatrów. Nieokreślonym pojęciom „usposobienie“ „predyspozycya“ i t. p. do choroby umysłowej — daje istotny i ścisły podkład: dzieci rodziców, posiadających nieprawidłowy układ naczynioruchowy, posiadać mogą takiż sam nieprawidłowy układ naczynioruchowy, a że ten w pewnych przypadkach jest źródłem zaburzeń umysłowych, stąd też tak u rodziców, jak i u ich dzieci, zaburzenia te powstawać mogą. Nie chcę oczywiście przez to twierdzić, jakoby same już te nieprawidłowości w dziedzinie umysłowej rodziców nie pozostawiały następstw w konstrukcyi umysłowej dzieci. Owszem sądzę, że t. zw. charaktery zwyrodniałe należy przedewszystkiem uważać jako bezpośrednie następstwo zmian, czy to nabytych, czy również odziedziczonych w dziedzinie umysłowej rodziców. — Interesującem było by śledzić dalsze losy omawianego dziecka: atoli tylko w tym razie to doprowadziłoby mogło do jakichś danych odnośnie do zejścia omawianego schorzenia dziecka, gdyby rodzice tego dziecka nie zechcieli się stosować do udzielonych wskazówek, jak mają je prowadzić.

Pragnę tu jeszcze zwrócić uwagę na sposób pielęgnacyi i obchodzenia się z dziećmi, obciążonemi zaburzeniem układu naczynioruchowego, a przedewszystkiem na sprawę t. zw. „hartowania dzieci.“

W ostatnich latach zauważono [18]), że zabiegi wodolecznicze wodą zimną, stosowane w celu t. zw. hartowania dzieci, często nietylko nie czynią dzieci odporniejszemi wobec schorzeń, ale przeciwnie nawet wprost szkodzą zdrowiu tych dzieci. Hecker w wspomnianej pracy wylicza szereg przypadków, w których dzieci z wybitną niedokrewnością, nieżytami oskrzeli, niedomogami przewodu pokarmowego, tudzież zaburzeniami nerwowemi miały być zupełnie wyleczone dzięki samemu tylko zaniechaniu tych „hartujących“ zabiegów.

W szczegółowych spostrzeżeniach autora, trwających szereg lat, okazać się miało w odniesieniu do stanu nerwowego, że z pośród 15-tu hartowanych przez dłuższy czas dzieci (powyżej 2 lat) 7, więc blizko 50%, stało się szczególniej nerwowemi, drażliwemi, podczas gdy z pośród nie hartowanych żadne nie zdradzało zbytniej żywości ani nieprawidłowej drażliwości. Owo nieumiejętne hartowanie, — wykazuje autor, — może prowadzić do ciężkich zaburzeń, przedewszystkiem [19]) „do schorzenia całego układu nerwowego, a mianowicie do ogólnej nerwowości, neurastenii, utraty

[16]) Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. III Aufl. 1902. Pag. 953.

[17]) Hertz: Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates. (Über vasomotorische Ataxie). 1902. Berlin. Pag. 10—20. Ref. »Przegl. lek.« Nr. 23. 1904.

[18]) Hecker: „Die s. g. Abhärtung der Kinder“. „Münch. medizin. Woch.“ 1902 Nr. 46. Odczyt, miany na posiedzeniu sekcyi pedyatrycznej 74-go Zjazdu przyrodników i lekarzy niemieckich w Karlsbadzie.

[19]) *Ibidem.* Pag. 1912.

łaknienia, niespokojnego snu, lęków nocnych, drażliwości psychicznej z niepokojem i stanami podniecenia, zmian charakteru, grymaśności, porywczości, zamkniętego usposobienia i t. d.“

Sprawy, na jakiej drodze procedury z zimną wodą działać mogą ujemnie, autor tylko częściowo dotyka, powołując się na twierdzenie Kisskalta, że pod wpływem zimna kurczą się naczynia krwionośne powłok skórnych i to jest punktem wyjścia dla innych zaburzeń.

O ile rzecz się odnosi do dzieci, posiadających w więcej lub mniej typowo wyrażonej postaci — zaburzenie naczynioruchowe, jakie stwierdziliśmy u opisanego dziecka, to u takich dzieci pod wpływem wspomnianych procederów z zahartowaniem następuje pogorszenie ich schorzenia.

Liczne doświadczenia, poczynione z opisanem tu dzieckiem, jak niemniej szczegółowe moje doświadczenia i spostrzeżenia [20]) nad będącem w mowie schorzeniem, — wykazują, że zimno jest czynnikiem, działającym ujemnie na tych chorych. Ci chorzy oddziaływają na zimno nie rozszerzeniem naczyń skórnych, którego równoważnikiem jest zaczerwienienie, ocieplenie i t. d. skóry, tudzież stan prawidłowy ze strony innych organów — lecz przeciwnie skurczeniem, wraz z objawami, przezeń wywołanymi, tak cielesnymi, jakoteż umysłowymi. Schorzenie bowiem, o które tu idzie, polega na utrudnionym rozkurczu a o nadmiernej skłonności do skurczu naczyń — w pierwszym rzędzie skórnych, — przeto bodźce, wywołujące skurcz naczyń, zwiększają stan chorobowy tych chorych.

W myśl też tych wywodów, w których znajduje wytłómaczenie stwierdzone przez Heckera na drodze czystej empiryi zjawisko ujemnego często działania t. zw. zabiegów hartujących, należy, jako kryteryum dla ocenienia odpowiedniości zabiegów wodnych, postawić następujące twierdzenie: zabieg wodoleczniczy jest szkodliwy, jeżeli wywołuje zblednięcie skóry, jej ochłodzenie i t. p.; — przy zaciśnięciu naczyń skórnych stwierdzamy objawy tak w dziedzinie somatycznej, jak i umysłowej. Zabieg wodoleczniczy jest zaś skutecznym, gdy powoduje zaczerwienienie skóry, jej ogrzanie i t. p., t. j. objawy rozszerzenia lub prawidłowego stanu naczyń skórnych.

III. Wyciągi.

Curschmann. **O niezwykłych właściwościach przebiegu i nagłych zgonach w durze brzusznym.** *(Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 17, 1904). Pod ten szereg podporządkować należy w pierwszym rzędzie dur nieobłożny (typhus ambulatorius), postać duru brzusznego, w przebiegu której osoby nią dotknięte nie robią bynajmniej wrażenia ciężko chorych, lecz nawet czasami oddają się swym zawodom. Ciepłota ciała jest nieznacznie podwyższona lub prawidłowa pomimo niejakiego uczucia ogólnego „rozłamania“ i niedomogi, dla których to lekkich objawów chorzy nie poszukują nawet pomocy lekarza i dopiero skutkiem jakiegoś szczególnego zbiegu okoliczności można wnioskować o minionej chorobie. Rozwój takich przypadków zależy oczywiście od sposobu, a raczej jakości i siły zakażenia, od osobistej odporności na prątki, jady i t. p. Przeglądowo i w całości można odróżnić dwie postacie wzmiankowanego duru nieobłożnego: a) o bardzo krótkim przebiegu i b) o typowym lub też daleko dłuższym przebiegu. W pierwszym przypadku zachodzi czasem zupełny brak gorączki, lub też małe wzniesienia, spowodowane wzruszeniami umysłowemi lub fizycznemi; nie rzadko pojawiają się dreszczyki, które, — jeśli przypadkowo padają mniej więcej na tę samą porę dnia, — mylnie odnieść można do zimnicy. Nawet obrzęk śledziony może w takich okolicznościach jeszcze bardziej utwierdzić w mylnem rozpoznaniu; w przypadkach zaś, gdzie przeważają objawy nieżytowe przewodu oddechowego lub pokarmowego rozpoznaje się błędnie grypę, względnie ostry lub podostry nieżyt żołądkowo-jelitowy. W każdym razie rozpoznanie w podobnych przypadkach bywa bardzo trudne, pomimo że w ostatnich czasach liczba środków rozpoznawczych znacznie wzrosła (badanie krwi, aglutynacya, hodowle prątków z krwi, z osutki, zachowanie się białych ciałek krwi). Przeważna liczba nagłych zgonów pojawia się wskutek krwotoków jelitowych, zapaleń otrzewnej i następowego przedziurawienia kiszek i to częściej w przypadkach duru nieobłożnego, aniżeli w ciężkich, w których chorzy są pielęgnowani od samego początku z wielką starannością, już dla tej jednej przyczyny, że w takim razie baczniejszą zwraca się uwagę na tę ewentualność. Przytem zaznaczyć należy, że tak zabójcze krwotoki jelitowe, jak i przedziurawienie kiszek całkiem nagle wystąpić może, zupełnie bez poprzednich objawów zwiastunowych; dlatego też ostrożny dyagnostyk winien myśleć także o durze nieobłożnym w przypadkach miejscowego lub ogólnego zapalenia otrzewnej, którego etyologia jest niejasna. Niezwykłym przebiegiem, najczęściej nagłem zejściem śmiertelnem odznaczają się jeszcze dwie postacie duru brzusznego: krótkotrwająca, złośliwa, tak zw. postać błyskawiczna i postać krwotoczna, które bardzo rzadko mogą być rozpoznane za życia chorego, ale za to najczęściej przy badaniu pośmiertnem. Pierwsza postać, złośliwa, przebiega bardzo szybko, prowadząc już w pierwszym tygodniu do śmierci: po jednym lub kilkakrotnych dreszczach osięga już gorączka swój szczyt w 24—36 godzinach z nieznacznymi spadkami porannymi; po nadmiernem nagłem wzniesieniu ciepłoty następuje raptem śmierć, przyczem 41° lub więcej nie są rzadkimi objawami. Z innych objawów stwierdzić można znaczne osłabienie serca, majaczenie (już w pierwszym dniu), nieprzytomność, oddech charczący; chorzy leżą z obwisłą szczęką dolną i otwartemi ustami, w których widać język suchy, bruzdami poorany; śledziona silnie obrzękła, a wreszcie wybitna i wczesna bębnica. Wysypki brak. Druga postać, tak zw. krwotoczna, rzadziej się pojawiająca, odznacza się, — jak sama nazwa wskazuje, — wybroczynami podskórnemi i krwawieniami z rozmaitych narządów wewnętrznych, prowadzącemi w krótkim czasie do zejścia śmiertelnego. Tak istota tych objawów, jak i czynniki do tego usposabiające (alkohol), są do dziś dnia niewyjaśnione.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Prof. Hoffman. **Badanie serca.** *(Deutsche medic. Wochenschrift*, Nr. 17, 1904). Zapatrywanie, jakoby fizykalne badanie serca zupełnie dało się zastąpić röntgenografią i röntgenoskopią, jest błędnem; dotychczasowe bowiem doświadczenie poucza, że zapomocą wypuku i przysłuchu można dojść do takich samych dokładnych wyników, jak i skioskopią, mającą chyba tę wyższość, że odfotografowany cień serca pozostaje jako wieczny dokument, odcyfrowany zazwyczaj inaczej przez każdego badacza. Dla codziennej praktyki wypuk i przysłuch granic serca ma jeśli nie większe znaczenie, to z pewnością takie samo, jak ta ostatnia nowa metoda badania. Technika wypuku przedstawia bezwątpienia pewne trudności, a szczególnie zachowanie się mostka: inny bowiem jest odgłos wypukowy nad żebrem, a inny nad mostkiem, mogący się wydawać przytłumionym, wobec czego oznacza się błędnie n. p. prawą granicę stłumienia serca na prawym brzegu mostka. Ta właśnie okoliczność przemawiałaby za konieczną dokładną znajomością odgłosu wypukowego nad całym mostkiem: przy opukiwaniu mostka od góry ku dołowi w stronę wyrostka mieczykowatego otrzymuje się znamienny odgłos, odróżniający się wyraźnie od otoczenia i zmieniający swoją wysokość w pewnym punkcie, mniej więcej w okolicy przyczepu 4 lub 5 żebra, przy nadmiernej zaś wielkości mięśnia sercowego, w okolicy 3 lub nawet poniżej 5 żebra i to w przypadkach rozedmy płucnej lub przemieszczenia serca. Co się tyczy tonów sercowych, to istnieje mniemanie, że w przypadkach, w których szmeru zupełnie nie słychać, nie przedstawia serce znaczniejszych zmian, tak jednak nie jest; zdarzają się bowiem stany chorobowe, w których, pomimo braku szmerów, stan jest dość poważny. Tak n. p. w stłuszczeniu serca bywa pierwszy ton nad końcem serca wybitnie niski, cichy, podczas gdy drugi jest głośniejszy, a nad podstawą serca są stosunki prawidłowe. W ogólnej więc otyłości, jak długo tony nad koniuszkiem serca są głośne i dobitne, w szczególności pierwszy jest głośniejszy, aniżeli nad podstawą serca, można śmiało twierdzić, że w mięśniu sercowym nie ma zmiany chorobowej, chociażby nawet otyłość dosięgała znaczniejszych rozmiarów.

[20]) Patrz „Przegląd lekarski“ 1903. Nr. 12: „O chorobie uważanej za neurastenię okresową i t. d.“

Natomiast zdarzają się przypadki otyłości, w których drugi ton nad koniuszkiem serca jest wybitnie silniejszy, aniżeli pierwszy; a jeśli obydwa te tony są stosunkowo słabsze, aniżeli tony nad podstawą serca, wówczas można prawie na pewno rozpoznać znaczne zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego. Dalej można napotkać przypadki, w których pierwszy ton nad koniuszkiem serca jest znacznie głośniejszy, aniżeli drugi; jest to objaw zwiększonej pracy serca, przyczem jednak parcie krwi nie musi być wzmożone, n. p. w przebiegu choroby Basedowa, w zwężeniu lewego ujścia żylnego przy drobnem tętnie i nizkiem parciu. Z wzmocnionego drugiego tonu nad aortą szczególniejsze ma znaczenie ton o metalicznym dźwięku, odnoszący się w większości przypadków do ogólnej miażdżycy, ale często także do zwapnienia samych zastawek tętnicy głównej, które nie są jeszcze niedomykalne; z chwilą rozwinięcia się niedomykalności znika dźwięk metaliczny, a słychać szmer rozkurczowy. Uwzględniając powyższe twierdzenia, napomyka autor o praktycznej uwadze co do podawania naparstnicy: w ogólności można powiedzieć, że naparstnica jest w tych wszystkich przypadkach wskazana, w których stwierdzić można wybitne osłabienie pierwszego tonu; jeśli pierwszego tonu brak nad podstawą serca, a nad koniuszkiem również, lub tylko jest zaznaczony, wówczas po naparstnicy można się spodziewać poprawy. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Lorey. **Wyniki sztucznego porodu przedwczesnego, ze szczególnem uwzględnieniem dalszego losu dzieci.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 71, zeszyt II). Ponieważ w ostatnich latach wyraźnie zaznaczył się kierunek, przeciwny wywoływaniu porodu przedwczesnego, postarał się autor udowodnić na podstawie dosyć licznego materyału, że zabieg ten wśród pewnych warunków daje bardzo cenne i błogie wyniki. W pierwszej części podaje wyniki 100 przypadków (97 wieloródek i 3 pierwiastki), gdzie poród przedwczesny wywołano przy wązkiej miednicy, a więc ze względu na życie płodu. Przeciętnie wymiar prosty prawdziwy (c. v.) wynosił 8·1 ctm. W tych 100 porodach urodziło się dzieci żywych 74 = 74%; z tych umarło w pierwszych 10 dniach po porodzie 14 dzieci, wypuszczono więc żywych 60%, czyli śmiertelność całkowita = 40%. Porównawszy wyniki te z wynikami porodów u tych samych kobiet, ale poza kliniką, przy prawidłowym końcu ciąży, zauważył autor, że na 196 dzieci urodziło się żywych 43, nieżywych 153, czyli śmiertelność = 78.19%. Z tego wniosek, że prawie 3 razy tyle dzieci możnaby było utrzymać przy życiu, gdyby u tych matek wywołano zawsze poród przedwczesny. Ze względu na sposób ukończenia porodu najlepsze wyniki dały porody dobrowolne = 94.6% dzieci żywych, operacyjne zaś tylko 39%; z tych ostatnich znowu otrzymano najwięcej dzieci żywych po porodach kleszczowych. Ze względu na stopień ścieśnienia miednicy powinno się bezwzględnie unikać tego zabiegu przy miednicach z wymiarem pr. praw. poniżej 7 ctm.; nie wiele lepsze są wyniki przy *c. v.* 7—8 ctm., a pomyślne są dopiero przy miednicach z *c. v.* powyżej 8 ctm. Również nie należy zabiegu tego wykonywać przed 36 tygodniem ciąży. Chcąc się przekonać o istotnej wartości porodu przedwczesnego, starał się autor dowiedzieć o dalszych losach owych 60 żywo wypuszczonych dzieci. Na podstawie 51 otrzymanych wiadomości 40 dzieci = 78·5%, przeżyło pierwszy rok życia, śmiertelność więc 21·5%. Porównywując znowu te wyniki z wynikami po porodach czasowych, zauważył autor, że nawet mniej dzieci umarło po porodach przedwczesnych, gdyż z donoszonych umarło przeciętnie w pierwszym roku 24%, i odnosi to do tego, że matki, które się już zgodziły na poród przedwczesny, życzą sobie dziecka i otaczają je troskliwszą opieką. Z dzieci, które karmiono piersią matki, przeżyło pierwszy rok życia 88·2%; z tych zaś, którym podawano flaszkę, tylko 35%. Złych następstw u dzieci po porodach przedwczesnych nie zauważano, chyba, że u niektórych dalszy rozwój postępował powolniej; dzieci takie chodziły przeciętnie dopiero po 14 miesiącu życia. Co się tyczy matek, to 88% przebyło zupełnie prawidłowy połóg; całkowita śmiertelność wynosiła 1·2%. Celem wywołania porodu używano najczęściej balonów, wprowadzania świeczek (bougie), a w ostatnich czasach pochwowe cięcie cesarskie (*Hysterotomia anterior*). W drugiej swej pracy zestawił autor wyniki, otrzymane po porodach przedwczesnych, wywołanych wskutek choroby matki (drgawki, zapalenie nerek, wady sercowe, rak macicy i t. p.). Na 38 dzieci umarło w pierwszych 10 dniach 14 = 36·8%, wypuszczono dzieci żywych 24 = 63%. Według 20 otrzymanych później wiadomości przeżyło pierwszy rok życia 6 dzieci = 30%, a z ogólnej liczby żywo urodzonych tylko 15·8%. Tak wielką śmiertelność płodów w tej grupie przypadków odnosi autor do tego, że przeciętnie przerywano ciążę w 35 tygodniu, nadto można było zauważyć, że płody te były odpowiednio do czasu trwania ciąży niestosunkowo słabo rozwinięte i posiadały niestosunkowo mały ciężar. Szczególnie dotyczyło to płodów matek, cierpiących na zapalenie nerek, drgawki porodowe i wady sercowe. Częściowo przyczyniła się do tego nieodpowiednia opieka tych dzieci. W trzeciej części wreszcie omawia autor leczenie niektórych chorób w przebiegu ciąży, w szczególności zastosowanie pochwowego cięcia cesarskiego zmodyfikowanym sposobem Dührssena. Zapomocą tej metody jesteśmy w stanie opróżnić macicę w każdym okresie ciąży szybko i bez wielkiego niebezpieczeństwa dla matki. — Metoda ta znalazła zastosowanie głównie przy drgawkach porodowych, niedomodze sercowej, gdzie idzie o zaoszczędzenie chorej pracy porodowej — i przy raku, poczem zwykle wyjmowano i całą macicę. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Kakowski. **Wpływ różnych substancyj na wycięte serce.** (*Terapija*, 1904, Nr. 2). K. badał w pracowni prof. Koberta działanie różnych przetworów na wycięte serce zwierząt o stałej ciepłocie, przeważnie królików i kotów, oraz serce żab. Dodając do rozczynu Ringera badany środek w pewnej dawce i przepuszczając go następnie przez serce, przyszedł autor do wniosków następujących: *johimbinum muriaticum* już w rozcieńczeniu 1: 1.600.000 zmniejsza amplitudę skurczu serca o połowę; w rozcieńczeniu zaś 1: 400000 o $^{3}/_{4}$; weronal w rozcieńczeniu 1: 400000 obniża amplitudę i liczbę skurczów o $^{1}/_{5}$; jeśli po 7′ działania tego rozczynu przepuszczać przez serce w ciągu 30 prawidłową ciecz odżywczą, to szkodliwe działanie weronalu nie ustępuje, lecz trwa dalej i nawet wzmaga się, amplituda zmniejsza się o $^{2}/_{3}$, a liczba skurczów o $^{1}/_{2}$, występują wreszcie niemiarowości w rytmie. Rozczyn 1: 100000 weronalu sprowadził u królika znaczne zwolnienie czynności serca, następnie nieprawidłowości, a po 11′ zupełne przerwanie. Surowice lecznicze osłabiają również czynność serca, lecz w mniejszym stopniu: surowica przeciwbłonicza Behringa w rozcieńczeniu $^{1}/_{8}$ ctm. sz. (więc 50 jednostek) na 100 płynu odżywczego wyraźnie osłabia czynność serca; lecz nawet wielkie dawki tej surowicy, jak również surowicy przeciwtężcowej, przeciwpaciorkowcowej i przeciwdurowej Jeża nie mogły zatrzymać czynności serca. Chlorek chininy już w dawkach 1: 50000 sprowadza silne zwolnienie i osłabienie czynności serca, które trwa przez długi czas po odstawieniu chininy: w małych dawkach 1: 200000 przeciwnie lek ten nieraz poprawiał czynność serca i usuwał niemiarowość. Morfina, apomorfina, kokaina okazały się mało jadowitemi dla wyciętego serca nawet w dawkach dużych. Przeciwnie kodeina, dionina, heroina, a zwłaszcza peronina osłabiają jego czynność: już rozczyn 1: 500,000 peroniny sprowadza znaczne zwolnienie i upośledzenie czynności serca. Z tak zw. środków sercowych będźwinian kofeino-sodowy jest prawie obojętnym; digitoksyna już w rozcieńczeniu 1: 4,000.000 zwalnia w znacznym stopniu czynność serca i sprowadza niemiarowość, wreszcie zupełne ustanie; digitaleina prawdziwa i digitaleina są nieco mniej jadowite; strofantyna 1: 4,000.000 sprowadza upośledzenie czynności serca, zwolnienie, następnie przyśpieszenie, niemiarowość i ustanie w skurczowym okresie; chlorek barowy w małych dawkach (1: 400000) poprawia czynność serca i zmniejsza liczbę skurczów; zaczynając zaś od 1: 50000 sprowadza niemiarowości i znacznie zwalnia czynność serca. Badania patologiczno-anatomiczne po tych doświadczeniach, jak również po doświadczeniach z wielu innymi przetworami, nie wykazały żadnych poważniejszych zmian w mięśniu sercowym. Godnem jest uwagi, że przepuszczanie przez dłuższy czas przez wycięte serce fosforu i arsenu w nadzwyczaj silnych rozczynach nie miało w następstwie zwyrodnienia tłuszczowego mięśnia sercowego. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Doc. Dr. Fleck. **Związek rozwojowy (genetyczny) między mięśniakami macicy a chorobą serca.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 71, zeszyt 1). Oddawna już znaną jest rzeczą, że kobiety, cierpiące na mięśniaki macicy, mają słabe serce, objawiające się arytmią, kołataniem serca, dusznością, skłonnością do szybkiego znużenia — i ogólnego osłabienia mięśniowego; znane są częste omdlewania takich chorych, nieprzyjemne przejścia przy usypianiu, szczególnie chloroformowem, przypadki śmierci po operacyi tylko wskutek postępującego osłabienia serca; przyczynia się ono również do tem łatwiejszego wybuchu zakażenia po operacyi i wywołuje wreszcie zakrzepy w żyłach miednicowych, a w następstwie tego zatory płucne. Długi czas przypuszczano, że objawy te są następstwem ciągłych krwawień. Strassmann i Lehmann starali się wykazać, że zmiany w sercu i naczyniach są pierwotne, a mięśniaki następowe. Kessler przyjmuje utrudnione krążenie w rosnącym guzie, jako przyczynę choroby serca. Również nie ma zgody co do zmian anatomicznych. Zdaje się jednak, że głównie idzie tu o zmiany w mięśniu sercowym, przerost zaś, rozstrzeń lub wady zastawkowe odgrywają mniejszą rolę. Autor zauważył, że we wszystkich przypadkach mięśniaków macicy, w których przyszło do sekcyi, można było wykazać zmiany anatomiczne w sercu, bez względu na to, czy one się objawiały klinicznie i czy chora za życia cierpiała na obfite krwotoki. Klinicznie rzecz toczyła się zawsze o względną niedomogę sercową, a anatomicznie o zmiany zwyrodnienia w mięśniu sercowym; tam, gdzie mięśniakom nie towarzyszyły krwotoki, przeważało zwyrodnie-

nie brunatne; gdzie zaś krwotoki były obfite — zwyrodnienie tłuszczowe, zmiany, których nie można identyfikować z zapaleniem mięśnia sercowego, jak to czynią niektórzy badacze. Zdaje się, że zmiany przytoczone, jak zwyrodnienia wogóle, są następstwem jakiegoś zatrucia pod wpływem toksyn, krążących we krwi. Możnaby przypuścić, że tu idzie o wpływ produktów przemiany materyi samych nowotworów, jak przy cherze nowotworowej. Zachodzi jednak pytanie, czy taki sposób tłómaczenia można zastosować do nowotworów dobrotliwych, jakimi są niezawodnie mięśniaki? Nadto wzrost ich odbywa się tak pomału, że o jakimś żywszym procesie przemiany materyi nie można nawet myśleć; wreszcie zauważono, że zmiany sercowe stały często w odwrotnym stosunku do wielkości mięśniaków, a nie rzadko występują wybitne objawy sercowe tam, gdzie mięśniaki są zaledwie wyczuwalne. Autor sądzi, że choroba serca i mięśniaki macicy są następstwem jednej i tej samej przyczyny, a mianowicie — nieprawidłowej czynności jajników. Hegar i Bulius wykazali, że w przypadkach mięśniaków macicy można prawie zawsze wykazać zmiany w jajnikach i że po usunięciu jajników mięśniaki czasem zupełnie ustępują. Zachodzi więc niewątpliwie wpływ jajników na macicę także w stosunkach patologicznych. Autor zwraca uwagę na otyłość ogólną, objaw, występujący często u kobiet, cierpiących na mięśniaki macicy. Pominąwszy przypadki, gdzie otyłość należy odnieść do krwawień i całego sposobu życia takich kobiet, pozostają takie, w których nie można wykazać tych czynników sprzyjających i tu musimy przyjąć, jak to już zresztą wykazano, wpływ jajników. Wiemy, że ogólna otyłość powstaje często w okresie przejściowym, lub po usunięciu jajników, i odnosimy to do niejasnych jeszcze zmian w procesie przemiany materyi, wywołanych brakiem czynności jajników. Wiemy już dzisiaj na pewno, że jajniki wytwarzają substancye, które drogą naczyń krwionośnych lub chłonnych dostają się do obiegu krwi i w ten sposób wywierają swe działanie. Jeżeli jednak jajniki są chore, to i substancya przez nie wytwarzana jest zmieniona i może wywrzeć wpływ zgubny na mięsień sercowy. Wziąwszy więc pod uwagę, że mięśniaki macicy łączą się bardzo często ze zmianami w mięśniu sercowym, które mogą powstać tylko pod wpływem substancyi trujących, że mięśniakom towarzyszy bardzo często ogólna otyłość, że u kobiet cierpiących na mięśniaki prawie zawsze znaleźć można wybitne zmiany anatomiczne w jajnikach, że jajniki drogą wydzielania wewnętrznego wysyłają do krwiobiegu pewne substacye, mające wpływ na przemianę materyi, to mimowoli nasuwa się na myśl prawdopodobieństwo wzajemnego stosunku wymienionych czynników. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Metschnikoff i Roux. **Kiła u małpy.** (*La Syphilis.* — Marzec, 1904). W ostatnich czasach czyniono wielokrotnie doświadczenia z przeszczepianiem kiły na zwierzęta, a w szczególności na rozmaite gatunki małp. Doświadczenia te wykazały, że małpy, jak i inne gatunki zwierząt, posiadają wrodzoną odporność przeciw kile; jednakowoż w pewnych warunkach można wywołać u niektórych gatunków małp zmiany, podobne do zmian kiłowych u człowieka. Sami autorowie również w swych doświadczeniach nie mieli dotychczas powodzenia i dlatego ostateczne próby ze szczepieniem kiły wznowili na małpach, najwięcej zbliżonych do ludzi, tak zw. antropoidach, do których należą szympans, orang-utang i goryl. Pierwsze nadzwyczajnie ciekawe doświadczenie wykonano na dwuletnim szympansie płci żeńskiej, któremu zaszczepiono na błonę śluzową napletka łechtaczki wydzielinę, otrzymaną z wrzodu pierwotnego; równocześnie temuż szympansowi wykonano drugie szczepienie z guzka kiłowego, na czole ponad górnym brzegiem prawego oczodołu, z chorego, cierpiącego na wysypkę guzkową drugorzędną. W 5 dni później zaszczepiono ponownie na innem miejscu na napletku łechtaczki wydzielinę z wrzodu twardego innego chorego. Wszystkie trzy miejsca szczepienia zagoiły się niebawem. Po 26 dniach wytworzył się w miejscu pierwszego szczepienia typowy wrzód pierwotny, również stopniowo obrzękać zaczęły gruczoły pachwinowe, stały się twarde i niebolesne; w 4 tygodnie zaś potem wystąpiła na skórze typowa wysypka guzkowa, nacieki w jamie ust i obrzęki w zakresie gruczołów. W dalszym ciągu stan ogólny zwierzęcia zaczął się tak pogarszać, że w 79 dni po szczepieniu szympans padł. Sekcya potwierdziła rozpoznanie kiły. Doświadczenie to uczy, że szympansa łatwiej zakazić jadem kiłowym, niż inne gatunki małp; z 3 szczepień przyjęło się tylko pierwsze, co dowodziłoby, że odporność na dalsze szczepienie wystąpiła bardzo prędko. Dla wykazania, czy dalsze szczepienia na zwierzętach tego samego gatunku są możliwe, wykonano szczepienie wydzieliną kiłową z pierwszego szympansa na drugiego z wynikiem dodatnim, zaś na mandryla z wynikiem ujemnym; jad kiłowy więc dał się przeszczepić tylko na osobnika tego samego gatunku. Doświadczenia te wraz z doświadczeniami Lassara, również na szympansach, dowodzą, że są one wrażliwe na jad kiłowy, co stanowi wielki postęp w badaniach tego rodzaju, albowiem wykryto wreszcie gatunek zwierząt, na których dalsze doświadczenia prowadzić można tembardziej, że analogiczne doświadczenia Neissera i Veiela na innych gatunkach małp dały wyniki ujemne. Nicolle, szczepiąc kiłę na małpie „macacus sinicus“, wywołał tylko zmianę pierwotną bez następowych objawów drugorzędnych; toż samo było u „macacus cynomolgus“; z tego ostatniego zaszczepiony szympans okazywał tylko pojedyncze słabe oznaki kiły (wrzód pierwotny i obrzęk gruczołów nieznacznego stopnia). *Steuermark.*

Pojurowskij. **W sprawie losów parafiny, wstrzykniętej w tkanki ludzkiego ustroju.** (*Prace ze szpitalnej chirurgicznej kliniki prof. Djakonowa* T. III. — *Dodatek do miesięcznika »Chirurgia«* 1904 luty). Od czasów pierwszej pracy Gersunyego w r. 1899 wstrzykiwania parafiny w celach kosmetycznoplastycznych znalazły szerokie zastosowanie. Podając swą metodę, Gersuny przypuszczał, że, wstrzykując parafinę, wywoła zadrażnienie i rozrost tkanki łącznej, która po częściowem wessaniu, częściowem zaś otorbieniu wstrzykniętej parafiny, stanowić będzie właściwą podstawę protezy. Autor miał sposobność zbadać w 3 przypadkach zachowanie się tkanek po wstrzyknięciu parafiny: w jednym przypadku badanie było wykonane w $2^1/_2$ miesięcy po wstrzyknięciu parafiny; w drugim w $5^1/_2$ miesięcy, w 3-im przypadku w 11 miesięcy. We wszystkich tych 3 przypadkach parafinę wstrzykiwano z powodu kiłowego zapadnięcia się nosa; w 2 przypadkach parafina rozlała się w tkankach otaczających i kształt nosa nie poprawił się; w 3-cim przypadku nos początkowo po wstrzyknięciu parafiny miał kształt wcale prawidłowy, później począł się zapadać. Z tych względów we wszystkich 3 przypadkach musiano się uciec do operacyi plastycznej, która dopiero dała dobre wyniki. Uzyskane przy tych operacyach wycinki tkanek, przepojonych parafiną, zostały zbadane przez autora mikroskopowo. W pierwszym przypadku znalazł autor znaczną ilość młodej komórkowej tkanki łącznej, otaczającej jamki wypełnione parafiną; w drugim przypadku tkanka łączna miała charakter już więcej włóknisty, a jamek z parafiną było znacznie mniej; w 3-cim wreszcie przypadku na 1-szy plan wystąpiła tkanka bliznowata i tylko tu i owdzie widoczne były jeszcze jamki z parafiną, otoczone przez młodą tkankę łączną, która zdaniem autora w dalszym przebiegu po wessaniu i tych resztek parafiny również uległaby zbliznowaceniu. Na podstawie tych badań przychodzi autor do wniosku, iż wstrzyknięta w tkanki parafina po krótszym lub dłuższym czasie ulega całkowitemu wessaniu, na jej zaś miejscu rozrasta się tkanka łączna, która podobnie jak i wszędzie indziej ulega w końcu zbliznowaceniu i skurczeniu się, mogąc powodować skutkiem tego nawet większe zniekształcenia, niż były przed zastrzyknięciem parafiny. Wobec tego autor, pomijając niektóre niebezpieczeństwa, grożące choremu przy wstrzykiwaniach parafiny (jak np. zatory tętnic płucnych), sądzi, iż metoda ta może dawać dobre wyniki tylko czasowo, po pewnym zaś okresie czasu bliznowaciejąca tkanka łączna, kurcząc się, musi powodować znaczne zniekształcenia, wstrzykiwania więc parafiny nie mają właściwej racyi bytu. *Gliński.*

Prof. Brieger. **Wodolecznictwo w chorobach płucnych.** (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 15, 1904). W cierpieniach nieżytowych narządu oddechowego, a więc w sprawach, w których jest zajęta błona śluzowa, zadaniem zabiegów wodoleczniczych jest zapobieganie nadmiernemu nagromadzeniu się wydzieliny, plwociny, celem uniknięcia zapaleń opadowych. Najbardziej w oczy bijące wyniki bywają w takich niedomogach po stosowaniu półkąpieli łącznie z nacieraniami i zlewaniami (karku); są to niejako środki swoiste. W każdym razie zaleca się pewna ogłędność, ponieważ wzmiankowane cierpienie nagabuje po większej części dzieci i starców. W włóknikowem zapaleniu płuc znakomicie działają przyrządy leiterowskie na okolicę serca, niemniej wilgotne zawijania; to samo tyczy się zapalenia płuc w następstwie grypy. Wielką rolę odgrywa wodolecznictwo w dychawicy oskrzelowej: w takich przypadkach idzie z jednej strony o opanowanie już istniejącego napadu, z drugiej o zapobieżenie im. Napady dychawicze trwają o wiele krócej po zastosowaniu natrysków i kąpieli rąk lub nóg o ciepłocie bardzo wysokiej lub bardzo nizkiej; szczególniej zalecają się gorące kąpiele nożne (Winternitz), gorące nacierania klatki piersiowej z takimiż okładami. Celem zaś zupełnego usunięcia napadów, a więc wyleczenia w ściśłem tego słowa znaczeniu, należy konsekwentnie przeprowadzić kuracyę wodoleczniczą: półkąpiele (34°—30°6), dłużej lub krócej trwające, nacierania, natryski szkockie pojedyncze lub kombinowane. W przebiegu gruźlicy płuc autor uwzględnia wodolecznictwo jedynie w pierwszych jej okresach; następne należą do zabiegów fizykalno-dyetetycznych. Idzie tu wyłącznie o systematyczne hartowanie osobnika a więc stosuje się zazwyczaj nacierania, natryski, zlewania, półkąpiele lub wreszcie kąpiele świetlne i na wolnem powietrzu. W przypadkach biegunki na tle gruźliczem z wybitnymi objawami wrzodów jelitowych, gdzie tanigena, tanalbina, przetwory bizmutu i ma-

kowca pozostały bez skutku, można jeszcze osiągnąć bardzo dobry wynik po stosowaniu kąpieli świetlnych, z następowemi nacieraniami szczególniej nóg i 10-minutowemi kąpielami nasiadowemi, począwszy od 30° C., zniżając stopniowo ciepłotę do 18° C.

Pisek (Podgórze-Kraków).

Prof. Baccelli. **Tętniak tętnicy krezkowej wyższej.** (*Wiener klin.-terap. Wochenschrift*, Nr. 14, 1904). Interesujący ten przypadek dotyczy 34-letniego robotnika, który przed 10 laty przechodził kiłę; obecnie, oprócz innych, w grę nie wchodzących dolegliwości, stwierdzić można w okolicy dołka podsercowego guz wielkości małej pomarańczy, znamionujący się dwoma znanymi typowymi objawami tętniaka, a mianowicie tętnieniem w górę i na boki. Nadto przysłuchem wykazać można rozkurczowy szmer, dający się jedynie wytłómaczyć przypływem prądu krwi do przypuszczalnego worka tętniakowego; dalej skarży się chory na bole, będące zresztą następstwem ucisku tętniaka na sploty nerwowe. Możnaby zarzucić, że tętniak odnosi się do tętnicy trzewnej, atoli ta okoliczność, że zwrócony on jest bardziej ku stronie lewej, nie odpowiada anatomicznemu przebiegowi wzmiankowanej tętnicy: natomiast tętnica krezkowa wyższa, wychodząca z pod trzustki, wysyła wszystkie swoje gałązki ku stronie lewej. Także powierzchowne względnie położenie tętniaka, brak odgłosu przytłumionego w odpowiedniem miejscu na plecach i szmeru obok kręgosłupa, przemawiają za tętniakiem gałęzi tętnicy głównej, a nie samej aorty, wreszcie tętno w tętnicach, powyżej i poniżej położonych, jest wybitnie równoczesne. Laparotomia lecznicza stwierdziła rozpoznanie.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Heichelheim i Kramer. **Wpływ wlewań, zawierających kwas solny, na zawartość pepsyny w treści żołądkowej przy achylii, oraz kilka uwag nad metodami ilościowego oznaczenia pepsyny.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 8, 1904). Na zasadzie starannie przeprowadzonych badań dochodzą autorowie do następujących wniosków: 1) Zasadniczej różnicy co do zawartości pepsyny w treści żołądkowej pod wpływem wlewań, zawierających kwas solny, nie można było stwierdzić dla poszczególnych postaci achylii. 2) Prawie we wszystkich przypadkach achylii można było wykazać zmniejszenie się zawartości zaczynu i wogólności niską względnie była ilość pepsyny w przypadkach raka, w innych postaciach było różnie, w niektórych nawet zupełny brak pepsyny. 3) Zdaje się, że wysoką względnie zawartość pepsyny, która jeszcze wzrasta przez wlewanie, zawierające kwas solny, można stwierdzić szczególniej w przebiegu raka, okoliczność, która wraz z innymi objawami może mieć znaczenie rozpoznawcze. 4) Domieszka krwi po wlewaniach, zawierających kwas solny, brunatna barwa wypłóczyn, przemawiają w przebiegu achylii za rakiem. 5) Przy achylii i hipochylii metoda Volharda zdaje się być najlepszą do ilościowego oznaczenia pepsyny; — dla zwykłych celów klinicznych, to jest, do określenia pepsyny „z grubsza“, wystarcza dawna metoda Metta.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Biłgorajski. **Wartość lecznicza protyliny i jej związków z żelazem i bromem.** (*Wiener klinische Rundschau*, Nr. 11 i 12, 1904). Protylina, związek fosforu, przedstawia się w postaci blado-żółtawego proszku prawie bez smaku i zapachu, który w wodzie zimnej nie rozpuszcza się, natomiast rozpuszcza się wśród gotowania i w kwasie solnym. Przesącz zawiera kwas fosforowy. Chorzy bardzo chętnie zażywają ten przetwór, może on być im zresztą bez ich wiedzy podawany. Protylinę daje się wprost do gotowych potraw (rosołów, jarzyn i t. d.), dzieciom od 1—5 lat 1—2 łyżeczek od kawy, od 5—12 lat 1—3 łyżeczek, dorosłym zaś 2—4 łyżeczek dziennie. Autor podawał protylinę w cierpieniach, w których wskazane są przetwory fosforu, żelaza, wogóle środki wzmacniające, a więc w różnych postaciach niedokrwistości, zołzach, krzywicy, neurastenii i t. d., otrzymując zawsze znakomite wyniki.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Heineke. **O działaniu promieni Roentgena na narządy wewnętrzne.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 1904, Nr. 14). Myszy i małe świnki morskie giną w ciągu 1—2 tygodni, jeżeli naświetlano je przez kilka godzin promieniami Roentgena. W narządach wewnętrznych takich zwierząt znalazł H. następujące zmiany: nadmiar barwika w śledzionie i znikanie grudek śledzionowych (*folliculi*), a poczęści i komórek miazgi śledzionowej. Przez dalsze doświadczenia przekonał się H., że zmiany w obrębie grudek śledzionowych zaczynają się już w kilka godzin po naświetlaniu, po 8—12 godzinach dochodząc do szczytu; jądra limfocytów w obrębie grudek rozpadają się, szczątki jąder pochłaniają fagocyty, które wkrótce także znikają. Nagromadzenie barwika, które jest skutkiem rozpadu ciałek czerwonych, oraz rozpad komórek miazgi śledzionowej następuje dopiero po kilku dniach i to po bardzo silnem naświetlaniu. Podobne zmiany, jak w grudkach śledzionowych, wywołują promienie Roentgena równocześnie także w grudkach chłonnych jelitowych, w gruczołach limfatycznych, a u młodych zwierząt także w grasicy. W szpiku kostnym niszczeje także znaczna część komórek szpikowych. Zmiany w grudkach chłonnych pod wpływem promieni Roentgena stwierdził H. także i u większych zwierząt (królików i psów), które po naświetleniu nie giną. I u tych zwierząt również zmiany limfocytów następują wnet, w kilka godzin, po naświetlaniu nawet krótkiem (1/4 godziny). Jeżeli u mniejszych zwierząt nie przeciągano naświetlania zbyt długo i powiodło się w ten sposób utrzymać je przy życiu, to zmiany, wywołane przez naświetlanie, zwolna ustępowały, a narządy chłonne powracały do stanu prawidłowego. Z doświadczeń swoich wnosi H., że komórki narządów chłonnych są wrażliwsze na działanie promieni Roentgena, niż komórki naskórka. To też, zdaniem H., możnaby zapomocą promieni Roentgena wpływać na tkankę limfatyczną u człowieka, bez obawy wywołania zmian skórnych i należałoby próbować na tej podstawie leczyć promieniami Roentgena białaczkę, białaczkę rzekomą i pokrewne choroby (*lymphosarcoma, lymphoma malignum*). Wprawdzie autor sam nie próbował w ten sposób leczyć białaczki; jednakże ogłoszono już kilka spostrzeżeń białaczki, rzekomo promieniami Roentgena wyleczonych, co należałoby dalszemi badaniami sprawdzić. *C.*

Prof. Debove. **O nerce wędrującej.** (*La Presse médicale*, 1904, Nr. 37). Cierpienie to głównie zdarza się u kobiet i dotyczy przeważnie nerki prawej. Niektórzy autorowie dopatrują się związku między porodem, a nerką wędrowną, co i w przypadku D. miało miejsce. Nadto przechodzi autor kolejno inne objawy, które spostrzegał w opisanym przez się przypadku. Napady gwałtownych bolów, którym towarzyszą nudności, połączone z pojawieniem się i znikaniem guza bolesnego, odpowiadającego nerce. Przy zwiększeniu się tego guza ilość moczu maleje do pół litra, a znikanie tegoż połączone jest z obfitem oddawaniem moczu, co razem składa się na obraz przepuszczającej puchliny nerki. W pewnych przypadkach cierpienie to może być dla braku objawów niespostrzeżone, w innych przebiega wśród objawów, podobnych do kolki nerkowej lub wątrobowej, lub bolów, które mogą dać obraz niestrawności kwaśnej, zapalenia wyrostka robaczkowego lub niedrożności jelit. Autor zwraca uwagę na zapalenie jelit śluzowo-błoniaste, które towarzyszy często nerce wędrownej i zdaje się pozostawać z nią w przyczynowym związku; w przypadkach opisywanych przez D., zapalenie to jelit ustąpiło po przyszyciu wędrującej nerki.

Dr. M. Blassberg.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Adrenalinę stosował Aronsohn (*La Presse medicale* Nr. 40, 1904) w napadach dychawicy, zależnej od przerostu muszli środkowej. Napad ustał po upływie 5 minut po zapędzlowaniu przekrwionej części nozdrzy chlorkiem adrenaliny w stosunku 1:1000. Po 3 godzinach wystąpił nowy napad, lecz po zapędzlowaniu znowu szybko ustąpił i już nie powrócił aż po 6 dniach i został usunięty tym samym sposobem. Adrenalina zatem, jak i kokaina, nie usuwa choroby, lecz zapobiega objawom odruchowo-kurczowym. *K.*

Leczenie objawów wskazujących na przewlekły wrzód żołądka zapomocą gastroenterostomii. (*Ungar. med. Presse*, Nr. 31, 1903). Doc. Makara spostrzegał 22-letnią dziewczynę, cierpiącą na bole w okolicy żołądka, fusowate wymioty, palenie po jedzeniu. Rozpoznanie brzmiało: przewlekły wrzód żołądka. Brakowało objawów zwężenia; uporczywość jednak objawów i bezskuteczność leczenia wewnętrznego wskazywały, iż bole mogłyby być następstwem zrostów lub odruchowego skurczu odźwiernika, wywołującego wzmożenie wydzielania kwasu solnego i wymioty. Przy laparotomii M. nie znalazł zrostów, także nie było w odźwierniku blizny. Mimo tego ujemnego wyniku zrobił gastroenterostomię. Nastąpiło zupełne wyleczenie. Przypadek ten poucza, iż objawy po gastroenterostomii mogą odrazu zniknąć, choć wprzód opierały się leczeniu wewnętrznemu. M. nie jest, co prawda, zwolennikiem operacyi natychmiastowej, lecz w stosownym czasie. Skurcz odźwiernika jest w każdym razie najważniejszą przeszkodą wyzdrowienia (wygojenia się wrzodu), a po części i przyczyną wadliwego chemizmu. Jeżeli nie możemy tego usunąć leczeniem wewnętrznem w krótkim czasie, dlaczego czekać na groźne następstwa? Gastroenterostomią usuwamy skurcz odźwiernika, przez co znika koło błędne, gdyż z jednej strony wrzód wywołuje skurcz, z drugiej skurcz utrudnia wygojenie się wrzodu. Prof. Hirschler uważa operacyę tem bardziej za wskazaną, ponieważ według jego doświadczenia zwyrodnienie blizny po wrzodzie należy niekiedy przyjąć za przyczynę raka. Profesor Dollinger twierdzi, iż w bliznowatem zwężeniu

odźwiernika w następstwie wrzodu, gastroenterostomią można osiągnąć znakomite wyniki. Co się zaś tyczy wyleczenia wrzodu żołądka gastroenterostomią, to nie może tak stanowczo rokować, jak Makara. Widział bowiem przypadki, których przebieg pooperacyjny zawiódł jego nadzieje co do skuteczności gastroenterostomii przy wrzodzie żołądka. Gastroenterostomią możemy z pewnością usunąć ciężkie objawy bliznowatego zwężenia odźwiernika; natomiast nie można z taką stanowczością rokować pomyślnie przy świeżym okrągłym wrzodzie peptycznym. A. Fischer poleca w owrzodzeniach po zatruciu płynami żrącymi gastroenterostomię, jeżeli otruty wymiotuje wszystko, co zje. *Baschkopf.*

Przyczynek do leczenia przewlekłej rzeżączki. *(Therapeutische Monatshefte*, październik, 1903). Dr. Falk wskazuje na konieczność zniszczenia żegadłem Paquelina tak zwanych przewodów cewkowych (gruczołów Skenego), ponieważ służą one gonokokom za kryjówki. Do leczenia rzeżączkowego zapalenia szyjki i trzonu macicy poleca autor tigenol w półodsetkowym rozczynie lizolu. Wobec ichtyolu posiada tigenol zaletę bezwonności i nie niszczy bielizny. Dalszą zaletą tigenolu jest działanie uśmierzające ból i swędzenie, co się szczególnie stwierdza w wyprysku sromu przy silniejszych upławach rzeżączkowych. Jeżeli wypocina rzeżączkowa dostała się do jajowodów lub do tkanki miednicznej, lub nastąpiło zropienie jajników, to zależy od poszczególnego przypadku, czy wskazane jest leczenie przyśpieszające wessanie, czy też operacya. Autor chwali ochraniające własności siarki, które w połączeniu z rozległemi nacięciami każdego przystępnego od pochwy ropnia, stoją conajmniej na równi z operacyą. Przypadki, leczone nacięciem przez pochwę, wymagają, jak i zmiany rzeżączkowe części przydatkowych, następowego leczenia resorbcyjnego, w czem siarka, czy to w postaci kąpieli, czy też tamponów, oddaje większe usługi, niż stosowane zwykle kąpiele solankowe, słone lub borowinowe; 50%-we tampony tigenolowe wprowadza się co drugi dzień; kąpiele siarczane (30 grm. wątroby siarczanej i 100 grm. kleju do kąpieli nasiadowej, lub 40 grm. tigenolu), a w końcu gorące przestrzykiwania sprowadzają wessanie wypociny. *Baschkopf.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie z dnia 6 kwietnia 1904 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Edward Korczyński. Obecnych 8 członków i Prezes Towarzystwa lekarskiego krakowskiego Prof. Dr. Nowak.

1. Przewodniczący zawiadamia, że w myśl poprzednich uchwał przesłał Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu do stanowczego rozstrzygnięcia sprawę współdziałania z Komisyą przemysłowo-lekarską lwowską, co do oceniania wyrobów i przetworów leczniczych. Aż do decyzyi Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odroczono podanie jednego z producentów o poparcie wyrobów, poleconych już przez Towarzystwo lekarskie lwowskie.

2. Uchwalono upomnieć jednego z producentów, by przetworu dyetetycznego, poleconego przez Towarzystwo lekarskie krakowskie, nie reklamował ogłoszeniami w których wymienione są choroby, dające się wyleczyć zapomocą tego przetworu. Zagrożono cofnięciem danego polecenia.

3. Ponieważ niektóre apteki, posiadające polecenia pewnych przetworów, przeszły drogą sprzedaży lub dzierżawy pod inne kierownictwo, uchwalono zawezwać je, ażeby przesłały przetwory te do ponownego zbadania i ocenienia.

4. Kwestyonaryusz Namiestnictwa co do ulepszeń w uzdrowiskach i zdrojowiskach krajowych, nadesłany przez Towarzystwo lekarskie krakowskie, oddano do referatu Prof. Drowi Ludomiłowi Korczyńskiemu.

5. W sprawie suszarni owoców i jarzyn p. Michnika i Różańskiego w Bochni, projektowanej w rozmiarach, wymagających bardzo wielkiego nakładu, uchwalono odpisać, że suszarnia taka byłaby wprawdzie bardzo pożądana, że jednakże należałoby na razie poprzestać na suszarni znacznie mniejszej, której urządzenie mogłoby łatwiej przyjść do skutku.

6 Na podanie komitetu, zajmującego się urządzeniem Zakładu kąpielowego w Wieliczce, uchwalono na wniosek przewodniczącego odpowiedź, którą dla ważności sprawy postanowiono w całości umieścić w protokole: „Tak z poprzednich ogólnikowych rozbiorów chemicznych, a tem więcej z bardzo szczegółowego rozbioru chemicznego, dokonanego przez Doc. Dra Lembergera z datą 12 czerwca 1902, wynika, że surowica wielicka z poprzeczni „Mortis“ i z poprzeczni „Appelshofen“ jest rozczynem, nasyconym przeszło 265 grm. składników mineralnych na 1000 grm surowicy. Ilość samego tylko chlorku sodowego wynosi przeszło 252 grm., reszta zaś odnosi się do siarkanu sodowego, chlorku wapniowego i chlorku magnowego i do minimalnych ilości soli potasowych, litowych i strontowych w połączeniu z kwasem węglowym, siarkowym i chlorem. Nadto surowica z poprzeczni »Appelshofen« zawiera w sobie małe ilości związków jodowych i bromowych. Tym składem chemicznym surowica wielicka przewyższa wszystkie solanki i wody słone i prawie wszystkie surowice zagraniczne. Nadaje się ona do stosowania kąpieli słonych i solankowych w dowolnem rozcieńczeniu, przyczem w rachubę wchodzi i ta ważna okoliczność, że ilość surowicy, którą zakład kąpielowy mógłby rozporządzać, jest tak znaczną, jak nigdzie indziej.

Woda wodociągowa, służąca do picia i do rozcieńczania kąpieli, według badania, wykonanego w c. k. Zakładzie powszechnym do badania środków spożywczych w dniu 20 września 1902 r., czyni w zupełności zadość wymaganiom.

Miejsce, wybrane pod budowę projektowanego zakładu kąpielowego, uważa komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak. jako zupełnie odpowiednie i czyniące zadość wszelkim wymaganiom higieny.

Pomimo, że w kraju istnieje kilka zakładów wód słonych i solanek, urządzenie zakładu kąpielowego w Wieliczce byłoby pożądane głównie z tego powodu, że zakład taki, położony w bliskości szlaku kolejowego, a rozporządzający tak zgęszczoną surowicą, miałby wszelkie prawo do tego, ażeby się stać światowym zakładem kąpielowym. Komisya przemysłowo-lekarska pochwala również przedstawione plany na urządzenie zakładu kąpielowego, nie może jednak przemilczeć, że zbyt wysokie koszta budowy natrafić mogą na trudności przyrody finansowej.“

7. Resztę spraw z powodu nieobecności referentów odłożono do następnego posiedzenia.

Dr. Michał Śliwiński, sekretarz Komisyi.

Posiedzenie z dnia 24 kwietnia 1904 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Edward Korczyński. Obecnych członków 8 i Prezes Tow. lek. krak. Prof Dr. Nowak.

1. Podkomisya (Dr. Śliwiński i Dr. Bier), delegowana przez przewodniczącego na podanie p. mag. farm. M. L. Dobrowolskiego z Podgórza do zbadania przydatności gruntu, zakupionego pod nową fabrykę przyborów opatrunkowych i wyrobów farmaceutycznych, złożyła sprawozdanie tej treści, że obszerny grunt, położony zdala od budynków miejskich, na spadzistym terenie Krzemionek, nadaje się w zupełności do tego celu. Bliższych wskazówek co do budowy samej fabryki nie można udzielić na razie, dopóki p. Dobrowolski nie przedłoży szczegółowych planów projektowanej budowy. Sprawozdanie to przyjęto do wiadomości.

2. W odpowiedzi na pismo Gremium aptekarzy Galicyi zachodniej, w któremto piśmie Gremium aptekarzy domaga się nietylko w imieniu własnem, ale także w imieniu lekarzy praktykujących wydania odezwy do lekarzy, ażeby nie przepisywali t. zw. specyfików, gdyż to ich naraża na uszczerbek w dochodach, uchwalono w myśl wniosku podkomisyi (Doc. Dr. Lemberger i Dr. Śliwiński) odpisać: 1) że Gremium powinno wpływać na swych członków, ażeby chorym, zgłaszającym się do aptek, nie ordynowali bez przepisu lekarskiego; 2) by panowie aptekarze nie wyrabiali sami specyfików, ani też bez potrzeby nie sprowadzali ich, a w każdym razie, by się zastosowali do przepisów państwowych, odnoszących się do sprzedaży leków o niewiadomym składzie chemicznym; 3) ażeby Gremium wspólnie z innemi gremiami starało się o to, ażeby wszystkie te środki lecznicze, których nazwa jest patentami zabezpieczona, według składu chemicznego nazwane, objęte zostały taksą aptekarską.

3. Przyjęto z bardzo nieznacznemi zmianami referat Prof. Dra Ludomiła Korczyńskiego, wypracowany jako odpowiedź na memoryał Namiestnictwa w sprawie ulepszeń w zdrojowiskach i uzdrowiskach krajowych. Uchwalono memoryał ten przesłać Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu.

Dr. Michał Śliwiński, sekretarz Komisyi.

VI. Ginekologia u Aretaeusa.

Przyczynek do dziejów ginekologii.

Przez

Dr. Jana Lachsa.

(Ciąg dalszy).

Jedną z bardzo ważnych chorób macicy, która starożytnym lekarzom dużo dawała do myślenia, jest zapalenie (φλεγμασίη) macicy. Określenia tego cierpienia Aretaeus nie podaje, powołując się jedynie, że to już uczynił w innem bardziej po temu odpowiedniem miejscu. Z tego jednak, co powiada, wynika dosyć jasno, że cierpienie to uważał za chorobę ostrą [95]), która się objawiała gorączką, dreszczami, niemożnością mówienia i brakiem tętna [96]). Obok tych objawów towarzyszy także zapaleniu macicy bolesne miesiączkowanie lub może nawet całkowity jej brak. Przy leczeniu bowiem napadu histerycznego, spowodowanego zapaleniem macicy, radzi Aretaeus starać się o łatwy odpływ krwi miesiączkowej [97]). Opisu przyczyny choroby i jej przebiegu nie znajdujemy nigdzie. Pewne jednak wskazówki na etyologię zapalenia macicy mogą podać poglądy Aretaeusa na zapalenie innych narządów. Aby zapalenie mogło przyjść do skutku, konieczną jest taka zmiana temperamentu pod względem ciepłoty i wilgotności, jak ją powoduje nadmiar żółtej żółci [98]). Właściwej przyczyny, powodującej tę zmianę w samej właśnie macicy, Aretaeus nie podaje. Pewne wskazówki zaznacza w tym kierunku wyżej wymieniony pogląd jego na ogólną etyologię chorób kobiecych. Ściślejszym, aniżeli Aretaeus, był pod tym względem Galen [99]), którego wiadomości o zapaleniu macicy są bardzo do naszych dzisiejszych zbliżone, a nawet przewyższają opis tego cierpienia u Soranusa [100]).

Z powodu bliskiego sąsiedztwa pęcherza i ścisłego związku, jaki zachodzi pomiędzy nim a macicą, pęcherz jest narażony na cierpienia następowe, będące wynikiem ucisku [101]). Okoliczność ta pozwala wnioskować, że Aretaeusowi znane były niektóre zmiany anatomiczne, towarzyszące zapaleniu macicy, a przedewszystkiem jej powiększenie. Skoro bowiem macica wśród prawidłowych warunków nie ugniata pęcherza, czyniąc to jedynie w przebiegu zapalenia, natenczas wniosek nasz będzie najbliższym. Że zaś starożytni lekarze o zmianie wielkości macicy w przebiegu jej zapalenia wiedzieli i na nią uwagę zwracali, tego dowodem niech będzie Soranus [102]), który wielokrotnie o obrzęku macicy w stanie zapalenia wspomina. Znajdujemy także u nich wzmianki o objawach ze strony pęcherza, z tą jednak różnicą, że gdy jedni przypisywali je przenoszeniu się sprawy zapalnej z macicy *per continuitatem* [103]), to inni odnosili te objawy już to do tej właśnie okoliczności, już też do powiększania się macicy [104]). Leczenie polegało na upustach krwi w okolicy stawu łokciowego i spojenia łonowego, jak to wynika z przepisów, jakie Aretaeus poleca podczas napadu histerycznego [105]).

Dalszem cierpieniem macicy, powodującem zmianę jej wielkości, jest puchlina (ὕδρωψ), a więc napełnienie narządu tego wodą [106]). Nie jest to cierpienie pierwotne, lecz bywa zawsze wyrazem i następstwem innych chorób ustroju. Podczas gdy wobec gromadzenia się wody w innych narządach lekarz stoi prawie bezsilny, w puchlinie macicy pomaga mu sama natura w ten sposób, że rozwiera ujście maciczne i powoduje w ten sposób odpływ wody nagromadzonej, co znowu pozwala na przypuszczenie, że miejscem gromadzenia się płynu jest sama jama macicy. Gromadzenie się płynu nie zawsze jednak bywa przyczyną tego cierpienia. Jako zwolennik szkoły pneumatycznej pozwala Aretaeus i powietrzu („πνεῦμα") zatrzymywać się we wnętrzu macicy, a leczenie tej postaci jest zupełnie identycznem z leczeniem poprzedniej. O wypełnianiu się macicy powietrzem wspomina także i Soranus [107]) Podczas gdy jednak cierpienie to jest podług Soranusa dowodem nieprawidłowo przebiegającego połogu, to Aretaeus wspomina o niem jako o sprawie niepołogowej.

Wiele stosunkowo miejsca i czasu poświęca Aretaeus wrzodom macicy, albo raczej części pochwowej, jakkolwiek nad ich etyologią nie zastanawia się wcale. Rozróżnia on trzy rodzaje tych wrzodów, uważając je jedynie za trzy okresy w rozwoju jednego i tego samego cierpienia. W pierwszym okresie mamy do czynienia jedynie z ubytkiem nabłonka („...ὅκως ἀναδορή τις ἐπιπολῆς..." [108]), a powierzchnia samego wrzodu czyni wrażenie, jakgdyby była solą posypana. Na zewnątrz objawia się wydzieliną ropną w małej ilości i nie cuchnącą. Lekarz może w tych przypadkach dobrze rokować „εὐήθεα τάδε τὰ ἕλκεα" [109]).

Gorszym jest dla chorej drugi okres choroby. Pod względem anatomicznym i klinicznym różni się ten okres od poprzedniego tem, że wrzody stają się głębsze, a chore same stwierdzają obfitszą i bardziej cuchnącą wydzielinę ropną. Okres ten daje się wprawdzie dosyć we znaki chorym, lecz i tu lekarz może być o ich życie spokojny, gdyż z tego powodu nie grozi chorym bynajmniej jeszcze śmierć. W miarę dalszego rozwoju cierpienia drąży wrzód coraz bardziej w głąb, brzegi jego stają się twarde i nierówne, przybierają charakter żrący i nie zabliźniają się nigdy. Chorym dokuczają bole, upławy („...ἰχώρ τις κακώδης..." [110]) brudne i cuchnące, pośród których można czasem zauważyć strzępki, pochodzące z rozpadu części zajętej, a po dłuższem wreszcie trwaniu cierpienie sprowadza śmierć.

W trzecim okresie wrzody macicy mogą uledz zwyrodnieniu, przeobrażając się w raka [111]). Pod względem anatomicznym nie różni się sam wrzód rakowaty niczem od żrącego. Różnice występują jedynie w okolicy wrzodu i w narządzie dotkniętym chorobą. Napięcie w naczyniach krwionośnych, otaczających wrzód, zwiększa się, do macicy całej napływa więcej krwi, a zbitość jej staje się twardszą. Rozpoznanie cierpienia jest możliwem jedynie przez badanie przedmiotowe zapomocą palca, wprowadzonego do pochwy. „ἔστι δὲ πεπνυμένοισι οὐκ ἄσημον τῇ ἁφῇ" [112]). Z tego powodu nie należy go też zaniechać. U chorych występują obok objawów, towarzyszących wyżej wspomnianym wrzodom, gorączka i uczucie trwogi. Odmienną od tej postaci raka jest

---

[95]) De caus. et sign. diut. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 162.
[96]) De caus. et sign. ac. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 63.
[97]) De cur. ac. morb. lib. II. cap. X. K. str. 288.
[98]) De causis et signis ac. morborum lib. II. cap. IV. K: str. 41.
[99]) Patrz: Lachs, Ginekologia Galena, »Przegląd lekarski« z roku 1902 i 1903.
[100]) Soranus lib. II. cap. II. 18.
[101]) De causis et signis ac. morb. lib. II. cap. X. K. str. 58.
[102]) L. c.
[103]) Galeni in aphorismos Hippocratis com. quint. 58 K. XVIII. b.
[104]) Soranus l. c.
[105]) De cur. ac. morb. lib. II. cap. X. K. str. 286 i 288.
[106]) De causis et signis diuturnorum morborum lib. II. cap. I. K. str. 130.
[107]) Sorani gyn. lib. II. cap. VI. 31.
[108]) De causis et signis diuturnorum morborum lib. II. cap. XI. K. str. 165.
[109]) L. c.
[110]) L. c.
[111]) Patrz: Lachs, Poglądy lekarzy starożytnych na przyczynę, przebieg i leczenie raka. »Przegl. lek.« z r. 1904.
[112]) De caus. et sign. ac. morborum lib. II. cap. XI. K. str. 166.

pod względem anatomicznym i klinicznym, jakkolwiek bardzo podobna pod względem rokowania, druga, t. zw. nie wrzodziejąca postać raka macicy. Lekarz badający znajduje guz twardy, sprowadzający także stwardnienie całej macicy, o powierzchni gładkiej, a w każdym razie nie wrzodziejącej. Pod względem klinicznym różni się postać guzkowata od wrzodziejącej przedewszystkiem tem, że w pierwszej brak owej przykrej wydzieliny, co przecież nie może pozostać bez wpływu na cały przebieg choroby. Zresztą objawy są mniej więcej te same w obydwóch postaciach. Co się tyczy przebiegu raka, to Aretaeus uważa go za cierpienie nieco dłużej się wlokące, co już z tego wynika, że nad nim zastanawia się w księdze o chorobach długotrwałych. Zresztą sam to wyraźnie przyznaje, że przebieg cierpienia jest dosyć powolny, lecz prowadzi zawsze do śmierci. Czas trwania choroby zależy od rodzaju raka. Już z objawów, jakie towarzyszą dwom odmianom raka, wynika, że inaczej przebiega rak wrzodziejący, a inaczej guzkowa jego postać. Wydzielina bowiem posokowata, żrąca i cuchnąca nie może pozostać bez wpływu na resztę ustroju. Dlatego też rak wrzodziejący daje stanowczo gorsze rokowanie tak ze względu na bole, jak i na przebieg.

Co się tyczy ostatecznego wyniku, to lekarz powinien zawsze z chwilą rozpoznania raka rokować źle, gdyż rak powoduje bezwarunkowo śmiertelne zejście chorej.

Co do stanowiska klinicznego, jakie Aretaeus po rozpoznaniu raka zajmuje, jesteśmy niestety skazani na domysły, gdyż nas nie doszedł odpowiedni rozdział jego „sposobów leczenia chorób długotrwałych.“ Najbliższymi jednak prawdy będziemy, jeżeli przyjmiemy, że Aretaeus zachowywał się wyczekująco. Doświadczenie go bowiem pouczyło, że już każde dotknięcie części schorzałej, jakoteż nie mniej stosowanie środków leczniczych, wywołuje znaczne bole, a w każdym razie pogorszenie. „...ψαύσεσι τε καὶ φαρμάκοισι, καὶ χαλεπαίνει πῶς καὶ ἰητρῷ...“ [113]). Poglądy Aretaeusa na przebieg i leczenie raka macicy są w najdrobniejszych szczegółach identyczne z tymi, jakie o tej sprawie ogłosił Galen [114]).

Ażebyśmy już więcej nie potrzebowali wracać do nowotworów macicy, zanotujmy tutaj, że nowotwory dobrotliwe części pochwowej nie były obce Aretaeusowi. Zastanawiając się bowiem nad leczeniem napadu histerycznego wspomina Aretaeus, że wywołać go może opadnięcie macicy, spowodowane guzem części pochwowej. „καὶ γὰρ προπετεστέρη τῷ πάθει καὶ τῷ ὄγκῳ τοῦ αὐχένος γίγνεται“ [115]). Aretaeus wprawdzie nic powiada wprost, że ma na myśli guzy niezłośliwe; z okoliczności jednak, że guzy, o których on wspomina, nie wywołują innych objawów, jak tylko opadanie macicy, tudzież i z tego, że Aretaeus uważa je za przyczynę napadów histerycznych, nie przypisując im żadnego zresztą ważniejszego znaczenia, należy wnosić, że idzie tu o guzy dobrotliwe części pochwowej.

Nowotwory części pochwowej nie są jedynem cierpieniem tej części macicy, jakie znajdujemy u Aretaeusa. On wspomina bowiem i o innych jej chorobach, określając je tak ogólnikowo słowami: „...τῷ πάθει... τοῦ αὐχένος...“, że wszelkie usiłowania bliższego określenia nie byłyby usprawiedliwione.

Macica jest w stanie zmieniać swoje położenie. Już powyżej, zastanawiając się nad fizyologią macicy, wspomnieliśmy o tej jej zdolności. Tu dodamy, że macica może zmieniać położenie już to w obrębie ustroju, — przesuwając się w prawo, w lewo, ku górze lub ku dołowi, — lub też opadać na zewnątrz, stając się widoczną dla oka lekarza. Przyczyny, powodujące to przemieszczenie macicy, mogą być rozmaite. Najczęstszą przyczyną bywają nieprzyjemne wrażenia węchu [116]), które ją niejako zmuszają do ucieczki, wstrząsanie kobiety, poronienia [117]), zaparcie stolca [118]) i t. d. Pod wpływem tych czynników przychodzi do zwiotczenia więzadeł, utrzymujących macicę w położeniu prawidłowem, czego następstwem bywa jej przemieszczenie lub opadanie. Działanie tych czynników tłómaczy sobie Aretaeus czysto mechanicznie, twierdząc, że więzadła przez dłuższy czas przez macicę pociągane, wiotczeją i nie są więcej w stanie odpowiedzieć swojemu zadaniu. Zdaje się jednak, że samo zwiotczenie więzadeł nie wystarcza jeszcze całkowicie do spowodowania przemieszczenia macicy. W rozdziale bowiem, w którym się Aretaeus zastanawia nad napadem histerycznym [119]), powiada, że z chwilą ustąpienia napadu wilgotnieją części rodne („...ὑγρότης τῶν γυναικηίων τόπων...“). Spostrzeżenie to dopuszcza wniosek, że wymienione czynniki, których następstwem bywa przemieszczenie macicy, wpływają na zmianę temperamentu najbliższego jej otoczenia, a mianowicie zmniejszają jego wilgotność. Brak wilgotności, jako czynnika etyologicznego przemieszczenia macicy *in toto*, znajdujemy zresztą i u Hipokratesa [120]), który twierdzi, że zaniechane spółkowanie przez dłuższy czas po połogu może z powodu nie zwilżania macicy spowodować jej opadnięcie. Pod względem etyologii opadania macicy najbardziej do Aretaeusa zbliża się Soranus [121]). Ten ostatni jednak, wychodząc z zapatrywania, że poznanie i badanie stosunków anatomicznych nie są koniecznie lekarzowi potrzebne, popełnia i tutaj błąd, tłómacząc, że opadanie macicy odbywa się w ten sposób, że więzadła rozrywają się pod wpływem odpowiednio działających czynników.

Aretaeus rozróżnia dwa stopnie opadania macicy. Z pierwszym stopniem ma lekarz do czynienia wtedy, gdy z pochwy sterczy jedynie część pochwowa „προσπίπτει κοτὲ τὸ στόμιον τῆς ὑστέρης μοῦνον μέσφι τοῦ αὐχένος... W tym okresie kobiety nie cierpią zbyt wiele, gdyż są w stanie same każdej chwili odprowadzić macicę do wnętrza przez wdychanie przyjemnej woni. Szybciej i łatwiej odprowadzi ją naturalnie położna, posmarowawszy poprzednio rękę odpowiedniemi maściami. Gorszym bez porównania od tego okresu jest okres drugi, w przebiegu którego macica opada w całości. Odróżnienie tego okresu od pierwszego daje się uskutecznić już samem okiem, gdyż widzi się między udami całą macicę. Z objawów charakterystycznych wymienia Aretaeus jedynie niemożność leżenia na boku, lub na wznak, przyznając jednak, że cierpienie to jest przykre i straszne. Macica może opaść nagle, jak n. p. po poronieniu lub gwałtownem wstrząśnieniu, lub też opada zwolna. Przebieg cierpienia bywa przewlekły, o ile chore bezpośrednio po opadnięciu macicy nie umierają. Do najprzykrzejszych następstw, spowodowanych przez opadnięcie, należą napady histeryczne.

Leczenie ma na celu, podobnie jak leczenie pierwszego stopnia, odprowadzenie macicy opadniętej. Dlatego należy przedewszystkiem wyzyskać zdolność macicy do przyjmowania wrażeń węchu i przykładać do niej rzeczy cuchnące, przed któremi ucieka do wnętrza. Gdy to nie wystarcza, należy ją odprowadzić ręką, pokrytą maściami, przynoszącemi ulgę w bolach. Nie wolno się jednak ograniczać do samego odprowadzenia części opadniętej, lecz trzeba także zapobiedz ponownemu jej opadaniu. W tym celu służą przestrzykiwania pochwowe rozczynami przyjemnie wonniejącymi, lub też wprowadzanie do pochwy maści, w których skład wchodzi narduszek, bakchar (βάκχαρις) egipski [122]), narduszek

[113]) Ibidem str. 166

[114]) Galeni in aphor. Hippocr. com. sext. 38 Methodus medendi lib. XIV. cap. V. K. X

[115]) De cur. ac. morborum lib. II. cap. X. K. str. 285.

[116]) De caus. et signis ac. morborum lib. II. cap. XI. K. str. 61.

[117]) De causis et signis diut. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 167.

[118]) De cur. ac. morb. lib. II. cap. X. K. str. 287.

[119]) De causis et signis ac. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 60.

[120]) De mul. morbis I. K. II. str. 610.

[121]) Sorani gyn. lib. II. cap. XXXI. 84.

[122]) Co przez bakchar należy rozumieć, tłómaczy Dioskorides w »materia medica« lib. I. cap. IX i Sprengel w komentarzu do tejże. (Pedanii Dioscoridis Anazarbei T. I—II. ed Kühn. Lipsiae 1829—30),

indyjski (μαλάβαθρον)[123]) lub cynamon utarty z oliwą. Na okolicę odbytnicy należy zastosować leki, które pobudzają do oddawania wiatrów, tudzież dawać lewatywy nie drażniące, lecz opróżniające, w skład których wchodzi ślaz, sok bożej trawy, lub też odwar koniczyny, albo majoranku z oliwą [124]).

Te same czynniki, które powodują opadanie macicy, są w stanie sprowadzić jej wynicowanie. Powyżej, kiedyśmy się zastanawiali nad patologią połogu, podaliśmy poglądy Aretaeusa na to cierpienie i jego przebieg. Tu dodamy jedynie, że poza porodem wynicowanie macicy mogą spowodować gwałtowne wstrząśnienia mechaniczne. Rokowanie jednak co do wyzdrowienia staje się przy wynicowaniu co najmniej wątpliwem, gdyż chore czasem w chwili powstania choroby szybko umierają. Leczenie, jeżeli chore przetrzymają pierwszy napad, jest pod każdym względem identyczne z leczeniem opadnięcia macicy [125]). Rzecz to naturalna, jeżeli uwzględnimy, że lekarze starożytni identyfikowali obydwa cierpienia lub przynajmniej, — jak to czynił n. p. Soranus [126]), — uważali wynicowanie jedynie za dalszy okres opadnięcia. (C. d. n.)

VII. Sprawa kąpieli mineralnych w Krynicy.

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

II. Ogrzewanie kąpieli.

W Krynicy przy budowie łazienek mineralnych w roku 1866 zaprowadzono ogrzewanie wanien najlepszą, ale też najkosztowniejszą metodą Schwartza, która na tem polega, iż wannę po napełnieniu wodą mineralną ogrzewa się rurami z parą, umieszczonemi pod podwójnem dnem wanny. Do dzisiaj ta metoda jest ze wszystkich wogóle najlepszą, a jednak nie jest bezwzględnie dobrą i nie zaleca się tak bardzo, aby ją zastosować w łazienkach mineralnych, które w niedługim czasie będą wybudowane w Krynicy, gdyż ma bardzo liczne wadliwości, które znacznie obniżają jej istotną wartość.

Kąpiele mineralne ze szczaw czy to żelazistych, czy też solankowych, działają lecząco przeważnie, jeśli nie wyłącznie, zawartością kwasu węglowego, który w kąpieli w postaci baniek osiada na powierzchni ciała, w niej zanurzonej. Że zaś ten gaz kwasu węglowego istotnie wolny, przy zetknięciu z powietrzem łatwo się wydala, a jeszcze więcej i łatwiej wydala się przy ogrzewaniu tak, że przy wyższych stopniach ciepłoty wydala się nawet kwas węglowy niby wolny, przeto sposób ogrzewania wody na te kąpiele powinien być tego rodzaju, iżby ile możności chroniło się wodę mineralną od zetknięcia się z powietrzem, a powtóre ograniczyło się jej ogrzanie tylko do żadanego stopnia, a stanowczo zabezpieczało od zbyt wysokiego rozgrzania.

Metoda Schwartza tylko do pewnego stopnia czyniłaby zadość temu w takim razie, gdyby jedną kąpiel przyrządzała jedna kąpielowa na jedną godzinę. Wtedy bez przerwy czuwałaby z ciepłomierzem w ręku, aby woda w całej wannie ogrzała się tylko do żadanego stopnia ciepłoty. Ale i w takim razie nie chroni się wody od przystępu powietrza, ale przeciwnie przez ciągłe mieszanie wody ręką, aby szybko rozgrzewającą się wodę na dnie wanny mieszać z górnemi warstwami chłodniejszej wody, wpływa niekorzystnie, bo przez to musi się woda więcej stykać z powietrzem i musi się z niej więcej wydalać kwasu węglowego, czyli osłabia się wartość leczniczą kąpieli. Zatem ta metoda w samej zasadzie, przy najlepszem wykonaniu nie jest bezwzględnie dobra.

Ale w ten sposób zwykle nie przyrządza się kąpieli, gdyż jedna kąpielowa robi równocześnie 4 wanny: zatem napuszcza ona do wanny część wody mineralnej i otwiera kran z parą, potem robi toż samo w drugiej łazience, w trzeciej i czwartej. Następnie wraca do pierwszej łazienki, gdzie woda rozgrzała się do wysokiej ciepłoty, dopuszcza wodę zimną mineralną i w ten sposób doprowadza wodę w wannie do żądanego stopnia ciepłoty. Ponieważ ta czynność dosyć dużo czasu wymaga, dlatego woda w drugiej łazience jeszcze więcej się rozgrzała, a w czwartej już jest tak gorącą, że kwas węglowy wydalił się zwykle zupełnie, a woda stała się mętną, bo strąciły się sole mineralne, a doprowadziwszy wodę zimną przyrządza kąpiel na żądany stopień, ale w tych razach zwykle znaczną część wody trzeba odpuścić, t. j. wprost zmarnować. Tym sposobem wartość lecznicza kąpieli obniżyła się może do połowy, gdyż kwas węglowy pozostał tylko w tej ilości wody, która nie była grzaną, lecz doprowadzono ją zimną. Czyli że metoda Schwartza redakuje wartość leczniczą kąpieli do połowy, a naraża na straty z jednej strony przez marnowanie wody mineralnej, a z drugiej, przez niepotrzebne zużywanie ciepła pary, czyli zmniejsza dochód i zwiększa rozchód.

Ujemną stroną tej metody ogrzewania jest także to, że dno wanny jest mocno ogrzane tak, iż trzeba podkładać na dno deszczułkę drewnianą, aby w wannie można było usiąść i dopiero po dłuższym czasie ciepłota dna wyrównywa się z ciepłotą kąpieli. To jednak dzieje się tylko wtedy, gdy mechanizm funkcyonuje z zegarkową dokładnością. Ale ta dokładność jest możliwą tylko do pewnego stopnia, gdyż krany mosiężne się ścierają, przestają być ścisłymi, a para szczelinami przedostaje się do rury w dnie wanny i ciepłota kąpieli zwolna się podnosi tak, że w czasie kąpania się dochodzi o parę lub kilka stopni wyżej, niż być powinna, a to już jest wręcz zdrowiu szkodliwem.

A zatem metoda ta ogrzewania kąpieli gazowowodnych pod względem leczniczym nie jest bezwzględnie doskonałą; przy zwykłej, względnie racyonalnej administracyi obniża wartość lecznicza kąpieli do połowy, a przy koniecznych zużyciach mechanizmu łatwo naraża chorych na niebezpieczeństwo.

Innych jeszcze rodzajów wadliwości ten system ma bardzo dużo. Zaczniemy od tych, które dotyczą pośrednio lub bezpośrednio chorych. Nabywanie biletów na kąpiele jest bardzo uciążliwe wobec tej komplikacyi, że bilet musi być ściśle określony na dzień, godzinę i numer łazienki; przez to kupujący bilety wyczekiwać muszą 3 do 4 razy dłużej, niżby to być powinno, a potrzeba do sprzedaży 4 kasyerów zamiast jednego lub 2 najwyżej. Nadto chorzy ściśle muszą się stawić w pierwszych 15 minutach oznaczonej godziny, bo w późniejszych minutach główny kran z parą musi być zamkniętym, więc kąpieli ogrzać już nie można. Oprócz tego 15 do 20 minut traci się niepotrzebnie, bo kąpiel powinna być zrobioną w 2 do 3 minut, marnuje się dużo

[123]) Dioscorides mat. med. lib. I. cap. XI. et LXXVI. lib. V. cap. LXVII.
[124]) De curatione ac. morborum lib. II. cap. X. K. str. 287.
[125]) De caus. et sign. diut. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 167.
[126]) Sorani gyn. lib. II. cap. XXXI. 84.

opału, który nie zużytkowuje się ku celom rentownym, ale wydaje wyniki szkodliwe, jak nadmierne przegrzewanie całego budynku w czasie gorących dni. A dalej ta metoda niepotrzebnie naraża na zmniejszenie się rentowności przedsiębiorstwa przez to, że w danej godzinie może być wydaną tylko ta ilość kąpieli, ile jest wanien, mimo wanien, do których osoby nie przybyły w pierwszych 15 minutach godziny. Jestto wielka strata czasu, który jest pieniądzem, jako odsetek kapitału włożonego w budowę, urządzenia i administracyę, bo osoby są zależne od mechanizmu, a nie mechanizm stosuje się do osób.

Pod względem mechanicznym metoda ta jest bardzo zawikłaną, a wymaga niezwykłej dokładności wobec zbyt wysokich sił dynamicznych, przeto potrzebuje ciągłej niezmiernej baczności, nieustannych napraw i ciągłych wkładów finansowych, a nie daje w swem zastosowaniu żadnej rekompensaty w dokładnem zużytkowaniu, ale jest przeciwnie: w zastosowaniu występują wyraźne, a wysokie straty finansowe — marnotrawstwo.

Tak przedstawia się ze wszystkich metod ogrzewania najlepszy system Schwartza, który to system niby ulepszył, ale raczej jeszcze więcej zawikłał, a wad istotnych nie usunął Czernicki.

Krytykowanie ogrzewania kąpieli z kwasem węglowym jest na porządku dziennym niemal we wszystkich zdrojowiskach europejskich; mnie nie zależy na krytyce, ale zależy mi na Krynicy, dlatego wspomnę tu jeszcze o metodzie Priema, ulepszonej przez Wächtlera, z tej przyczyny, że w Krynicy w łazienkach kąpieli mineralnych ze zdroju Józefa zaprowadzono ogrzewanie w jednej systemem Schwartza, w innych systemem Wächtlera. Ten system polega na tem, że nie wpuszcza się pary wprost do wanny z wodą mineralną, jak Priem to czyni, gdyż prężnością pary wydalało się bardzo dużo kwasu węglowego, ale to zetknięcie się wody z parą uskutecznia się nie w wannie, lecz w samej rurze dopływowej. Wynik jest ostatecznie ten, że z tej samej wody mineralnej równocześnie robione kąpiele, ogrzewane metodą Schwartza, mają względnie dużo kwasu węglowego, a kąpiele, ogrzewane metodą Wächtlera, są prawie zupełnie pozbawione tego gazu.

Podniosłem tutaj tę sprawę ogrzewania kąpieli mineralnych i wykazałem wielkie i różnorodne wadliwości najlepszej ze wszystkich metod ogrzewania dlatego, aby wykazać, że zawczasu trzeba się starać o to, by w nowych łazienkach mineralnych, które za 2 lub 3 lata będą postawione w Krynicy, zaprowadzono ogrzewanie kąpieli istotnie dobre, a że takiego jeszcze niema w Europie, nie jest racya, abyśmy go nie mogli znaleźć dla Krynicy i w Europie zaprowadzić. Sprawę tę we właściwym czasie podniesiemy.

VIII. † Prof. Władysław Niemiłowicz,

doktor medycyny i filozofii, profesor chemii lekarskiej w Uniwersytecie lwowskim, zakończył życie we Lwowie dnia 15 b. m. Zmarły przyszedł na świat w Tarnopolu r. 1863; studya gimnazyalne odbył w Krakowie, uniwersyteckie zaś początkowo w Krakowie, a następnie w Wiedniu, gdzie otrzymał stopień doktora filozofii, a wkrótce potem doktora medycyny. W r. 1890 ś. p. Niemiłowicz habilitował się w Wiedniu na docenta chemii lekarskiej; po roku przeniósł się do Lwowa w charakterze docenta, a następnie profesora nadzwyczajnego farmakognozyi. W czasie uzupełniania Uniwersytetu lwowskiego wydziałem lekarskim mianowany został profesorem chemii lekarskiej. W r. 1902/3 był dziekanem wydziału lekarskiego. Wysoko był ceniony jako badacz i profesor. Cześć Jego pamięci.

Pogląd na działalność naukową ś. p. Niemiłowicza podamy w Nr. następnym.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 23 czerwca.

* Wykłady chemii lekarskiej w Uniwer. lwowskim po śmierci prof. Niemiłowicza objął zastępczo prof. higieny Dr. Bądzyński.

* Stopień doktora wszech nauk lekarskich w Uniw. Jag. otrzymał Tadeusz Kolasiński.

* Według statystyki miejskiego fizykatu lwowskiego w stolicy Galicyi mieszka 319 lekarzy, z których praktykuje tylko 300, a z tych 15 poświęca się okulistyce, 21 położnictwu, 23 chirurgii, 12 dentystyce. W r. 1903 przybyło we Lwowie lekarzy 14.

* W dniu 8 czerwca bawiło już w Ciechocinku osób 2486; z wielu względów wnosić należy, że napływ leczących się w Galicyjskich zdrojowiskach w roku obecnym będzie mniejszy, mianowicie że uszczupli się znacznie liczba przybywających z pod zaboru rosyjskiego.

* Ze »Sprawozdania Kasy i t. d. imienia Dr. Z. Mianowskiego« za rok 1903 dowiadujemy się, że liczba członków Kasy wynosiła osób 942. Z funduszu obrotowego wydano: 1) na badania naukowe 14,755 rb.; 2) na wydawnictwa naukowe 14,145 rb., na pożyczki ludziom nauki 675 rb.. — razem: 29,575 rb., z funduszów zaś specyalnych 12,573 rb.

* Dr. K. Rumszewicz wybrany został wiceprezesem kijowskiego Towarz. oftalmologicznego.

* Z 7 kandydatów na opróżnioną katedrę terapeutycznej kliniki szpitalnej w wojskowo-lekarskiej akademii petersburskiej najwięcej głosów otrzymał Doc. Dr. Aleksander Fawicki.

* Gmina wiedeńska wystawiła pomnik nad grobem głośnego podróżnika, Dr. Holuba.

* Dr. Robert Koch wrócił do Berlina z Transvaalu. Podczas tej ekspedycyi naukowej wynalazł on skuteczną metodę uodporniania koni przeciw grasującej tam chorobie, zwanej po niemiecku „*Pferdesterbe.*“

* Dziekanem Wydziału lekarskiego na Uniw. wiedeńskim wybrany został profesor histologii Dr. Ebner.

* Kierownikiem Instytutu Pasteura mianowany został Dr. Roux, a jego zastępcą Dr. Miecznikow.

* Angielska Komisya, powołana w r. 1901 do zbadania i wydania orzeczenia, czy gruźlica ludzka jest taką samą chorobą, jak gruźlica zwierzęca, po odbytych studyach na 200 sztukach bydła doszła do stanowczego przekonania, że nie istnieje żadna różnica między gruźlicą ludzką a zwierzęcą.

* Dnia 12 czerwca zakończył życie w Montpellier najstarszy z lekarzy francuskich, Dr. M. David, który przyszedł na świat w r. 1801, a w dniu śmierci liczył 103½ lat. Do ostatniej chwili życia zachowywał całą pełnię władz umysłowych.

* Między 7 a 13 czerwca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bobreckim (1 gm.), brzeżańskim (1 gm.), czortkowskim (1 gm.), gródeckim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), kałuskim (1 gm.), lwowskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), rawskim (4 gm.), skałackim (2 gm.), śniatyńskim (3 gm.), starosamborskim (1 gm.), stryjskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tarnowskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), turczańskim (5 gm.), zaleszczyckim (2 gm.), złoczowskim (3 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Prof. Pfannestiel, ginekolog, mianowany został na miejsce Hegara w Freiburgu. Doc. Pässler mian. profesorem nadzwyczajnym medycyny wewnętrznej w Lipsku. Dr. Krehl mian. profesorem zwyczajnym medycyny wewnętrznej w Strassburgu. Dr. Krawkow mian. prof. zwyczajnym farmakologii w petersburskiej Akademii wojskowo-lekarskiej.

Nekrologia. Dr. Larguier des Bancels, nadzw. profesor sądowej medycyny zmarł w Lozanie. Dr. Hayes profesor chirurgii zmarł w Dublinie.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Z. 11. Lisowski: Spostrzeżenia nad stałem przepłókiwaniem według prof. Snigerewa.

— *Medycyna* Nr. 24. Sterling: O porażeniu astenicznem (dok.). Łapiński: Dormiol, jako środek nasenny.

— *Gazeta lekarska* Nr. 24. Sterling: Z kazuistyki choroby Tay-Sachsa. Pruszyński: O wpływie adrenaliny na układ krwionośny (c. d.).

— *Postęp okulistyczny* Nr. 6. Wicherkiewicz: O najwłaściwszem operowaniu małych szpar powiekowych. Noiszewski: Powstawanie i rozkład wyobrażeń wzrokowych (c. d.).

— *Odczyty kliniczne* N. 183 i 184. Piotrowski: O wpływie klimatu górskiego na ustrój.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 6. Skórczewski: Urządzenia higieniczne w zdrojowiskach i uzdrowiskach Galicyi. W. E. R.: Zakopane.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 6. Regiec. Rymanów-Zdrój i jego wody mineralne. Kołączkowski: Szczawnica. Uzdrowisko podgórskie i zakład zdrojowo-kąpielowy alkaliczno-słony.

— *Revue v neurologii, psychiatryi, fisikalni a diaetetické therapii* Z. 6: Prušak: Kterými prostředky sluši bojovati proti alkoholismu se stanoviska práva trestniho? Skála: Tabes juvenilis (dok.).

— *Liečnički Viestnik* Nr. 6. Schwarz: Slučaj perinealne intracapsularne prostatektomije. Čačković: Gangraena coecum usljed roztegnuća kod zatvora crieva na flexuri sigmoidei. Mirković: Sudbeno lečnička rozudba trupla djeteta Gaje Č iz sela R. sbog otrovanja sublimatom.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 24. Scherer: Aetiologie Bednárových apht (dok.). Krlin: Přispěvek k odstraněni technických obtiži při subkutannich paraffinových prothésách (c. d.). Zahradnický: Zpráva o 604 kýlách v nemocnici německobrodské operovaných (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 46. Froelich: Kiłowe zapalenie kręgów. Martinet: Uwagi o działaniu diastazy i o energii pierwotnej substancyi żywej.

— Nr. 47. Lavarenne: Zapobieganie głuchocie i jej leczenie. Romme: Krążenie krwi w guzach i wyleczalność nowotworów.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 24. Jürgens: Rzeżączkowe zapalenie jamy ustnej u dorosłych. Kövesi i Roth-Schulz: Leczenie zapalenia nerek. Salomon: Badania wymiany gazów w chorobie Basedowa i akromegalii. Baumstark: Działanie tiosynaminy w chorobach przewodu pokarmowego. Maragliano: Leczenie swoiste i wstrzykiwania ochronne przeciw gruźlicy (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 24. Finger: Kiła owłosionej części głowy. Kreibich: Wpływ światła słonecznego na skórę i spojówkę. Landsteiner i Eisler: Istota działania surowicy hemolitycznej. Neumann: Nowa zasada oznaczania granic żołądka. Hamburger i Sperk: Uwagi nad naszą pracą: „Biologiczne doświadczenia wsysania białka w kiszkach".

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 24. Rolly: Przyczynek do rozpoznawania duru brzusznego. Günther i Weber: Przypadek chorobowy u człowieka, wywołany przez »trypanosoma«. Kelling: Etyologia nowotworów złośliwych. Wendt: Odprowadzenie zwichniętej kości półksiężycowatej. Grashey: Operowanie przy świetle naprzemian to Röntgenowskiem to dziennem. Ahrens: Przypadek wyleczenia promieniami Röntgena ciężkiej białaczki śledzionowej z wielkim obrzękiem śledziony. Wulff: Wyleczenie drogą operacyjną wrodzonego uchyłku pęcherzowego. Bassewitz. Kazuistyczny przyczynek do różniczkowego rozpoznania moru dymieniczego. Ibrahim: Pompki do wyciągania pokarmu i ich zastosowanie. Dinkler: Ulepszenie zwykłej słuchawki. Becker: Nowy, dający się wyjaławiać wkraplacz oczny. Wesener: Rozpoznanie i zapobieganie durowi brzusznemu (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 25. Lewin: Pomoc dla robotników wyrabiających trucizny. Bassenge: Leczenie i zapobieganie przewlekłej zimnicy. Scholtz: Działanie promieni Röntgena i radu Opitz: Widoki na wyzdrowienie i leczenie ropnicy połogowej. Israel: Zastąpienie obu moczowodów. Jordan: Późny nawrót raka. Samter: Przypadek mięśniaka odźwiernika. Berthold: Nowy model przyrządu do leczenia gorącem powietrzem chorób nosa i uszów. Koeppe: Badanie konserwowanej maślanki, jako pokarmu oseskow. Schiffer: Weronal w praktyce dziecięcej. Studziński: Przyczynek do nauki działania w cukrzycy „essentia antimellini composita" (dok.).

Redakcya otrzymała: Haab: Atlas und Grundriss der Lehre von den Augenoperationen. Piątkowski: Ueber eine neue Eigenschaft der Tuberkel und anderer säurefesten Bazillen. Krokiewicz: Zur Pathogenese des Diplopneumococcus Fränkel-Weichselbaum. Ein Fall von Pneumococcosepsis metastatica. — Sprawozdanie dwudzieste drugie z działalności Kasy pomocy dla osób, pracujących na polu naukowem, im. Dr. Józefa Mianowskiego za r. 1903.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 24 (od 12/VI do 18/VI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł 35, dz. 17; nieżywo: chł. 1, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 13, kob. 20; zamiejscowych: męż. 16, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 11, ob. 8. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 2 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. 1, ob. 1 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 5, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. — 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. 1. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. — 19) krwotok mózgowy: miej —, ob. — 20) choroby narządu krążenia: miej 2, ob 1. 21) nowotwory: miej. 3 ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 5, ob. 7. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 2 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob —. **Razem** miej. 23, obcych 28.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr. **Jekels,** właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.

Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski,** docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).

Dr. **Witczak,** kierownik i właściciel Zakładu.

Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).

Dr. **Zanietowski Józef,** jun., lekarz zakł.

Kosów

lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.

Dr. **Tarnawski,** kierownik i właściciel.

Krynica.

Dr. **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens,** („pod Jeleniem“).
Dr. **Ebers,** radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Kopff Leon,** lekarz c. k. Zakładu zdrojowego.
Dr. **Lewicki Stanisław,** asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.,** („pod Orłem“).

Maryówka pod Lwowem.

Dr. **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakładu.

Ojców.

Dr. **Niedzielski St.,** dyrektor zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Daniłowski Br.,** asystent dyrektora.

Rabka.

Dr. **Lang,** lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz,** lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr. **Gorski Ksawery,** lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Hammerschlag Rudolf,** (dom „pod Attylą“).
Dr. **Kołączkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniczego dolnego i pensyonatu.
Dr. **Żuliński Edward,** (Willa „Alma“), (zimą w Meranie).

Truskawiec.

Dr. **Krzyżanowski E.,** radca ces., lekarz zakł.
Dr. **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł

Zakopane.

Dr. **Majewicz Edmund,** Przecznica.

Żegiestów.

Dr. **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr. **Kümmerling,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr. **Feuerstein Leon,** („Hotel Continental“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr. **Filipkiewicz Stefan,** lekarz zakł.
Dr. **Wobr,** lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Franzensbad.

Dr. **Steinsberg,** („Goldener Brunnen“).
Dr. **Zeitner Józef,** (dom „Stadt Paris“).

Gleichenberg.

Dr. **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger“ IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.

(Kąpiele morskie i piaskowe.)

Dr. **Oransz M.,** (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.

Dr. **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr. **Kaufmann Oskar,** (Sprudelstrasse, „Pascha“).
Dr. **Kołaczkowski,** („Stadt Athen“).
Dr. **Kostecki,** (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz,** (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau“).
Dr. **Kropf Leon,** (Theatergasse, „Minerva“).
Dr. **Maleszewski Wł.,** (Alte Wiese, „Drei Staffeln“).

Kissingen.

Dr. **Chłapowski Franciszek,** radca sanitarny.
Dr. **Maciejewski J.,** (Villa „Elsa“).

Kołobrzeg.

Dr. **Weissenberg Józef,** (zimą *Nervi*).

Marienbad.

Dr. **Dobija Fr.,** (Kaiserstrasse, „Weisser Schwan“).
Dr. **Harajewicz Wład.,** (Villa „Wahnfried“).
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).
Dr. **Schermant J.,** (Villa „Apollo“).

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)

Dr. **Binder,** kier. i właściciel sanatoryum „Stefania“.

Nauheim.

Dr. **Jankowski Fr.**

L. 1572/904.

Konkurs.

Wydział powiatowy w Krakowie ogłasza niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Liszkach dla 23 gmin i 10 obszarów dworskich z płacą stałą 1200 kor. i z ryczałtem na koszta podróży 500 koron.

Kandydaci mają wykazać: 1) prawo obywatelstwa austryackiego; 2) dyplom doktora medycyny; 3) znajomość języków krajowych; 4) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim; 5) dostateczną fizyczną zdatność (przez świadectwo c. k. lekarza powiatowego).

Prawa i obowiązki, z tą posadą połączone, określone są §§ 7 i 8 ustawy z dnia 2 lutego 1891 L. 17 dz. u. kr. i rozporządzeniem wykonawczem Nr. 82 i 83 dz. u. kr. z roku 1891.

Posada obsadzona będzie z dniem 1 września 1904 r. prowizorycznie na rok 1, — potem może nastąpić stabilizacya.

Podania wnosić należy do Wydziału powiatowego w Krakowie najpóźniej 31 lipca 1904.

Kraków dnia 31 maja 1904. 195

Prezes: *J. Skirliński.* Sekretarz: *Stafiej.*

Konkurs

Wydział Rady powiatowej żydaczowskiej rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Nowem Siole z płacą roczną 1000 koron i ryczałtem na objazdy służbowe 600 koron rocznie.

Okręg sanitarny obejmuje gminy: Nowe sioło, Obłażnica, Żyrawa, Izydorówka, Sulatycze, Balicze podróżne i zarzeczne, Machliniec, Hanowce, Rada, Juseptycze, Krechów, Łówczyce, Jajkowce, Mazurówka, Lubsza i Smuchów.

Lekarz okręgowy obowiązany jest utrzymywać aptykę domową.

Kompetenci prócz dostatecznej fizycznej zdolności mają wykazać następujące warunki: 1) prawo obywatelstwa austryackiego; 2) dyplom doktora medycyny; 3) nieskazitelny charakter; 4) znajomość języków krajowych; 5) praktyka lekarska przynajmniej dwuletnia.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią praktyką lekarską w szpitalu powszechnym lub egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej najpóźniej do dnia 31 lipca 1904

Żydaczów dnia 8 czerwca 1904. 197

Z Wydziału Rady powiatowej.

Za Prezesa: *Hoszowski.* Sekretarz: *K. Peszkowski.*

Ogłoszenie konkursu.

Zarząd Kasy chorych kopalń nafty w Schodnicy rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza Kasy chorych z płacą koron 3600 rocznie. Zgłoszenia należy wnosić do 15 lipca 1904 roku.

Zarząd Kasy chorych w Schodnicy. 196

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dr. Walentego Koczorowskiego:

1) Wpływy mózgu i móżdżku na odruchy.

2) Miażdżyca tętnicy wątrobowej i jej wpływ na powstawanie spraw chorobowych w wątrobie.

3) Zbadać powstawanie nowych przewodów żółciowych w przebiegu sztucznie wywołanej marskości wątroby (przez szczepienie gruźlicy).

4) Wpływ surowic (Marmorka, Maragliano i innych) na przebieg gruźlicy u zwierząt.

5) Sprawdzić doświadczalnie ochronne znaczenie sieci wielkiej w obec spraw zakaźnych i zgorzelinowych w jamie brzusznej.

6) Związki siarki w moczu w rozmaitych stanach patologicznych.

7) O biochemicznych własnościach paciorkowców.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1905 r. Za najlepsze dwie prace, napisane na wybrane tematy z liczby wyżej wymienionych, wyznaczone są dwie nagrody po 300 Rb. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego, każda w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopisach, pod adresem: „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ (ul. Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. Romualda Pląskowskiego, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w roku 1906 za pracę z dziedziny psychiatryi, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1 kwietnia 1904 do dnia 31 marca 1906 r., bądź też w rękopisie Towarzystwu lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specyalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych

Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1906 roku.

Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda Rb. 512 kop. 43. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem, co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami

Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w „Pamiętniku Towarzystwa“, zwraca się na własność autora.

186 Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*

Rok XLIII. Kraków 2 Lipca 1904. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O pojawianiu się ciałek szpiku kostnego (myelocytów) we krwi niemowlęcej.

Podali

Dr. Tadeusz Żeleński i Dr. Teodor Cybulski
asystent kliniki. demonstrator kliniki.

(Według odczytu wygłoszonego przez Dra Tadeusza Żeleńskiego w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem w dniu 11 maja 1904).

Przystępując do histologicznych badań krwi dziecięcej, musimy uwzględnić pewne jej odrębne właściwości, będące powodem, iż obrazy krwi, spotykane w różnych stanach chorobowych u dzieci, różnią się dość znacznie od takichże obrazów u osób dorosłych. Przyczyna tej różnicy leży przedewszystkiem we właściwej wiekowi dziecięcemu ogromnej żywotności narządów krwiotwórczych, wyrażającej się oddziaływaniem mniej lub więcej nasilonem prawie na wszystkie czynniki chorobowe, działające szkodliwie na ustrój dziecięcy. Zdolność ta do oddziaływania uwidocznia się nierzadko w obrzęku śledziony i wątroby, zjawisku tak pospolitem u dzieci w różnych dłużej trwających stanach chorobowych; dalej w leukocytozie, również bardzo częstej w pierwszych latach życia; jednakże dopiero histologiczne badania barwionych preparatów pozwalają nam bliżej wglądnąć w szczegóły tych dość zawiłych stosunków.

Systematycznie prowadzone badania takie przekonywują nas, że stosunek liczebny poszczególnych rodzajów ciałek białych ulega w różnych stanach chorobowych mniej lub więcej znacznym zmianom i może odbiegać bardzo daleko od liczb, ustalonych dla każdego wieku dziecka przez Carstanjena, Gundobina, Karnickiego i innych. Jednakże nietylko prawidłowy stosunek liczebny pomiędzy poszczególnymi rodzajami ciałek może uledz przeobrażeniu, lecz i granica, dzieląca od siebie te rodzaje, może być w pewnych warunkach nieco zatarta tak, że postacie, które we krwi osób dorosłych bardzo wyraźnie i ostro są od siebie oddzielone, u dziecka w wielu stanach patologicznych mogą wykazywać liczne przejścia między sobą i cały szereg stopniowych odcieni. Takie postacie, stojące niejako na granicy pomiędzy dwoma typami ciałek białych, spotykamy przedewszystkiem w tak zw. grupie szpikowo-śledzionowej (*splenomyelogene Gruppe*). Pojawianie się ich we krwi jest wyrazem pewnego zaburzenia w prawidłowem przeobrażeniu ciałek białych tej grupy, przeobrażeniu, którego ostatni okres rozwoju stanowi wielojądrzasta komórka neutrofilna. Wreszcie — i do tego punktu odnoszą się właśnie nasze badania — we krwi dziecka mogą w pewnych warunkach występować postacie, które uważane są wogóle bezwarunkowo za patologiczne i których obecności we krwi dorosłych przypisujemy ważne znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne.

Wszystkie te okoliczności są powodem, że obrazy histologiczne, jakie we krwi chorych dzieci spotykamy, mogą być bardzo zmienne i różnorodne i że właściwe ich rozpoznanie i ocenienie wymaga pewnego w tym kierunku nabytego doświadczenia. Bardzo duże znaczenie ma pod tym względem wiek dziecka: im dziecko młodsze, tem bardziej pobudliwe i skłonne do odczynu są jego narządy krwiotwórcze i tem nieznaczniejsze przyczyny wystarczą, aby prawidłowe przeobrażenie, powoli postępujące od typu krwi płodu do typu krwi osobnika dojrzałego, zakłócić i opóźnić. Stąd skłonność ta do wszystkich powyżej wzmiankowanych odchyleń od obrazu krwi prawidłowego, najczęściej i najwybitniej występować będzie u dzieci urodzonych przedwcześnie i u wątłych noworodków; wraz z postępującym wiekiem dziecka odrębne te własności krwi dziecka stopniowo się zacierają, aż wreszcie u dzieci starszych obrazy krwi prawie się nie różnią od typu, właściwego dla dorosłych.

Dokładniejsze poznanie tych odrębnych właściwości krwi niemowlęcej jest zdobyczą dopiero ostatnich lat; w miarę rozszerzania się wiadomości w tym kierunku poglądy nasze na wartość różniczkowo-rozpoznawczą niektórych składników postaciowych krwi dziecięcej uległy znacznym przeobrażeniom. W każdym razie sprawa racyonalnego podziału chorób krwi wieku niemowlęcego stanowi dziś jeszcze jeden z ciemniejszych i bardziej zawiłych rozdziałów patologii chorób dziecięcych.

Już dawniejszym klinicystom znany był obraz chorobowy, dość często spotykany w wieku niemowlęcym, a polegający na skojarzeniu znacznego stopnia niedokrewności z wybitnem obrzmieniem śledziony [1]). Obraz ten spotykamy niekiedy u dzieci, pochodzących z rodziców zakażonych przymiotem; czasem zjawia się po przebyciu jakiejś długotrwałej wyniszczającej choroby lub też towarzyszy ciężkim postaciom krzywicy; niekiedy jednak cierpienie występuje zupełnie samoistnie, bez możności wykazania jakiejkolwiek przyczyny. Wszystkie te sprawy chorobowe obejmowano wspólną nazwą *anaemia splenica*. Dzięki ogłoszonym w roku 1889 i 1890 badaniom Jakscha sprawa została pchniętą na nowe tory; Jaksch, a prawie równocześnie z nim Hayem i Luzet we Francyi, stwierdzili, że wyżej wymienionemu obrazowi klinicznemu odpowiada w wielu przypadkach pewien właściwy obraz hematologiczny i pewne

[1]) Ustęp poświęcony poglądom, dotyczącym podziału niedokrewności wieku niemowlęcego, wyjęty jest w streszczeniu z poprzedniej pracy jednego z autorów (Żeleński: „O niedokrewności wieku niemowlęcego z obrzmieniem śledziony". Medycyna, 1904. Nr. 8 i 9)

znamienne zmiany w składnikach postaciowych krwi, mianowicie: zmniejszenie liczby ciałek czerwonych, mierna leukocytoza i pojawianie się znacznej liczby ciałek czerwonych z jądrami, zwłaszcza postaci dużych, zawierających duże blade jądra, t. zw. megaloblastów. Jaksch starał się ująć obraz kliniczny choroby wraz z wymienionym obrazem hematologicznym w jednę całość i nadał nowo wyosobnionej przez siebie jednostce chorobowej nazwę *„anaemia infantilis pseudoleukaemica"*. Prace Jakscha pobudziły wielu autorów do badań w tym kierunku i stały się powodem żywego ruchu na polu hematologii dziecięcej tak, że przez pewien czas *anaemia infantilis pseudoleukaemica* staje się według wyrażenia Loosa das „Schoosskind der Hämatologie". Nowo stworzona w ten sposób jednostka chorobowa zajmuje niejako pośrednie miejsce pomiędzy zwykłą niedokrewnością wieku niemowlęcego, tak często kojarzącą się z obrzmieniem śledziony, a rzeczywistą białaczką, bardzo rzadką w wieku niemowlęcym. Stąd nazwa *anaemia pseudoleukaemica;* nazwa, jak to podnosi Geissler i Japha, o tyle może niezbyt szczęśliwie dobrana, że przymiotnikiem tym przywykliśmy określać sprawy chorobowe narządów krwiotwórczych, w których to sprawach badanie krwi daje wynik zupełnie ujemny, co tutaj bynajmniej niema miejsca.

Zaznaczyć należy, że nie wszyscy autorowie przyznają obrazowi, wyosobnionemu przez Jakscha, znaczenie samoistnej jednostki chorobowej i że nowy ten podział, oparty głównie na obrazie hematologicznym, spotkał niebawem wielu przeciwników. Fischl uważa podział ten za sztuczny, łączący w jedną grupę chorobową różne pod względem klinicznym i etyologicznym postacie, a rozrywający natomiast sztuczną granicą stany chorobowe zupełnie pokrewne, różniące się od siebie tylko stopniem zmian chorobowych, lub okresem, w jakim choroba się znajduje. Zdaniem Fischla zawcześnie na wprowadzanie ścisłej klasyfikacyi do grupy chorobowej, której istota przedstawia nam do dziś dnia zbyt wiele stron ciemnych. Na razie winniśmy poprzestać na ogólnym kliniczno-etyologicznym podziale, nie przypisując mu jednak ostatecznego znaczenia.

Wbrew tym sceptycznym poglądom Fischla pojawiła się w ostatnim czasie w piśmiennictwie francuskiem nowa próba podziału niedokrewności wieku niemowlęcego, oparta mianowicie na obecności we krwi ciałek szpiku kostnego, czyli tak zw. myelocytów.

Pierwsze doniesienia Jakscha, jak również doniesienia innych autorów, które się pod wpływem prac Jakscha posypały, stwierdzając w niedokrewności wieku niemowlęcego powiększenie ogólnej liczby ciałek białych, niewiele zwracają uwagi na ich poszczególne odmiany. Gdzieniegdzie znajdujemy wzmianki o zwiększonem pojawianiu się tych lub owych postaci; jak wspomnieliśmy, prawidłowe stosunki składników krwi dziecięcej i ich większe, niż we krwi dorosłego człowieka, wahania nie były wówczas dostatecznie znane: stąd niejeden obraz, uważany poprzednio za patologiczny i znamienny dla danego typu chorobowego, później tracił zupełnie na znaczeniu. Jednakże już wówczas wielu autorów wspomina o obecności ciałek szpikowych w obrazach krwi w przebiegu niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony, nie kładąc zresztą na tę ich obecność szczególnego nacisku. W ostatnim czasie autorowie francuscy Weil i Clerc starają się obecność myelocytów uczynić znamienną cechą jednostki chorobowej, której dają nazwę *„Splenomégalie chronique avec anémie et myelémie"* i przeprowadzają ciekawe analogie pomiędzy tem cierpieniem, a pokrewnym obrazem chorobowym u dorosłych.

Typ chorobowy, o którym mowa, zbadany jest dotąd u osób dorosłych bardzo niedostatecznie. Weil i Clerc pierwsi starają się ująć w jakąś całość 12 spostrzeżeń, rozsypanych w piśmiennictwie ostatnich lat pod rozmaitemi nazwami i probują je wyosobnić jako samoistną jednostkę chorobową. Przypadki te dotyczą osobników w wieku od lat 10 do 65. Przyczyna choroby zupełnie ciemna. Główne objawy: bladość powłok, obrzmienie śledziony, nieraz krwotoki nosowe lub drobne wybroczyny na siatkówce. Krew przedstawia obraz ciężkiej niedokrewności z nieznaczną leukocytozą (przeciętnie 12—15 tys. ciałek białych w 1 mm.^{3}). Dość znaczna liczba ciałek czerwonych z jądrami (20—600 w 1 mm.^{3}; w jednym przypadku 1200); obecność megaloblastów i figur karyokinetycznych. Stała obecność myelocytów w rozmaitej liczbie; w niektórych przypadkach liczba ta wynosi 1·5%, w kilku 4—15%, w jednym 29·2%. Choroba trwa od kilku do kilkunastu miesięcy. Z 12 przypadków 9 zakończyło się śmiercią, jeden polepszeniem, 2 znikły z oczu. Badanie zwłok, dokonane w 3 przypadkach, wykazało zwyrodnienie myeloidowe szpiku kostnego i śledziony.

Z tymi 12 przypadkami zestawiają Weil i Clerc dwa przypadki, dotyczące niemowląt w 14 i 9 miesiącu życia. Oba te przypadki (z których jeden zakończony śmiercią, a drugiego dalszy przebieg nieznany) przedstawiają klinicznie typ ciężkiej postaci niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony i zawierają w obrazie krwi obok ciałek czerwonych z jądrami dość znaczny odsetek myelocytów. Weil i Clerc dowodą identyczności tych przypadków z opisanem powyżej cierpieniem osób dorosłych i pragną połączyć je we wspólną grupę *„splenomegalie chronique avec anémie et myelémie"*, zachowując jako poddziały postać choroby dziecięcą i postać, spotykaną u dorosłych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II Z zakładu sądowo-lekarskiego Uniw. Jag.

O zachowaniu się krwi w zwłokach utopionych.

Przez

L. Wachholza i S. Horoszkiewicza.

(Dokończenie.)

Sprzeczność zdań autorów co do zachowania się krwi w zwłokach utopionych skłoniła nas do odnośnych badań, których dokonaliśmy na licznych zwierzętach t. j. psach, kotach i królikach, użytych przez nas wogóle do zbadania zjawisk, łączących się ze śmiercią wskutek utonięcia.

Ogółem zbadaliśmy zachowanie się krwi u 57 zwierząt utopionych, z tych u 49 zbadano krew zaraz po śmierci, t. j. w czasie od 10 minut do 1 godziny od chwili stwierdzenia śmierci, zaś u pozostałych 8 zwierząt w 24 godzin, 4 doby i 11 dni po śmierci. Zwierzęta, których krew zbadano po upływie doby od chwili śmierci, utopiono w zimnej wodzie i bez poprzedniej narkozy. Z 49 zwierząt, których krew badano wkrótce po śmierci, utopiono 26 w zimnej,

a 10 w ciepłej wodzie, zaś 13 w zimnej wodzie po poprzedniej narkozie. Przy sekcyi zwracano uwagę na zachowanie się krwi w żyłach szyjnych, w żyłach klatki piersiowej i w obu połowach serca. Ogółem stwierdzono w żyłach stale krew płynną z wyjątkiem 2 zwierząt, badanych po 4 i 11 dniach od śmierci, w sercu zaś w 16 przypadkach skrzepy, w 41 przypadkach krew płynną, najczęściej notowaną w protokołach doświadczeń jako „wodopłynną". Tak więc częstość ogólna pojawiania się skrzepów krwi w sercu (przeważnie w lewej jego połowie) zwierząt, użytych w naszych doświadczeniach, wynosiła ogółem 28%. Skrzepy znalezione w sercu były zawsze nieliczne, miękkie, wiotkie, a obok nich mieściła się jeszcze mniej lub więcej obfita krew płynna. Zarazem zauważyliśmy, że krew, najpierw wydostająca się z lewej komory serca zwierząt, poddanych sekcyi zawierała wkrótce po śmierci skrzepy, gdy dalsza jej część, wypływająca potem z przedsionka i żył płucnych, była już zawsze wodopłynną i mniej lub więcej zlakowaną. Białe ciałka, zawarte w krwi zwierząt utopionych w wodzie, zabarwionej silnie błękitem metylenu a poddanych sekcyi zaraz po śmierci, posiadały jądra niebiesko zabarwione. Na szczegół ten zwrócił był uwagę H. K. W. Schmidt (16). Skrzepów białych, włóknikowych, wplecionych między beleczki mięsne ściany serca nie znaleziono ani w jednym przypadku. Z 8 przypadków, poddanych sekcyi w 24 godzin i później po śmierci, krew była w sercu 3 zwierząt po 24 godzinach przeważnie zagęszczoną i wiotko skrzepniętą; jeszcze więcej zagęszczoną i skrzepniętą u dwóch kotów po upływie 4 i 11 dni (u tego ostatniego mimo wyraźnej, lecz jeszcze nie daleko posuniętej zgnilizny), wreszcie u pozostałych 3 zwierząt po 24 godzinach płynną. Tak więc krew w sercu była skrzepniętą w 62% przypadków sekcyi po upływie 24 i więcej godzin od chwili śmierci.

Z 49 zwierząt, poddanych sekcyi zaraz po śmierci wskutek utonięcia, 11 (22·4%) posiadało wiotkie skrzepy w sercu, reszta zaś krew wszędzie płynną. Z tych utopiono, jak to już zaznaczyliśmy, 26 w zimnej, 13 w zimnej wodzie po narkozie, a 10 w ciepłej (37° C.) wodzie. Z 26 utopionych w zimnej wodzie posiadało 7 (26·9%) wiotkie skrzepy w sercu, z 13 utopionych w zimnej wodzie po narkozie zawierało 2 (20%) skrzepy w sercu, z 10 utopionych w ciepłej wodzie posiadało również 2 (20%) skrzepy w sercu. Ponieważ we wszystkich tych przypadkach brano krew z lewej połowy serca do badania kryoskopowego, przeto wypuszczano ją zawsze do kolbki i tu ją odwłókniano przez wstrząsanie z dodanemi perłami szklanemi, poczem krew centryfugowano. Otóż zauważono przytem, że w osadzie zostawała przeważnie bardzo nieznaczna ilość włóknika, względnie skrzepów, a to nawet i w tym razie, gdy krew po otwarciu komórki lewej zawierała wiotkie skrzepy.

Freund, a po nim Haycraft i Carlier (17) wykazali, że krew wypuszczona z naczynia krwionośnego przez zatłuszczoną kaniulę do naczyń, powleczonych wazeliną lub zawierających oliwę, nie krzepnie i pozostaje płynną nawet wówczas, gdy się ją kłóci zapomocą tłuszczem powleczonego pręcika. Z tych doświadczeń wynika, że jeżeli się zniesie możność przyczepności między krwią, względnie jej składnikami morfotycznymi a ciałami obcemi, n. p. naczyniem szklanem, do którego się krew wypuszcza, wtedy ona nie krzepnie. Z drugiej znów strony wykazał Strassmann (18), że jeżeli się do krwi płynnej, wziętej ze zwłok przeciętnie po upływie 24 godzin od śmierci i nie krzepnącej samoistnie, doda przesięku osierdziowego (*liquor pericardii*), wówczas tworzy ona galaretowate wiotkie skrzepy.

Ażeby zatem w doświadczeniach naszych wykluczyć wpływ możliwej przyczepności między krwią a nożem, przecinającym komorę, względnie wpływ przesięku osierdziowego, dobywaliśmy krew z wyjątkiem pierwszych 5, zatem w 44 zwłokach zwierząt w ten sposób z ich serca, że po otwarciu worka osierdziowego opłókiwaliśmy powierzchnię serca dokładnie wodą przekroploną, potem osuszaliśmy ją watą, wreszcie rozcinaliśmy serce zapomocą noża czystego, powleczonego waseliną. Z 5 zwierząt, którym serce otwierano bez wymienionych ostrożności, 3 zatem 60% posiadało wiotkie skrzepy, zaś z 44 zwierząt, którym serce opłókano wodą i otwarto je zapomocą noża zatłuszczonego, 8 zatem 18%, posiadało skrzepy krwi. Już ten wynik dowodził, że można zapobiedz krzepnięciu krwi płynnej w sercu zwierząt utopionych, jeżeli się zniesie wpływ przesięku osierdziowego i przyczepności między krwią w sercu a przecinającym je nożem. Jeżeli zaś mimo tych ostrożności zanotowano u 8 zwierząt obecność skrzepów krwi w sercu, to możnaby ich powstanie tem tłómaczyć, że po przecięciu serca nieraz rozchylano przecięte jego ściany rękami, które nie były powleczone tłuszczem. Zarazem musimy zaznaczyć, że często w oczach naszych tworzyły się po rozcięciu serca wiotkie skrzepy z krwi, która w pierwszej chwili była całkiem płynną. Już jeden z nas (Wachholz) w dawniejszej swej pracy podniósł, że płynna krew, wydobyta w 10 minut po śmierci ze serca zwierząt mechanicznie uduszonych lub utopionych krzepnie w naczyniu szklanem, tworząc dosyć zbite, ciemne skrzepy, że zatem zachowuje się jak krew, wypuszczona z naczynia krwionośnego za życia. Carrara (19) zaś wykazał przed dwoma laty, że krew zwierzęcia duszonego krzepnie poza ustrojem prędzej i łatwiej, niż krew prawidłowa i to tem prędzej, im szybciej nastąpiło uduszenie. Uwzględniając tedy tę zdaniem Carrary zwiększoną krzepliwość krwi uduszonych i chcąc wykluczyć wszelką możliwość zetknięcia się krwi z ciałami obcemi i przyczepność jej do nich, podjęliśmy niezależnie od poprzednich na 3 psach następujące doświadczenia: psy utopiono w ten sposób, że wdychały wodę ze zbiornika przez połączoną z niem kaniulę tchawiczną. Zaraz (w 15 minut) po śmierci umieszczono w wstępującej części ich tętnicy głównej kaniulę szklaną o gładkich krawędziach, dobrze powleczoną oliwą. Kaniula ta łączyła się zapomocą rurki gumowej z rurką szklaną dwuramiennej flaszki Wulfa, której drugie ramię łączyło się znowu z wodną pompą ssącą. Rurka gumowa, rurka szklana, flaszka Wulfa, oraz ściany tej ostatniej były również dobrze powleczone oliwą, nadto zaś na dnie flaszki znajdowała się mała ilość oliwy. W miarę działania pompy ssącej zbierała się we flaszce Wulfa ciemna i płynna krew. Gdy już krew przestała napływać do flaszki, usuwano ją i otwierano lewą połowę serca, które zawierało jeszcze skąpą ilość krwi płynnej. Krew wydobyta do flaszki była zmieszana z oliwą i zdaje się dlatego tworzyła po przelaniu jej do czarek porcelanowych tylko skąpe i drobne skrzepy. Krew tę przechowano w lodowni i badano jej krzepliwość po 24, 48 i 72 godzinach w ten sposób, że wlewano próbki jej do czarek porcelanowych i kłócono je patyczkiem dre-

wnianym. Nie krzepła ona przytem wcale, a nawet i wtedy, gdy po 72 godzinach dodano do niej w myśl doświadczeń Corina (20) fermentu włóknikowego, przygotowanego metodą Al. Schmidta, a nawet gdy dodano do niej także płynu osierdziowego, zawierającego, jak wiadomo, substancyę włóknikorodną (fibrinogen). W tych zatem doświadczeniach chyba domięszana do krwi oliwa uniemożliwiła jej skrzepnięcie nawet po dodaniu fermentu włóknikowego i fibrynogenu, których brakowi przypisują Corin i Strassmann niezdolność do samoistnego skrzepnięcia krwi płynnej, wziętej ze zwłok po upływie 24, względnie 48 godzin od chwili śmierci.

Wyniki powyższych naszych doświadczeń zgodne są z wynikami doświadczeń, które w odmiennym celu podjęli Carrara (21) i Stoenescu (22). I tak bowiem Carrara stwierdził w sercu 7 psów z 12 sekcyonowanych zaraz po śmierci wskutek uduszenia obecność wiotkich skrzepów obok krwi płynnej, u reszty zaś wyłącznie tylko krew płynną, Stoenescu natomiast stwierdził w sercu 2 psów na 4, poddane sekcyi w $^1/_2$—2 godzin po śmierci wskutek utopienia, obecność skąpych i wiotkich skrzepów, wreszcie zaś krew wybitnie płynną. W doświadczeniach Carrary znajdywały się zatem skrzepy w sercu w 58% przypadków, w doświadczeniach Stoenescu w 50% przypadków. Carrara nie zachowywał przy dobywaniu krwi z serca żadnych ostrożności, zaś Stoenescu okrywał serce przed jego przecięciem i wypuszczeniem krwi kompresami, wskutek czego płyn osierdziowy nie mógł się z krwią zetknąć. Zestawienie odsetkowe liczby przypadków Stoenescu (50%), a zwłaszcza Carrary (58%), w których znajdowali wkrótce po śmierci wiotkie skrzepy krwi w sercu, z liczbą odsetkową takich samych wyników z 5 naszych doświadczeń, przy których serce przekrawano bez poprzedniego opłókiwania jego powierzchni i niezatłuszczonym nożem, liczbą, wynoszącą 60% przypadków, wykazuje dowodnie wyraźną zgodność wyników doświadczeń naszych a Carrary i Stoenescu.

Wpływ ilości wody wetchniętej przez zwierzęta utopione na zachowanie się ich krwi wkrótce po śmierci dał się stwierdzić w naszych doświadczeniach, lecz nie w tym stopniu, jakby to można było przypuścić. I tak wynosiła przeciętna ilość wody, wetchnięta do płuc przez 11 zwierząt, w których sercu stwierdzono zaraz po śmierci wiotkie skrzepy, w stosunku do 1 kg. żywej wagi 45·6 sz. ctm., gdy ta sama ilość wody u 39 zwierzat, których krew w sercu była zaraz po śmierci płynna, wynosiła 63·4 sz. ctm. Mimo to jednak znajdowano skrzepy w sercu zwierząt, które wetchnęły do płuc na 1 kg. swej wagi n. p. 74·7 i 78·3 sz. ctm. wody, natomiast zaś notowano krew jako wodopłynną u zwierząt, które wetchnęły do płuc na 1 kg swej wagi tylko n. p. 24 sz. ctm. wody.

Na podstawie powyższych naszych doświadczeń, oraz dotychczasowych spostrzeżeń, dokonanych przy sekcyi zwłok osób utopionych (zarazem i zmarłych wskutek uduszenia względnie zmarłych śmiercią nagłą), dochodzimy do następujących wniosków:

1) W przypadkach śmierci wskutek utopienia (także wogóle w przypadkach śmierci nagłej) pozostaje krew w sercu i w naczyniach żylnych płynną, a nieraz niezwykle wodopłynną, chociaż niekiedy może być skrzepniętą, a to zwłaszcza gdy przed śmiercią wskutek utonięcia istniały stany chorobowe, zwiększające znacznie krzepliwość krwi (Paltauf).

2) Krew płynna, wypuszczona wkrótce po śmierci ze serca i żył utopionych, okazuje skłonność do krzepnięcia, zwłaszcza zaś ta część jej, która przy przecięciu serca (lewej komory) najpierw wypływa.

3) Jeżeli się wydobywa krew z serca (lewej komory) utopionych z należytą ostrożnością, t. j. po poprzedniem opłókaniu jego powierzchni z płynu osierdziowego i osuszeniu jej, przecinając serce zapomocą noża i rąk tłuszczem powleczonych, oraz jeżeli krew tę zbiera się w naczyniu szklanem, powleczonem tłuszczem, wówczas pozostaje ona conajmniej w przeważnej liczbie przypadków płynną. W tym względzie wyniki naszych doświadczeń potwierdzają w zupełności wyniki badań Freunda, Haycrafta i Carliera. Jeżeli zaś Brouardel i Loye, a w ostatnim czasie Sarda, stwierdzali w sercu utopionych i uduszonych (Sarda), poddanych sekcyi wkrótce po śmierci, obecność skrzepów, to skrzepy te tworzyły się dzięki utrzymanej jeszcze zaraz po śmierci krzepliwości krwi wskutek zetknięcia się jej z ciałami obcemi o niegładkiej powierzchni, wobec czego między temi ciałami a krwią istniała silna przyczepność, umożliwiająca zmianę w jej stanie skupienia.

4) Niema najmniejszej podstawy do przyjęcia procesu dekoagulacyi krwi, czyli rozpuszczenia się skrzepów, albowiem, pomijając już stwierdzoną zaraz po śmierci płynność krwi u zwierząt utopionych, dekoagulacya mogłaby nastąpić u nich tylko wskutek daleko posuniętego gnicia (przyczem wedle Falka włóknik przeobraża się w globuliny), tymczasem uczy doświadczenie, że w całkiem świeżych zwłokach osobników utopionych krew w sercu niemal z reguły pozostaje płynną, a nie skrzepniętą, jak w przypadkach śmierci powolnej, poprzedzonej dłuższem konaniem.

5) Na utrzymanie stanu płynnego krwi utopionych wpływa korzystnie woda, która wetchnięta przy tonięciu do płuc, przedostała się do krwi i ją rozcieńczyła, a nawet zlakowała; jednak samo zmieszanie się wody z krwią nie stanowi głównej, lecz tylko podrzędną przyczynę jej płynności.

6) Ciepłota wody, w szczególności ogrzanie do 37° C., wody w której następuje utonięcie, wreszcie uśpienie zapomocą chloroformu lub eteru osobnika tuż przed jego utonięciem, nie wywierają żadnego wpływu na zachowanie się stanu skupienia krwi po śmierci.

7) Krew płynna zwłok wogóle traci w miarę upływu czasu od chwili śmierci swą zdolność krzepnięcia. Mimo to jednak ulega ona z czasem zagęszczeniu wskutek utraty swych płynnych części w drodze pośmiertnego przenikania (dyfuzyi). Zagęszczona zaś w ten sposób krew może sprawiać wrażenie krwi wiotko skrzepniętej.

8) Krew płynna w sercu zwłok, która po wydobyciu jej wkrótce po śmierci krzepnie w zetknięciu z ciałami obcemi dzięki zachowanej jeszcze swej krzepliwości, nie skrzepnie wcale przy tem samem zetknięciu się, jeźli ono nastąpi po upływie dłuższego (24—48 godzin — Strassmann, Corin) czasu od chwili śmierci. Przyczyna tego zachowania się krwi, jak i przyczyna samego krzepnięcia, nie jest jeszcze wyjaśnioną.

Piśmiennictwo. 1) Kanzler: Der Tod durch Ertrinken. Vierteljschr. f. ger. Med. 1852. T. 2. str. 238. — 2) Medicine légale. Paris 1840. T. 2. str. 413. — 3) Traité de la méd. lég. Paris 1896. str. 756. — 4) Maschka: Handb. d. ger. Med. Tübingen 1881. T. 1. — 5) Üb. d. Tod durch Ertrinken. Wien. Leipzig 1888. str. 33. — 6) Ad 4). — 7) Lehrb. d. ger. Med. Stuttgart 1895. str. 285. — 8) Annal. d' hyg. publ. 1880. str. 452. — 9) Thèse. Paris 1884. — 10) Boston med. Journ. 1895. str. 409—437. — 11) Arch. de physiol. norm. et pathol. 1889 i La pendaison itd. Paris 1897. str. 462 i n. — 12) Arch. de physiol. norm. itd. 1891. str. 599. — 13) Ad 7) str. 282. — 14) Vierteljsch. f. ger. Med. 1902. T. 23. — 15) Annal. d' hyg. publ. 1902. Nr. 6 i 1903. Nr. 2. — 16) Ärztl. Sachverständigen-Zeitung. 1904. Nr. 1. — 17) Hammarsten: Lehrb. d. physiol. Chemie. Wiesbaden 1899. str. 162. — 18) Ad 7) str. 224. — 19) Giornale di med. leg. 1902. Nr. 5. — 20) Vierteljschr. f. ger. Med. 1893. T. 5. str. 234. — 21) Ad 19). — 22) Annal. d' hyg. publ. 1903. str. 32—47.

III. Oceny i sprawozdania.

Doc. Dr. Walter Stoeckel. **Die Cystoskopie des Gynäkologen.** (Leipzig-Verlag Breitkopf & Härtel 1904. Str. 320).

Praca ta dzieli się na 3 części. W pierwszej (1—120) autor omówił i opisał całe instrumentaryum cystokopijne, rozmaite rodzaje i odmiany cystokopów i inne przyrządy, pozostające z nim w ścisłym związku, a więc źródła światła, stół do badania, urządzenie pokoju, przyrządy pomocnicze i t. p.; dalej ogólne uwagi o technice cystoskopowania, w szczególności sprawa anty- i aseptyki. Przyrząd bardzo skombinowany, a przytem delikatny, już sam przez się trudno tylko daje się wyjałowić, a warunek to konieczny ze względu na tak częste przypadki zakaźnych zapaleń pęcherza po jednorazowem nawet cystokopowaniu. To też szczegółowo omawia autor tę sprawę, mając przed oczyma głównie potrzeby i warunki lekarza praktyka. Ze względu na małe ramy sprawozdania muszę pominąć wyliczenie pojedynczych metod i sposobów wyjaławiania przy cystoskopii i nadmienię tylko, że powinno ono być przeprowadzone bardzo ściśle i dotyczyć tak badanego, jak i badającego i wszystkich mających być użytymi przyrządów. Co się zaś tyczy anty- i aseptyki tych ostatnich, to dzisiaj sprawa ta zdaje się być szczęśliwie rozwiązana, gdyż jesteśmy w stanie wyjałowić cystoskop zupełnie ściśle i pewnie gazem formalinowym i to w sposób nadzwyczaj prosty, tani i praktyczny. Uśpienie lub znieczulenie lokalne są niepotrzebne; — asystencya pomocników przy pomocy odpowiedniego statywu — zbyteczna. — W II-giej części (120 do 200) traktowana jest szczegółowo technika naświetlania pęcherza i cewnikowania moczowodów, znaczenie rozpoznawcze i lecznicze, wskazania i przeciwwskazania przy zastosowaniu tych zabiegów. Nie zapomniał też autor o przeszkodach, jakie się czasem przytrafiają, jużto jeżeli przyrząd odmówi posłuszeństwa z różnych przyczyn, które pojedynczo są omawiane, jużto z powodów, od samego cystoskopu niezależnych, a więc leżących w cewce lub pęcherzu. Tu należą: zwężenia cewki, różne wydzieliny, zanieczyszczające przyrząd i zaciemniające pole widzenia, krwawienia pęcherzowe, zmniejszona objętość pęcherza, wrażliwość chorych, ujawniająca się w ciągłych skurczach mimowolnych pęcherza i t. p. Omawiając te sprawy, dal j zachowanie się i obraz śródpęcherzowy cewki i pęcherza, zaznajamia nas autor dokładnie ze stosunkami, jakie zachodzą w stanie prawidłowym narządu moczowego, przyczem nie szczędzi wielu uwag, zaczerpniętych z bardzo bogatego doświadczenia. W końcu dodaje, że wszelkie niebezpieczeństwa, wynikające z powodu i przy cystoskopowaniu i cewnikowaniu moczowodów (n. p. zakażenie, uszkodzenie), dają się na pewno ominąć — wprawa badającego. W III-ciej części wreszcie (200—320) przechodzi autor do działu szczegółowego i patologii narządu moczowego. Między innemi zatrzymuje się dłużej nad gruźlicą i sądzi, że jedynie cystoskop może na pewno rozpoznać, gdzie jest źródło choroby, z której nerki ona wychodzi itp. Wielkie znaczenie ma metoda ta przy rozpoznawaniu nowotworów pęcherzowych, szczególnie małych, lub jako badanie kontrolujące wynik pooperacyjny. Oprócz rękojmi pewnego rozpoznania, zapobiega cystoskop powikłaniom, które się przytrafiały przy dotychczasowem badaniu wnętrza pęcherza palcem, a które wymagają znowu osobnego leczenia, np. pęknięcie zwieracza. Nie mniej ważne usługi oddaje cystoskop przy rozpoznawaniu ciał obcych w pęcherzu lub gdy idzie o umiejscowienie przetok pęcherzowych, względnie moczowodowych. Cewnikowanie moczowodów i otrzymywanie moczu z każdego moczowodu osobno daje nam znowu obraz stanu obu nerek, szczególnie jeżeli idzie o oznaczenie, która nerka jest chorobowo zajęta, a czasem nawet możemy powiedzieć, z jaką postacią chorobową mamy do czynienia. Dla ginekologów zajmującym jest rozdział o zmianach pęcherzowych w chorobach narządów sąsiednich, np. przy wypocinach zapalnych przy- i okołomacicznych, lub nowotworach narządu rodnego. Tu istotnie często tylko cystoskop może rozstrzygnąć o rozmiarach i możności operowania, np. raka macicy, a charakterystyczny obrzęk błony śluzowej pęcherza (*oedema bullosum*) stanowi ważną wskazówkę o zbliżaniu się nowotworu do ściany pęcherza. W końcu opisane są obrazy pęcherzowe po mniejszych i większych zabiegach ginekologicznych i w przebiegu ciąży, porodu i połogu. Wyraźne ilustracye w tekście i piękne kolorowe fotografie, umieszczone na końcu pracy, uzupełniają dzieło zajmujące i pożyteczne. Jak to widać z przedmowy autora, ma ono jeszcze jeden cel — wykazanie ginekologom ścisłego stosunku urologii do ginekologii i pobudzenie ich do zajmowania się cystoskopią na wielką skalę. Czy cel ten kiedykolwiek będzie osiągnięty? — wątpię. Sądzę raczej, że jak dotąd, tak i nadal ścisła cystoskopia — w pojęciu autora — zostanie monopolem zakładów i klinik, chyba że każdy ginekolog będzie zarazem bardzo biegłym urologiem i doprowadzi sztukę cystoskopowania do takiej jak Stoeckel doskonałości. Z drugiej strony, kto wie, czy to wyszłoby na dobre chorym, gdyby każdy ginekolog chciał np. przy tyłopochyleniu lub zgięciu macicy lub przed i po każdej kolporafii, przy ciąży zamacicznej itd. przekonać się o stanie narządu moczowego za pomocą cystoskopu. Mnie się zdaje, że autor za daleko posunął swój zachwyt dla tego przyrządu — i to głównie w ginekologii, — pozwalając mu zbyt często święcić wielkie tryumfy tam, gdzie na to nie zasługuje lub gdzie zastosowanie jego wydaje się co najmniej zbyteczne. To jest zresztą osobiste zapatrywanie autora, które z samą pracą nie ma nic wspólnego, a dla chcącego się zająć cystoskopią — dzieło to pozostanie zawsze niewyczerpanem źródłem nauki. *Dr. E. Ehrenpreis.*

IV. Wyciągi.

Fromme. **Najnowsze leczenie przewlekłego zatrucia morfiną.** (*Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift*, Nr. 18, 1904). Zazwyczaj postępuje się obecnie z morfinistami w ten sposób, że wstrzykuje się im codziennie coraz to mniejszą ilość morfiny, zostawiając im od czasu do czasu okres wytchnienia, t. j. jeden lub kilka dni, w których chorzy otrzymują istotnie lub też rzekomo zwiększoną dawkę morfiny, aby tem łatwiej mogli znosić objawy, występujące przy tem leczeniu, a z drugiej strony dodać im otuchy i odwagi do dalszego wytrwania w raz powziętem postanowieniu. Atoli i ta metoda, jak i wszystkie podobne, ma tę wspólną wadę, że zawsze strzykawka pozostaje nadal w użyciu, która ukłuciem swojem wywołuje to dziwne uczucie podrażnienia, pożądane tak chciwie przez chorych. Nie ulega wątpliwości, że do wytworzenia się przewlekłego zatrucia morfiną musi istnieć pewna skłonność: podczas gdy niektórzy chorzy zażywają morfinę całymi tygodniami i pozbywają się przyzwyczajenia do tego środka bez żadnych dla ustroju niekorzystnych następstw, u drugich występują już po 8 dniach dotkliwe objawy i dolegliwości ze strony całego układu nerwowego; po większej części są to neurastenicy lub wogóle chorzy, których układ nerwowy już skutkiem przebytych cierpień jest mniej

odporny; oczywista rzecz, zdarzają się i morfiniści, którzy jedynie przez bezgraniczną lekkomyślność popadli w ten nałóg. Środki wprowadzone w handel przez nowoczesną chemię, a mające na celu zastąpić morfinę (heroina, kodeina, peronina, dionina i t. d.), są wszystkie pochodnymi makowca, odznaczają się więc temi wszystkiemi wadami, jak i morfina: koją wprawdzie ból i uspokajają, ale odzwyczajenie się od nich jest nadzwyczaj trudne, uciążliwe, a czasami i bolesne. Przy podawaniu heroiny występują objawy przewlekłego zatrucia daleko łatwiej; zastępowanie morfiny przez kodeinę nie prowadzi również do celu; także zastępcze podawanie „hyoscinum hydrobromicum" w początkowej ilości 0·0003 dwa razy dziennie nie dało świetnych wyników. Po kilku wstrzyknięciach wytwarza się śpiączka, podobna do chloroformowej i dlatego nie należy zostawiać chorego samego po obudzeniu się, lecz podawać mu koniak, czarną kawę, mleko i t. d.; taki chory robi wogóle wrażenie opitego. Niedawno zalecano, szczególniej w Ameryce, śpiączkę bromową, jako niezawodny środek przeciw przewlekłemu zatruciu morfiną: podawano 25—30 grm. bromu w celu wywołania kilkudniowego snu! swoją drogą trzeba mieć wielką odwagę, by podawać takie ilości. Od trzech lat stosuje autor z istotnie bardzo dobrymi wynikami wyciąg z meksykańskiej rośliny „argemone mexicana", dający wprawdzie to samo chemiczne oddziaływanie, co morfina, skład jednak jego jest cokolwiek inny: w Meksyku stosuje się wyciąg z szypułek liści i nasion tej rośliny, jako środek uspokajający i nasenny. Podczas gdy z jednej strony środek ten odznacza się dobremi własnościami morfiny, to z drugiej nie posiada wad tej ostatniej: działanie jego jest dłużej trwające i stopniowo się wzmagające, gdy przeciwnie wpływ morfiny trwa czas krótki i nagle się kończy; działania zbiorowego ten nowy lek nie posiada. Nadmienić jeszcze wypada, że już w krótkim czasie po użyciu tego wyciągu, połączonego z „brucinum muriaticum", można stwierdzić przybytek czerwonych ciałek krwi, wzmaganie się sił chorego i poprawę stanu ogólnego; okoliczność zaś, że użycie strzykawki staje się zupełnie zbędne, jest doniosłej wagi. Wyciąg ten podaje się zazwyczaj w kroplach i to 4 razy dziennie: o 7-mej rano, o 1-ej w południe, o 6-tej wieczór i o 11-tej w nocy bezpośrednio przed spaniem, przyczem baczyć należy, aby chory najwyższą właśnie dawkę otrzymał w nocy. Jednym z głównych warunków dobrego wyniku leczenia jest sen, który zwłaszcza u neurasteników pozostawia wiele do życzenia. W tym względzie stosuje się trional w dawkach 1·50—2 grm., lub weronal 1 grm., bardzo dobrze działający, a nie wywołujący żadnych szkodliwych wpływów ubocznych; skutecznie czasem działają przetwory bromu i ciepłe kąpiele; ewentualną biegunkę zwalcza się tanigeną lub tanalbiną. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Bulling. **Wdychiwania fenilo-propiolanu sodowego w gruźlicy krtani i płuc.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 17, 1904). W trzech przypadkach gruźlicy krtani, względnie płuc, otrzymał autor przy pomocy wdychiwań fenilo-propiolanu sodowego tak znakomite wyniki, że nie waha się gorąco zalecić środka tego we wszystkich nie beznadziejnych przypadkach gruźlicy płuc, tem bardziej, że nie każdy chory jest w stanie jeździć z jednego uzdrowiska do drugiego, a wreszcie gdyby nawet mógł, z radością przyczyniłby się do skrócenia ciężkiej choroby. Oczywista rzecz, że wszelkie zasady postępowania dyetetyczno-higienicznego (Brehmer-Dettweiter) winny być i przy tem leczeniu zachowane; o tem chyba nie trzeba wspominać, jak nie mniej, że chorzy, u których cierpienie w przyczynowym pozostaje związku z ich zawodem, mają się chronić w chwili poprawy zdrowia od wszelkich szkodliwości i zanadto wiele nie zaufać swoim siłom fizycznym. Z uwagi dalej, że nowe to postępowanie lecznicze trwa czasami całe miesiące, winien i chory i lekarz uzbroić się w cierpliwość i wytrwałość, a nie zrażać się, jeśliby w krótkim czasie po rozpoczęciu leczenia nie pojawił się pomyślny skutek. Sposób stosowania wdychiwań jest następujący: Chory bierze kostkę rozpylacza w usta, oddycha zwolna, równomiernie bez natężenia; początkowa ciepłota rozpylanego leku wynosi 25°—30°, po kilku minutach należy ją podnieść do 42°—43°, a w przypadkach, w których skłonność do krwioplucia można wykluczyć, dochodzi się do 45°. Skutkiem tej nadmiernej ciepłoty rozpylanego środka wytwarza się przekrwienie bierne błony śluzowej całego narządu oddechowego, zastój Biera, działający bakteryobójczo i podnoszący w ten sposób działanie fenilo-propiolanu sodowego. Wdychiwania takie stosuje się dwa razy dziennie po pół godziny: podczas ostatnich kilku minut każdego posiedzenia obniża znów chory ciepłotę do 35°, zaś po wdychiwaniu winien chory przez całą godzinę wstrzymać się od wszelkiej rozmowy i wogóle spokojnie się zachować. Co się tyczy dawkowania, to zauważyć należy, że z początku stosuje się $^1/_2$% rozczyn fenilo-propiolanu sodowego, zwiększając dawkę co tydzień o $^1/_2$% aż do 3%, jako na razie ostatecznej granicy. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Elken i Wiesmüller. **O wdychiwaniach fenilo-propiolanu sodu według metody Bullinga.** (*Münchener medicinische Wochenschrift*, Nr. 18, 1904). Doświadczenia wykonano na 13 chorych, znajdujących się w rozmaitych okresach gruźlicy płuc i krtani, przy najściślejszem przestrzeganiu wskazówek, podanych przez samego Bullinga: z początku stosowano $^1/_2$% rozczyn fenilo-propiolanu sodowego, po kilku dniach 1%, dochodząc z biegiem czasu do 2% rozczynu; również i co do ciepłoty trzymano się ściśle zasad autora: w pierwszych 5 minutach wynosiła ciepłota rozpylanego rozczynu 25°, w następujących 20 minutach 40°, zaś w ostatnich 5 minutach zniżano znów ciepłotę na 25°. Wyniki, tem postępowaniem otrzymane, można wogóle określić jako pomyślne i to tem bardziej, że wstrzykiwaniami hetolu, spokrewnionego zresztą z fenilo-propiolanem sodu, nie otrzymano pomyślnych następstw. Szczególnie zaś zaznaczyć należy, że u dwóch chorych, którzy wdychiwali ten środek przez kilka miesięcy, ustąpiły zarówno rzężenia, jak i prątki gruźlicze w plwocinie. U jednego chorego nastąpiła znakomita poprawa w krtani, pomimo że zmiany w płucach i stan ogólny były bezwarunkowo nie świetne. Jako dowód, że cząstki rozpylonego rozczynu dochodzą do najgłębszych oskrzelików, może posłużyć ta okoliczność, że prawie wszyscy chorzy jeszcze po 12 godzinach czują smak leku w ustach, a plwocina wydaje charakterystyczną woń: szkodliwych zaś ubocznych wpływów u żadnego chorego nie stwierdzono. W każdym razie można było stwierdzić wybitną poprawę, pomimo że zupełnego wyleczenia w ścisłem tego słowa znaczeniu z powodu krótkości czasu leczenia osiągnąć nie zdołano; dopiero dalsze stosowania sprawę w tym kierunku wyświetlić mogą. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Hamaide (Plombieres). **O promieniotwórczości wód w Plombieres.** (*La Presse médicale*, Nr. 43. 1904). Wszystkie ciała promieniotwórcze, do których w pierwszej linii należą nowo odkryte pierwiastki: rad, polon, aktyn, posiadają dwie wybitne cechy. Jedna z nich, to tworzenie promieni o charakterze promieni katodalnych i promieni Roentgena, razem nazwanych promieniami Becquerela, które działają na płytę fotograficzną, pokrytą czarnym papierem, albo nawet cienką blaszką metaliczną i wywołują fosforescencyę pewnych ciał, jak platynocyanek barowy lub fosforyzujący siarczek cynkowy, a przez jonizacyę powietrza wyładowują potencyały ciał naelektryzowanych. Druga własność — to tworzenie się emanacyi, zachowujących się jak gaz, które to emanacye udzielają otoczeniu własności wysyłania wyżej opisanych promieni. Emanacye te ulegają po pewnym czasie jakiejś jeszcze niezbadanej przemianie, przyczem ich pierwotne własności nikną, natomiast, jak to zauważył Ramsay, tworzy się gaz, identyczny z niedawno odkrytym pierwiastkiem helium. Wszystkie ciała promieniotwórcze wydzielają promienie i emanacye bezustannie; siła ich nie słabnie, ani ciężar się nie zmniejsza, tak przynajmniej udowodniły kilkuletnie ścisłe spostrzeżenia; zjawiska te stoją w rażącej sprzeczności z naszemi dotychczasowemi pojęciami o zachowaniu materyi i energii i długich jeszcze zapewne trzeba będzie badań, nim ta sprzeczność z naszemi najkardynalniejszemi wyobrażeniami fizycznemi da się wyrównać. Emanacye, wydzielane przez ciała promieniotwórcze, rozkładają się same przez się, dostarczając ciepła, światła i elektryczności tak, że rad i podobne mu pierwiastki są, jak na razie, nieustannem i samoistnem źródłem energii. Przemiana emanacyi w helium, zauważona przez Ramsaya, tłómaczy nam, jak to podnieśli Elster i Geitel, obecność helium w wodach mineralnych pochodzenia wulkanicznego, a obfitych w emanacye promieniotwórcze. Właściwością emanacyi jest udzielanie własności promieniotwórczych płynom, w których one są rozpuszczone, lub ciałom stałym, z któremi są w zetknięciu. Po usunięciu ciał stałych ze sąsiedztwa radu zmniejszają się powoli te nabyte własności promieniotwórcze tak, że mniej więcej w pół godziny schodzą do zera. Emanacye różnych pierwiastków promieniotwórczych różnią się między sobą chyżością znikania; tak np. emanacye radu zmniejszają się co cztery dni o połowę, a więc pewna ilość emanacyi radu, zamknięta w rurce szklanej, zmniejsza się po upływie czterech dni o połowę, po ośmiu dniach do jednej czwartej, po dwunastu do jednej ósmej pierwotnej ilości. Tem można wytłómaczyć zjawisko, dlaczego wiele wód mineralnych posiada wybitne własności promieniotwórcze u źródła, traci je jednak wskutek dłuższego transportu.

Badania zdrojów mineralnych, przeprowadzone przez p. P. Curie, odnosiły się częściowo do gazów, wydzielających się u źródła, zebranych i co rychlej wysłanych do pracowni; częściowo zaś do gazów, rozpuszczonych w wodzie. Celem mierzenia emanacyi przepuszczano gaz przez rurę, będącą równocześnie kondensatorem elektrycznym i mierzono prąd między obydwoma zdrojami, następnie porównywano wynik ze skutkiem, jaki wywołuje jeden miligram bromku radowego w litrze otaczającego powietrza przez pewien

przeciąg czasu, podany w minutach. Gdy chodziło o badanie gazu rozpuszczonego w wodzie, wygotowywano ją, gaz zbierano i badano jak poprzednio. Drugie badanie tych samych wód, wykonane mniej więcej w dwa miesiące po pierwszem, wykazało, że emanacye są znacznie słabsze; widocznie zależą one nie od rozpuszczonych we wodzie śladów soli radowej, lecz od zadziałania ich na wodę gdzieś jeszcze w głębi ziemi. Celem mierzenia siły emanacyi posługiwał się p. Curie kondensatorem kształtu walcowatego, przez który przeprowadzał badany gaz i mierzył prąd między zbrojami kondensatora, wyrażając ilość jego w jednostkach elektrostatycznych. Badane gazy ze zdrojów porównywał zaś z powietrzem, wystawianem przez różny przeciąg czasu na działanie soli radowej. Ilość prądu jest proporcyonalną do czasu działania radu; tak np. jeżeli na litr powietrza będziemy działali miligramem bromku radowego przez dwie minuty, otrzymamy w przyrządzie dwa razy większą ilość prądu, niż po działaniu jednominutowem.

Następująca tablica wyobraża ilość emanacyi w gazach różnych zdrojów mineralnych. Pierwszy szereg liczb wskazuje ilość prądu, wyrażoną w jednostkach elektrostatycznych razy tysiąc, t. j. i. 10^3, drugi zaś czas, jakiego potrzeba, aby miligram bromku radowego wywołał ten sam efekt, działając na litr powietrza. Obydwie liczby są do siebie wprost proporcyonalne. Pomiary były robione w cztery dni po zebraniu gazów, zatem wartości u źródła są dwa razy większe.

		i. 10^3	n.
Bad Gastein w Austryi, zdrój Gratenbucker		360	19,7
Plombières (Wogezy)	zdrój Vauquelin	47	2,5
	„ nr. 3	29	1,53
	„ nr. 5	28	1,48
	dos Capucins	21	1,16
Bains-les-Bains (Wogezy)		16	0,89
Luxeuil (Haute-Saône)	zdrój Bain des Dames	5,7	0,29
	zdrój Grand Bain	2,3	0,12
Vichy (Allier) zdrój Chomel		4,6	0,25
Néris (Allier)		4,2	0,23
Bagnoles-de-l'Orne		3,3	0,17
Salins-Moutiers (Sabaudya)		3,	0,16
Cauterets (Niższe Pirencje) Eaux-Bonnes Lamalou (Hérault)		od 0,6	0,034
Mont-Dore (Puy-de-Dôme) Royat (Puy-de-Dôme)		do 3,	0,16
Chatêl Guyon (Puy-de-Dôme) Alet (Aude).		0	0

W dalszej części artykułu roztrząsa autor kwestyę działania wód w Plombières, a mianowicie jej trzy główne własności: uspokającą układ nerwowy, przeciwgośćcową i wpływającą na odżywienie. Trzy te własności, wspólne zresztą wielu tak zw. cieplicom obojętnym, których sposobu działania wprost nie znamy, odnosi autor właśnie do działania owych emanacyi czy promieni (miałby to zatem być ów cenny „Quellengeist?“ *przyp. ref.*). W każdym razie badania własności fizyologicznych promieni Roentgena, tudzież promieni i emanacyi radu, ich wpływ na żywotność komórek z całą skalą objawów od słabego przekrwienia aż do oparzenia, wpływ na wzrost włosów ujemny lub dodatni, a w końcu opisane przez Danysza i Bohna własności analgetyczne radu, zdają się potwierdzać zapatrywania autora. *Seńkowski.*

Schaefer. **W sprawie leczenia gośćca stawowego surowicą.** (*Therapie d. Geg.*, marzec, 1904). Wyniki, które Menzer osiągnął w gośćcu stawowym zapomocą surowicy przeciwpaciorkowcowej, skłoniły Dra Schaefera do próbnego jej zastosowania. Próby wypadły ku zadowoleniu jego i chorych. Przedewszystkiem autor ten wziął pod rozwagę, czy lekarz praktyczny może tego rodzaju leczenie stosować i polecić? Prócz wstrzykiwań surowicy chorzy nie używali żadnych innych leków, ani wewnętrznie, ani zewnętrznie. Nigdy nie zauważono objawów, wskazujących na niebezpieczeństwo stosowania tego leczenia. Że wiek, siły i możebne powikłania muszą wpływać na dawkę, rozumie się samo przez się, jak i to, że trzeba przeczekać z ponownem wstrzyknięciem aż do przejścia odczynu po pierwszem. Mierna bolesność w miejscu wstrzyknięcia (bez ropienia) i osutka są tymi przemijającymi objawami, które przecież nie mogą mieć takiego znaczenia, ażeby stosowanie tej surowicy stało się niemożebnem. Schaefer zadał sobie dwa pytania: 1) czy leczenie gośćca stawowego surowicą przeciwpaciorkowcową ma jakie zalety wobec leczenia dotychczasowego i 2) czy można mu przypisać wogóle jakiś swoisty wpływ na sprawę chorobową? Autor stwierdził, że 1) napady po tem leczeniu trwały znacznie krócej, niż dawniej, a po usunięciu gorączki pozostawało uczucie podmiotowej rzeźwości, jakiej przedtem chorzy nie zaznawali. Już to przemawiałoby za pierwszeństwem leczenia surowicą przed lekami dotychczas używanymi. Te ostatnie mogą wprawdzie przemijająco usunąć gorączkę i bolesność stawwów, lecz leczenie to łączy się z przykrem działaniem ubocznem, nieraz jeszcze powiększającem cierpienia chorych, które nie istnieją przy leczeniu surowicą. W szczególności nie cierpi trawienie. Dalszą zaletą leczenia surowicą gośćca stawowego jest znaczne zmniejszenie potów, tak obficie występujących w gośćcu i po leczeniu salicylanem sodowym. Czy w leczeniu surowicą gośćca stawowego posiadamy środek przeciw zapaleniu wsierdzia, autor nie rozstrzyga z powodu niedostatecznego jeszcze doświadczenia. W jednym przypadku zauważył podmiotowe i przedmiotowe polepszenie objawów sercowych. Wobec tych zalet leczenia surowicą przeciwpaciorkowcową mało mu czyni ujmy ta okoliczność, iż lekarzom przyczynia się nieco więcej pracy, niż przy szablonowem zapisywaniu lekarstw. *Baschkopf.*

Bokay. **Doświadczenia z surowicą przeciwpłoniczą Mosera.** (*Ungar. med. Presse*, Nr. 35, 1903). Prof. Jan Bókay wybierał zawsze jak najcięższe przypadki płonicy. Wstrzyknął ogółem 2150 ctm.^{3}; najmniejsza dawka wynosiła 100 ctm.^{3}, największa 200 ctm.^{3}; w 2-ch przypadkach powtórzono wstrzyknięcie po upływie 24 godzin. We wszystkich 12 przypadkach uderzył autora szczególnie korzystny wpływ na stan ogólny; wyraźnem zwłaszcza było szybkie znikanie groźnych objawów mózgowych już 2-go dnia po wstrzyknięciu. Ustępowanie ciężkich objawów podrażnienia kory mózgowej wtedy tylko stawało się wybitnem, jeżeli po pierwszych 24 godzinach następowało znaczne obniżenie ciepłoty, o czem niżej. Dzieci, których przed zastrzyknięciem z powodu ciężkiego zapadu nie można było odżywiać, przyjmowały pokarm już dnia następnego po wstrzyknięciu i nie robiły już wrażenia ciężko chorych. Autor podnosi fakt, że po wstrzyknięciu wysypka szybko znikała, a tam, gdzie się dopiero rozwijała. występowała łagodnie, nawet niekiedy nie dosięgła zupełnego rozwoju. Szczególnie uderzało Bókaya, na co nie zwrócili uwagi ani Moser, ani Escherich, że surowica wpływa na cechę wysypki; albowiem wyraźna osutka różnobarwna lub guzkowata już po 24—48 godzinach zamieniała się na wysypkę wyglądającą prawidłowo, gęsto punktowaną, więcej bladą. Najbardziej uderzało obniżenie bardzo podwyższonej ciepłoty w 24 godzin po wstrzyknięciu. W wyleczonych 10 przypadkach obniżyła się ciepłota przeciętnie o 2·1° C. U niektórych chorych spadek ciepłoty był przełomowy, o ile dalszy przebieg choroby był bezgorączkowy. Nigdy nie spostrzegał autor objawów zapadu, choćby jak znacznem było obniżenie ciepłoty. Równolegle z obniżeniem ciepłoty zmniejszała się także częstość tętna, którego jakość również przedstawiała poprawę. Co się tyczy zgorzeli gardła, zgadza się Bókay z Moserem i Escherichem, iż ona mniej szybko się rozszerza i mniej głęboko drąży. Zapalenie nerek po płonicy spostrzegano w 2-ch przypadkach, zawsze z korzystnym przebiegiem. Czy leczenie surowicą pociąga dla chorego szkodliwe następstwa? Ropienie w miejscu wstrzyknięcia spostrzegano tylko raz. Na nerki surowica nie wpływa szkodliwie, gdyż raz tylko po wstrzyknięciu wystąpił białkomocz, trwający zresztą tylko bardzo krótko. W 7-miu (na 12) przypadkach zauważono wysypkę po surowicy, najczęściej w postaci pokrzywki. Bókay stwierdza w końcu, iż wrażenie po zastosowaniu surowicy Mosera jest stanowczo korzystnem. *Dr. Baschkopf.*

Prof. Le Dentu. **O mięsakach pochwy w wieku dziecięcym.** (*La Presse médicale*, Nr. 41, 1904). Nader rzadkie to cierpienie było dotąd prawie wyłącznie opisywane przez pisarzy niemieckich (Veit, Braun, Kolisko, Pick). Dotyczy ono wieku dziecięcego na równi z wiekiem dojrzałym i podeszłym, a bywa częstokroć niewątpliwie wrodzonem. Odpowiednio do wieku dotkniętych osobników okazuje ono różny rozwój i rozmaite postacie anatomiczne. Jest nader groźnem i tylko wyjątkowo zabiegi chirurgiczne odnoszą pomyślny skutek. Pojawia się od najwcześniejszego wieku do najpóźniejszej starości. Veit w swojem zestawieniu wyróżnia 2 grupy, z których pierwsza obejmuje 17 przypadków i dotyczy wieku dziecięcego, druga zaś grupa 30 przypadków i odnosi się do chorych, począwszy od 15 roku życia. Do pierwszej grupy dolicza autor jeszcze 3 przypadki, opisane przez Brauna, Strassmanna i Rabego, a nadto swój własny, dotyczący 3$^1/_2$-letniej dziewczynki. Olbrzymi mięsak zajmował całe podbrzusze i sięgał prawie aż do pępka. Guz, wypełniający pochwę, zaciskał szyjkę bardzo rozciągniętego pęcherza moczowego i wywołał bezwzględne zatrzymanie moczu. Srom z powodu sterczącej zeń gładkiej masy gąbczastej przedstawiał widok. przypominający przerzynanie się główki przy porodzie. Silne bole, które pochodziły w części z zatrzymania się moczu, częścią zaś z rozpychania pochwy przez guz, ustąpiły chwilowo po wyskrobaniu tworów patologicznych z pochwy. Autor wykonał możliwie doszczętną operacyę, wszelako chora zmarła po 3 dniach z powodu zapalenia płuc. Guz wycięty, badany drobnowidowo, oka-

zał się mięsakiem i składał się przeważnie z zarodkowej tkanki łącznej, która w licznych miejscach przechodziła w śluzakową. Autor podnosi jako ważny szczegół zupełny brak włókien mięsnych prążkowanych. *Dr. M. Blassberg.*

M. D'Halluin. **Mięsienie serca.** (*La Presse médicale*, Nr. 44, 1904). Tuffier był pierwszym z chirurgów, który w r. 1898 położył nacisk na znaczenie mięsienia serca, stosowanego już od dawna przez fizyologów. Zdołał on na chwilę wskrzesić chorego, operowanego przed 5 dniami z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, a zmarłego nagle podczas wizyty lekarskiej. Po tem doniesieniu przypadki ogłaszane pomnożyły się znacznie. O ile doświadczalnie skuteczność mięsienia serca nie da się zaprzeczyć, to jednak nie było dotąd prawie żadnych wniosków o praktycznem znaczeniu dla ustroju ludzkiego. Wyjątek stanowi przypadek Maaga, w którym życie dało się utrzymać przez 11 godzin, oraz przypadek Starlinga, któremu poraz pierwszy powiodło się ocalić tym sposobem przez niego operowanego człowieka. Główną przeszkodą zdają się być drgania włókienkowe, które trudno usunąć. Batelli uważa za skuteczny środek w celu ich usunięcia stosowanie prądu elektrycznego o wysokiem napięciu (do 240 wolt). Autor widział dobre wyniki w tym kierunku po wstrzykiwaniu śródżylnem soli potasowych. Bardziej zadowalniających wyników po mięsieniu serca możnaby się spodziewać, kombinując z niem wdmuchiwanie powietrza do płuc. Wogóle o możności wskrzeszenia po ustaniu czynności serca może być tylko wówczas mowa, jeśli nie zachodzą uszkodzenia, wykluczające bezwzględnie możność bytu i o ile krew jest płynną, a ośrodki nerwowe są względnie nienaruszone. Działanie mięsienia serca tłómaczy się przez powstanie krążenia tętniczego i następowe pobudzenie czynności ośrodków. Jest to wogóle metoda wprawdzie niestała, ale która w niektórych przypadkach może być niewątpliwie skuteczną. *Dr. M. Blassberg.*

Althaus. **Przypadek laryngotomii w celu usunięcia ciała obcego u 10-miesięcznego dziecka.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 21, 1904). 10-miesięczne dziecko, bawiąc się, miało połknąć skorupkę z jaja. Badaniem nie można było nic wykazać, a objawy ze strony krtani pozwalały przypuszczać, że cząstka skorupki, którą matka dziecka wyjęła zaraz z gardła, wywołała podrażnienie błony śluzowej krtani. Po kilku dniach dopiero powstała duszność, która zmusiła do zrobienia tracheotomii; operacya jednak nie wykazała żadnego ciała obcego w tchawicy, a sprowadziła tylko ulgę w oddychaniu. Dziecko mimo tego gorączkowało później; rana tracheotomijna nie goiła się, a przy zmienianiu kaniuli można było widzieć, że z góry wydobywa się nieco krwi i ropy. Autor sondował nawet krtań zgłębnikikiem cienkim, nie mógł jednak natrafić na żadne ciało obce. Stan po 4 tygodniach był niezmieniony; dziecko gorączkowało, chociaż nieco mniej, jednak podrażnienie do kaszlu istniało bez przerwy; wobec tego przystąpiono do laryngotomii. W krtani znaleziono cztery małe kawałeczki skorupy; prawdopodobnie początkowo był jeden kawałek, a ten skruszył się przy sondowaniu zgłębnikiem. Cząsteczki te wyjęto, ranę zaszyto; przebieg pooperacyjny był dobry: kaszel ustał, dziecko wydobywało głos czysty. Po 8 dniach szwy wyjęto, rana się zagoiła, a dziewiątego dnia można było kaniulę wyjąć na stałe. Przyłączyło się jednak zapalenie płuc, jak autor przypuszcza zachłystowe, które zakończyło się śmiercią. *B. Żmigrod.*

Heine. **O wrodzonym braku rzepki.** (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 19, 1094). U 34-letniego chorego stwierdził autor wrodzony brak rzepki, a obraz radiograficzny upewnił go jeszcze w rozpoznaniu. Przypadek zajmujący także i z tego względu, że brak rzepki stwierdzono także u ojca i u siostry chorego. Poza tem staw kolanowy był zupełnie prawidłowy, funkcye stawu niezmienione, tylko guzowatości kości goleniowej po obu stronach są powiększone. W przypadku tym można było wykazać pewne zmiany w czynności ścięgna mięśnia czworogłowego uda, coby świadczyło o tem, że prawdopodobnie rzepka ma także pewne czynnościowe zadanie w prostowaniu kończyny dolnej w kolanie. U tego samego chorego stwierdzono ponadto wrodzone zwichnięcie główki kości sprychowej ku tyłowi. *B. Żmigród.*

Krone. **O działaniu promieni Roentgena na narządy wewnętrzne.** (*Münch. mediz. Wochenschrift*, Nr. 21, 1904). Do autora zgłosił się chory z bardzo znaczną białaczką śledzionową, który przez długi czas zażywał arsen bez skutku, a na operacyę zgodzić się nie chciał. Wtedy to autor, zachęcony pracą Senna, nakłonił chorego do poddania się leczeniu promieniami Roentgena i odesłał go do odpowiedniego Zakładu. Autor widuje chorego dość często; leczenia nie uważa jeszcze za ukończone, ale zadziwiony jest wynikiem działania promieni, chociaż nie umie sobie dotychczas fizyologicznie wytłómaczyć tego wyleczenia. Prawie po kilku posiedzeniach stan ogólny chorego się poprawił, obrzęk śledziony ustąpił, przyczem ta wróciła do swego dawnego kształtu. Objętość brzucha u chorego zmniejszyła się, mimo że ciężar ciała się zwiększył; także skład krwi się zmienił: stosunek ciałek białych do czerwonych po 17 posiedzeniach zeszedł z 1:8 na 1:20. Stan psychiczny chorego, zgorzkniałego długiem trwaniem choroby, poprawił się znacznie, chory poczyna się brać do swej zawodowej pracy. Leczenie wprawdzie nieukończone, jednak według zdania autora powinno znaleźć naśladowców. *B. Żmigród.*

Feilchenfeld. **W sprawie rozpoznawania i leczenia bezsenności, osobliwie pochodzenia sercowego.** (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 11, 1904). Przyczyny wywołujące bezsenność mogą być pochodzenia mózgowego, żołądkowo-jelitowego i sercowego; w ostatnim razie przedstawiają chorzy tak charakterystyczny typ, że rozpoznanie nie powinno natrafić na szczególniejsze trudności. Sen w podobnych przypadkach następuje szybko, jest dość głęboki, trwa jedną ub dwie godziny, poczem chorzy budzą się wśród uczucia lęku, lekkiego ciężaru na klatce piersiowej, a bardzo często z „biciem“ serca. Ta bezsenność trwa przeważnie kilka godzin i dopiero nad ranem chorzy zasypiają znów na krótki czas. Zazwyczaj można w takich przypadkach stwierdzić osłabienie mięśnia sercowego bez wad zastawkowych; takie zmiany bowiem nie pociągają za sobą prawie nigdy bezsenności; owszem sen bywa u tych chorych zwyczajnie bardzo dobry i pokrzepiający. Co się tyczy leczenia, zaleca autor obok ścisłego postępowania higieniczno-dyetetycznego zabiegi wodolecznicze i małe dawki środków nasennych (morfina, kodeina, sulfonal i t. d.), szczególnie zaś połączenie naparstnicy z morfiną, n. p. *Rp. Pulv. digitalis 0·015, morph. muriat. 0·0025 S.* Przed spaniem zażyć jeden proszek. W przypadkach, w których przyczyny bezsenności tkwią w przypadłościach żołądkowych, dobry wpływ wywiera sulfonal w dawkach 0·25, 2 lub 3 razy w ciągu popołudnia. Należy stosować małe dawki nawet w tych przypadkach, w których większe pozostawały bez skutku. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Kauffmann. **Niebieskie zabarwienie spojówki i rogówki.** (*Ophtalmolog. Klinik*, Nr. 6, 1904). Zawodowemu pisarzowi prysnął przy zamknięciu flaszeczki atrament do hektografowania pełnym strumieniem w twarz. Twarz cała, szyja, jama nosowa, usta, język i błona śluzowa jamy ustnej były niebiesko zabarwione. Skóra powiek stosunkowo mało była zabarwioną, natomiast spojówka i rogówka przedstawiały jednostajną niebieską powierzchnię tak, że tęczówki i źrenicy dostrzedz nie było można. Chory liczył tylko palce przed okiem i widział wszystko w barwie niebieskiej. Zabarwienie skóry usunął autor bardzo łatwo wycieraniem miejsc splamionych mieszanką alkoholowo-eterową. Obawiając się jednak drażnić oko tym płynem, założył na oba oczy opatrunek z 2% maści borowej, który zmieniał co godzinę. Przepłókiwania wodą okazały się bezskuteczne, gdyż atrament ten w wodzie się nie rozpuszczał. Trzeciego dnia obie rogówki i spojówki były zupełnie odbarwione. Zmiany zapalne na spojówkach w postaci obrzęku i wydzieliny, miejscami o charakterze błoniastym, oraz powierzchowne zdarcia przybłonka rogówkowego i owrzodzenia rogówki ustąpiły dopiero po trzech tygodniach przy odpowiedniem leczeniu. Chory osiągnął pełną bystrość wzroku, rogówki pozostały zupełnie czyste, bez plam. Autor zaleca w podobnych przypadkach wyżej opisane postępowanie lecznicze. *W. Reis.*

E. Arbinet. **Stosowanie kwasu siarkawego do przestrzykiwań pochwy.** (*La Presse médicale*, 1904, Nr. 14). Autor zastosował w położnictwie i ginekologii roczczyny wodne kwasu siarkawego, a wyniki otrzymane we Francyi i w Anglii wykazały zalety tego środka, mianowicie jego taniość, brak silnej woni, oraz własności trujących lub żrących w dawkach stosunkowo wysokich, a natomiast wybitne własności przeciwgnilne i ściągające. Jest to lek dawno już znany z odkażających własności swoich. Roczczyny wodne mają te same własności, co gaz, atoli nie drażnią błon śluzowych. Autor pił sam bez uszczerbku dla zdrowia przez szereg tygodni roczczyn wodny, w którym dziennie spożywał 1½ litra SO_2. Za najodpowiedniejszy roczczyn uważa autor taki, który mieści w 1 l. wody 5 l. SO_2. Arbinet stosował też z bardzo dobrym skutkiem siarkawą waselinę, otrzymywaną przez przepuszczanie kwasu siarkawego w ciepłocie podwyższonej przez białą waselinę. Autor oddaje kwasowi siarkawemu pierwszeństwo przed innymi środkami odkażającymi. *Dr. M. Blassberg.*

Frose. **Stosunek między gruźlicą krtani a płuc.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 13, 1904). Autor starał się drogą doświadczalną wyjaśnić, w jaki sposób zajętą bywa sprawą gruźliczą krtań przy poprzedniem cierpieniu płuc. Otóż doświadczenia na psach przeprowadzone, wykazały — znany zresztą objaw, że plwocina, nasycona prątkami gruźliczymi, a osiadająca na błonie śluzowej krtani, jest zdolna wywołać zmiany gruźlicze. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Działanie francensbadzkich kąpieli borowinowych na parcie krwi. (*Allg. Wien. med. Ztg.*, Nr. 16, 1904). Na podstawie 63 doświadczeń, które L. Fellner przeprowadził zapomocą tonometru prof. Gärtnera, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Kąpiele borowinowe o zagęszczeniu płynnem, średnio gęstem i gęstem, ogrzane do ciepłoty 26 do 28° R., wywołują w największej liczbie przypadków podwyższenie parcia krwi, a tylko bardzo rzadko pozostaje ono niezmienionem. 2) Podwyższenie parcia krwi nie zależy od ciśnienia początkowego. 3) Także ciepłota kąpieli, jeżeli waha się między 26 a 28° R., nie wpływa na podwyższenie parcia krwi. Przydarzać się mogą przy tej samej ciepłocie różne stosunki parcia, a przy różnej ciepłocie te same stosunki parcia i to nie tylko u różnych osób, użytych do doświadczeń, ale też u jednej i tej samej osoby. Czy wyższe stopnie ciepłoty, niż te, których używał F., wpływają inaczej na ciśnienie krwi, jest rzeczą dalszych doświadczeń. 4) Natomiast usposobienie osoby wpływa, jak się zdaje, na zmiany w parciu krwi. 5) Większe zagęszczenie kąpieli wpływa podwyższająco na parcie krwi. Doświadczenia te potwierdzają wykazane już przed 26 laty przez autora zapomocą sfigmografu zwiększenie parcia krwi. Na podstawie tych wyników uważa autor za wskazane przestrzedz stanowczo przed stosowaniem kąpieli borowinowych w tych chorobach, w których można wykazać stale nieprawidłowo wielkie parcie krwi, więc 150 mm. i wyżej, jak w miażdżycy tętnic, w przeroście serca, marskości nerek itp. Z drugiej strony nakładają te wyniki obowiązek na lekarza, polecającego kąpiele borowinowe, u każdego chorego poprzednio starannie zbadać parcie krwi. *Baschkopf.*

Sozojodolan sodowy, jako dobry lek przeciw wrzodowi twardemu. (*Deutsche med. Ztg.*, Nr. 81, 1903) poleca Dr. Gouladze, prym. wojsk. szpit. w Warszawie. Autor stosuje ten przetwór w stanie nie sproszkowanym, lecz w kryształkach, które rozpuszczając się na wrzodzie, zabijają bakterye, wysuszają wrzód i ochraniają go przed dalszym rozpadem. W przypadkach silnego rozpadu i obfitego ropienia musimy jednak uciec się do środków działających także żrąco. Cenną jest też własność leku, iż szybko tworzy się twardy strup, pod którym wrzód bardzo dobrze się goi. *Baschkopf.*

Leczenie znamion barwikowych 30%-wym roztworem dwutlenku wodu. (*Monatschr. f. prakt. Dermat.*, tom 37, 1903). Z polecenia Unny zajął się asystent kliniki Dr. Curt Cohn leczeniem znamion barwikowych rozczynem dwutlenku wodu. Dwa razy dziennie wpuszczał on pręcikiem szklanym jedną kroplę, czekał aż rozczyn na skórze wysechł, poczem miejsce przypalone pokrywał plastrem cynkowym. Po kilku dniach znamiona znikały. *Baschkopf.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

VIII posiedzenie dnia 9/22 stycznia 1904 roku.

Obecnych członków 29, gości 12.

I. Prezes dr. Strawiński, otwierając posiedzenie, wita licznych gości z różnych dzielnic kraju, przybyłych na IX Zjazd Pirogowski; obecność ich na posiedzeniu uważa za dowód tej życzliwości, którą Koło potrafiło dla siebie wzbudzić, jako ognisko jednoczące lekarzy Polaków w Petersburgu. Następnie proponuje zgromadzeniu powołać prof. dr. J. Mierzejewskiego na honorowego prezesa posiedzenia.

Prof. dr. J. Mierzejewski obejmuje wśród oklasków przewodnictwo i udziela głos dr. K. Noiszewskiemu (z Dźwińska).

II. Dr. Noiszewski wygłasza rzecz pod tyt.: „Bezład wzrokowy" (*ataxia optica*). Mianem *ataxia optica* po raz pierwszy oznaczył prelegent w Sekcyi okulistycznej XII Zjazdu międzynarodowego lekarzy w Moskwie *zaburzenia wzrokowe sui generis* (K. Noiszewski. *L'ataxie optique et polyopie monoculaire. Comptes rendus* p. 312—315, również „Kronika lekarska" 15 maja 1898). Za główną i najogólniejszą cechę bezładu uważa prelegent „niedoprzedmiotowanie[1]" dzięki rozprzężeniu między wrażeniem „odprzedmiotowem" a ruchem „doprzedmiotowym". Gdy rozprzężenie nastąpi pomiędzy ruchami doprzedmiotowymi a wrażeniami odprzedmiotowemi, odniesionemi drogą czucia skórnego, bezład nosi miano wiądowego (*ataxia tabica*); jeżeli rozprzężenie następuje pomiędzy wrażeniami wzrokowemi a ruchami doprzedmiotowymi, bezład nazywa się wzrokowym. Przy bezładzie wiądowym nóg chory tylko wtedy może chodzić, gdy patrzy na podłogę i na swe nogi; przy bezładzie nóg wzrokowym — tylko wtedy, gdy zamknie oczy. Przy bezładzie wiądowym rąk chory tylko wtedy może nalać do szklanki wody z pod kranu, gdy widzi kran i szklankę; przy bezładzie rąk wzrokowym tylko wtedy, gdy zamyka oczy. Fürstner spostrzegał u osobników, dotkniętych niedowładem postępującym, zaburzenia wzrokowe „*eigenthümliche Sehstörungen*", zupełnie podobne do zaburzeń przy bezładzie wzrokowym (*ataxia optica*). Chorzy Fürstnera, jakkolwiek widzieli wcale dobrze, nie mogli policzyć pigułek; czytali, a nie byli w stanie trafić wskazówką we wskazaną literę przeczytanego wyrazu; pisząc nie mogli zachować odstępów pomiędzy wierszami; pisali wiersz następny na wierszu już napisanym. Badanie zwłok tych chorych wykazało we wszystkich przypadkach zmiany anatomiczne w obrębie wzrokowym półkuli przeciwległej oka, dotkniętego wzrokowym bezładem. U osób tych ani Fürstner, ani późniejsi nigdy nie znajdowali połowiczej hemiopsii, ale bardzo często stwierdzali znaczne zwężenie pola widzenia. (*Autoreferat*).

W dyskusyi zaznacza prof. dr. Mierzejewski doniosłość nadzwyczaj pouczających spostrzeżeń prelegenta; wniosek prelegenta, że w każdym przypadku należy oznaczać sprawność wzrokową, podając do czytania i litery i kwadraty, ma znaczenie i w rozpoznawaniu chorób mózgu; zaznaczywszy następnie inne szczegóły odczytu, prof. Mierzejewski wyraża prelegentowi podziękowanie i udziela głos drowi Polakowi.

III Dr. Polak (prezes Towarzystwa higienicznego w Warszawie) wygłasza rzecz pod tyt.: „Przegląd czynności Towarzystwa higienicznego w Warszawie". Odczyt przedstawia historyczny rys rozwoju Towarzystwa higienicznego w Warszawie.

IV. Dr Moraczewski (Lwów) mówił: „O pochodzeniu indykanu". Od czasu wykrycia indykanu w moczu istniała teorya o pochodzeniu tego ciała z wytworów gnicia białka w jelitach. Oznaczanie indykanu nie tylko w przypadkach podejrzanego gnicia, lecz i w innych stanach, doprowadzić musiało do wykrycia nieznanej zależności powstawania indykanu i od innych zaburzeń, jak n. p. w chorobach wątroby, w moczu dziecięcym i t. d. Chcąc wykazać niezależność indykanu od gnicia, umyślił prelegent badać indykan w moczu i indol w kale przy rozmaitych dyetach, przyczem zmodyfikował metodę A. Schmidta, używając spektrofotometru, nie zaś spektroskopu. Okazało się, jak to już z poprzednich doświadczeń domyślać się było można, że sposób odżywiania daleko silniej oddziaływa, niż czas przebywania pokarmów w jelitach i że indykan w moczu nie jest w ścisłej zależności od indolu w kale. Wreszcie przy usunięciu gnicia w jelitach w przypadku rzyci sztucznej udało się prelegentowi wykazać indykan w moczu, mimo że ze stanowiska teoryi należałoby przypuścić brak zupełny indykanu (*autoreferat*).

W dyskusyi dr. Strawiński przytacza własne spostrzeżenia, że u kobiet ciężarnych zawartość indykanu w moczu jest nieraz zwiększoną, zupełnie niezależnie od stanu przewodu pokarmowego; okoliczność ta zmusza do szukania przyczyny w zaburzeniach przemiany materyi.

Na tem posiedzenie zakończono. *Witold Orłowski.*

VII. Ginekologia u Aretaeusa.

Przyczynek do dziejów ginekologii.

Przez

Dr. Jana Lachsa.

(Ciąg dalszy).

Dalszem cierpieniem macicy, które się wśród niekorzystnych warunków może chorej dać należycie we znaki, są upławy. Zdania swojego co do przyczyny tej choroby, jakoteż co do sprawy, czy uważa ją za cierpienie następo-

[1] Wyrazem „niedoprzedmiotowanie" określa prelegent patologiczny stan widzenia, w którym chory przedmioty widzi, lecz nie jest w stanie ich lokalizować. Jako termin naukowy wątpimy, by się utrzymał. (*Red.*).

we, czy też za samoistne, nie zdradza Aretaeus nigdzie. Prawdopodobnie uważał upławy za cierpienie samoistne, podobnie jak zapalenie lub inne choroby macicy, gdyż wspominając o tamtych, nie wymienia upławów jako ich następstwa, a nadto poświęca tej chorobie dużo miejsca i czasu [127]), nie mniej nawet, aniżeli opadaniu macicy, jej wrzodom lub rakowi. Nad przyczynami upławów nie zastanawia się również, zajmując się więcej ich rodzajem: istnieją według Aretaeusa dwa główne rodzaje upławów, t. j. czerwone i białe, których barwa, zależnie od tego, czy znajduje się większa lub mniejsza domieszka krwi, względnie żółci, może przybierać rozmaite odcienia, począwszy od barwy słabo czerwonej aż do sinej lub nawet czarnej. Domieszka krwi może obok barwy wydzielającej się cieczy zmieniać i jej zagęszczenie. Przy małej domieszce bywają upławy rzadkie, przy większej gęstnieją lub też krzepną na podobieństwo krwi. Inaczej przedstawiają się upławy białe: bywają one bezbarwne, przypominając wodę, oraz blado żółte lub nawet podobne do żółci. Pod względem gęstości zachowuje się i ten rodzaj rozmaicie: bywa rzadki jak surowica, gęsty jak ropa, lub też zawiera nierzadko skrzepy krwi. Woń upławów, zwłaszcza białych gnijących jest silnie cuchnąca. Czasem jednak i czerwone upławy bywają dosyć cuchnące, co ma miejsce przedewszystkiem wtedy, gdy im towarzyszy rozpad części chorej.

Kobiety, dotknięte jednym lub drugim rodzajem cierpienia, stają się blade, łaknienie ich zmniejsza się, stają się ociężałe lub nawet niedołężne i popadają w bezsenność.

Upławy są cierpieniem przewlekłem, czas ich trwania bywa różny, zależnie od tego, czy są one czerwone, czy też białe. Białe trwają zazwyczaj dłużej, aniżeli czerwone. Wiek kobiet zachowuje się rozmaicie wobec upławów. Białe bywają częściej cierpieniem młodego wieku, podczas gdy w późniejszych latach, mianowicie u staruszek, częściej się pojawiają upławy czerwone. Stąd też pochodzi, że lekarz rozmaicie musi rokować u kobiet dotkniętych tem cierpieniem. Niezależnie zaś od wieku chorej białe upławy trwają zazwyczaj dłużej, aniżeli czerwone, które, gdy przybierają barwę ciemną, stają się groźne dla chorej.

Innym rodzajem upławów, aniżeli ten, którym się dotychczas zajmowaliśmy, jest t. zw. nasieniotok kobiecy (γονόῤῥοια): jest on cierpieniem następowem macicy, gdyż powstaje wtedy, kiedy ona skutkiem zaziębienia traci zdolność przerabiania i zatrzymywania soków. Zmiana temperamentu na zimniejszy jest także powodem, że macica źle zużywa krew, nadając jej barwę białą. Do utrzymania bowiem barwy czerwonej krwi potrzeba koniecznie ciepła, a tego właśnie brak chorej macicy. Treść, wydobywająca się z pochwy, jest białawą, gęstą, podobną do nasienia, żrącą, wywołuje świąd części rodnych i pobudza popęd płciowy [128]). Innym znowu razem uważa Aretaeus świąd i wzmożenie popędu płciowego jako pierwotne, a nasieniotok jako objaw następowy [129]). Nasieniotok występuje także u mężczyzn jako następstwo nadużyć płciowych, stanowiąc dla nich cierpienie groźne. Poglądów swoich na przebieg jego u kobiet nie wypowiada Aretaeus nigdzie.

Pomimo częstości nasieniotoku i pomimo że go, — jak się zdaje, — uważano i u kobiet za cierpienie nie zbyt rzadkie i wcale nie obojętne, zastanawiali się starożytni autorowie stosunkowo mało nad tem cierpieniem, o ile ono dotyczyło kobiet. Soranus poświęca mu wprawdzie cały rozdział, zależało mu jednak przeważnie na jego leczeniu. Z kilku uwag zaś wstępnych wynika, że choroba ta polega na bezwiednym wypływie nasienia [130]). Jeżeli zaś uwzględnimy, że podług Soranusa na wytwarzanie nasienia składa się cały ustrój, zrozumiemy dobrze, dla czego przykładał taką wagę do jego leczenia. Rufus pozostawił wprawdzie pracę o nasieniotoku, lecz poświęca ją w całości nasieniotokowi mężczyzny [131]). Dopiero Galen bada nieco obszerniej mechanizm, przyczynę, następstwa i leczenie nasieniotoku u kobiety, dochodząc w końcu do wniosków, że cierpienie to jest następstwem schorzenia jajników (jąder żeńskich) i trąbek, a zwłaszcza tych ostatnich, gdy one tracą zdolność zatrzymywania nasienia. Galen więc uważa nasieniotok za następstwo schorzenia jajników i trąbek, przyczem macica odgrywa jedynie rolę pośredniczącą, polegającą na przeprowadzaniu nasienia do pochwy [132]).

Zgodnie z innymi autorami uważa Aretaeus nasieniotok za cierpienie poważne i groźne, już to z powodu tego, że może spowodować inne ciężkie choroby, już też dlatego, że jest w stanie raz na zawsze znieść zdolność płodzenia. Z tego też powodu nie należy go zaniedbywać, lecz leczyć, posługując się w razie potrzeby całym arsenałem środków leczniczych. W tym celu zaleca Aretaeus zimne kąpiele nasiadowe, których woda zawiera środki ściągające; takież zlewania, maść różaną, olejek, jaki się otrzymuje z dzikiego winogradu, zmieszany z białem przyjemnie pachnącem winem; oliwę, w której zagotowano miód, majeranek, rozmaryn, oman, lub też te środki w postaci kataplazmów, a przedewszystkiem zaś środki, podane przez Symfona i Filona. Jako napój nadaje się odwar stroju bobrowego (κάστορος) i korzenia miechunki (ἀλικάκκαβος). Pamiętać jednakowoż należy, że w znacznej części przyczyniają się do wyleczenia zachowanie miary w jedzeniu i w ruchach, jakoteż niemniej wstrzemięźliwość pod względem płciowym [133]).

Pod względem bardzo znacznie spotęgowanego popędu płciowego przypomina nasieniotok i inne cierpienie, o którem starożytni nierzadko wspominają. Mamy tu na myśli obłęd lubieżny, t. zw. *„satyriasis"* (σατυρίησις). Cierpienie to jest podług niektórych autorów jedynie chorobą mężczyzn, a podług innych właściwą jednej i drugiej płci. Do pierwszej kategoryi lekarzy należy Aretaeus [134]), a do drugiej Soranus [135]). Aretaeus jest zdania, że obłęd lubieżny (*satyriasis*) występuje u kobiet jedynie jako objaw, towarzyszący opisanemu właśnie nasieniotokowi. Ta okoliczność uwalnia nas od osobnego omawiania obłędu lubieżnego. Rufus mówi wprawdzie o obłędzie lubieżnym podobnie, jak i o nasieniotoku, jedynie u mężczyzn; okoliczność ta nie pozwala jednakowoż jeszcze na żadne wnioski w tej sprawie [136]). Podobnie nie można nic stanowczego powiedzieć o tym przedmiocie u Galena, który zaledwie wspomina o nim tylko okolicznościowo. W pismach, znajdujących się w zbiorze Kühna, można wprawdzie wskazać na jedną pracę [137]), z której wynika, że autor jest tego samego zapatrywania, co Soranus; praca ta jednakowoż z pewnością nie jest pochodzenia Galenowego.

O zaburzeniach w miesiączkowaniu mówi Aretaeus jedynie okolicznościowo. Z tych jednak kilku uwag, które nas doszły, wynika, że znanym mu był całkowity brak miesiączki, tudzież zbyt obfite krwawienie miesiączkowe. Jeden i drugi stan patologiczny w przykry sposób daje się uczuć kobiecie. Całkowitemu brakowi starała się zapobiedz sama natura, stwarzając miesiączkę zastępczą (*menstruatio vicaria*) pod postacią krwawień z innych narządów, jak n. p. z płuc [138]). Ten ostatni rodzaj zastępczego krwawienia nie zawsze jest obojętnym dla ustroju, gdyż bywa często wyrazem innej choroby.

Brak miesiączki wywołuje rozmaite dolegliwości, z których Aretaeus wymienia napady histeryczne i zadumę

127) De caus. et sign. diut. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 163 i 164.
128) De caus. et sign. diut. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 164.
129) De caus. et sign. diut. morb. lib. II. cap. V. str. 144.
130) Sorani gyn. lib. II cap. XII.

131) Rufus ed. Daremberg Ruelle »περι σατυριασμου και γονοῤῥοιας.«
132) Galeni de locis affectis lib. VI. cap. VI. K. VIII.
133) De cur. diut. morb. lib. II. cap. V. K. str. 334 i 335.
134) De caus. et sign. ac. morb. lib. II. cap. XII. K. str. 65.
135) Sorani gyn. lib. II. cap, III 25.
136) Rufus l. c.
137) Galeni definitiones medicae K. XIX. def. 289.
138) De caus. et sign. ac. morb. lib. II. cap. II. K. str. 33.

(melancholię). Że zatrzymywanie się krwi miesięcznej może spowodować zadumę, wynika już dostatecznie z celu, jaki podług Aretaeusa ma regularność. Jak wyżej wspomnieliśmy, z krwią miesiączkową odchodzi nadmiar soków zanieczyszczających ustrój, a przedewszystkiem czarna żółć, której zaduma zawdzięcza swoje powstanie. Skoro jej więc miesiączka nie usuwa, natenczas jest dana przyczyna do wybuchu zadumy. To też może ona pojawiać się [139]) u kobiet nie miesiączkujących regularnie co miesiąc, jakgdyby w zastępstwie miesiączki.

Leczenie polega na drażnieniu części rodnych środkami ostrymi, podawaniu leków czyszczących, a przedewszystkiem środka, bardzo chętnie stosowanego przez Aretaeusa hiera [140]) (ἱερή), — w którego skład wchodzi aloes, — na stawianiu baniek [141]), wykonywaniu lekkiej pracy [142]) i t. d.

Zbyt obfita miesiączka może występować pod rozmaitemi postaciami. Kobieta zaczyna miesiączkować wprawdzie we właściwym czasie, przyczem nie traci dużo krwi, lecz krwawi dłużej, aniżeli powinna, będąc jednakowoż czysta w przerwach pomiędzy dwiema miesiączkami. Druga postać objawia się w ten sposób, że obok krwawienia w czasie miesiączki występują jeszcze dwa lub trzy razy w ciągu miesiąca krwawienia, w których kobieta dużo krwi traci. Trzecia nareszcie nieprawidłowość w tym kierunku polega na tem, że krwawienie nie ustaje przez cały miesiąc. Przy badaniu stwierdza się rozwarte ujście zewnętrzne macicy. Chore zaś bledną, stają się niezdolne do pracy, a gdy krwawienie nie ustaje, mogą je ostatecznie i życiem przypłacić [143]). Rozdział, dotyczący leczenia tych przypadłości, nie doszedł nas. Jedynie w rozdziale o napadzie histerycznym wspomina Aretaeus o tamowaniu krwotoków, jako o przyczynie napadów histerycznych, z czego jedynie wnosić możemy, że znał pewne sposoby wstrzymywania krwawień, a w każdym razie tamponowanie.

Wszystkie te wymienione choroby macicy mogą spowodować obok ogólnego przedwczesnego wiądu [144]) dotkniętej osoby jeszcze inne cierpienie, które starożytni uważali za bardzo groźne, a mianowicie histeryę. Najczęstszą przyczyną tej ostatniej bywa wędrówka macicy. Macica bowiem, jak to wyżej wspomnieliśmy, posiada zdolność przesuwania się na prawo lub na lewo, podnoszenia się ku górze aż pod wyrostek mieczykowaty, usadawiania się na wątrobie, lub na śledzionie i opadania ku dołowi. Obok tej najczęstszej przyczyny są w stanie wywołać napady histeryczne nadużycia *in venere*, sztucznie sprowadzone poronienia, tamponowanie w przebiegu krwawień, zaziębienie macicy, tudzież przyczyny, powodujące wyżej wymienione choroby macicy lub też przypady, będące ich następstwem. Tu należą więc zaparcie stolca, zapalenie macicy, choroby i nowotwory części pochwowej, brak miesiączki i t. d. [145]).

Pod wpływem tych czynników przychodzi do napadu histerycznego, który zapowiadają pewne zwiastuny, jak ociężałość, ogólne osłabienie, przygnębienie, uczucie drżenia w kolanach i znużenia w kończynach, bole głowy i bole po obydwóch stronach nosa w miejscu przebiegu naczyń krwionośnych.

Po tych lżejszych objawach przychodzi do właściwego napadu histerycznego. Kobiety doznają uczucia bolu w okolicy żołądka, tracą mowę, upadają, czynią wrażenie osób duszących się, oddychają bardzo powierzchownie, oczy ich są wytrzeszczone na zewnątrz, wzrok jest sztywny, tętno nierównomierne, przepuszczające, a nareszcie może nastąpić nawet i śmierć. Gdy macica wcześnie wraca na swoje miejsce, natenczas niektórych objawów brakuje, napad bywa lżejszym, a chore przychodzą do siebie. Przeminięcie napadu zapowiada się słyszalnem przelewaniem się w jelitach, jakoteż i zwilgnieniem sromu. Prócz tego napadu typowego istnieją jeszcze wprawdzie krótsze, lecz bez porównania groźniejsze napady, które w chwili przerzucenia się macicy na jakiś ważny narząd wewnętrzny sprowadzają w okamgnieniu śmierć.

Jakkolwiek dziś sprawa wędrowania macicy i jej związku z histeryą wydaje się wprost dziwną, jeżeli już nie śmieszną, to przecież zaprzątała ona głowy najpoważniejszych lekarzy starożytnych, których zapatrywania w tym kierunku wyżej przytoczyliśmy. Stosownie do swoich rozmaitych zapatrywań na etyologię, polecali oni także rozmaite sposoby leczenia. Znaczną część tych sposobów znajdujemy i u Aretaeusa, który się starał usuwać przyczyny i działać przedewszystkiem na chorobę podstawową. Gdy się więc macica podniosła ku górze, należało ją sprowadzić wszelkimi sposobami ku dołowi, już to uciskając mechanicznie jamę brzuszną, a szczególnie narząd, który uważano za ugnieciony przez macicę, już też pobudzając chorą do kichania. Wobec zapalenia macicy polecał Aretaeus upusty krwi, której, — pomimo całej swej ostrożności i należytego zrozumienia dla znaczenia [146]), radzi tym razem nie oszczędzać. Najchętniej wybiera po temu żyłę w okolicy kostki, a w drugim dopiero rzędzie w okolicy łokcia. Z baniek miały dobrze działać podczas napadu suche, postawione w okolicy pachwin. Wszelkie inne środki były te same, które wymieniliśmy przy odpowiednich cierpieniach podstawowych, co nas obecnie zwalnia od ponownego ich powtórzenia.

Obok przedstawionej postaci histeryi istnieje jeszcze druga, która nie bywa następstwem chorób macicy, lecz rozmaitych innych cierpień, jak zapaleń, krwawień pochodzenia niemacicznego. Ta postać, podobna pod względem objawów do pierwszej, może się dlatego także i u mężczyzn pojawiać. Wogóle zaś bywa histerya choroba młodego wieku, w którym macica, podobnie jak i umysł, nie osiągnęły jeszcze należytego stopnia stałości: „διὰ τόδε νεήνεσι τὸ πάθος γίγνεται, γεραιτέρῃσι δὲ ἥκιστα. ἡσι γὰρ ἡλικίη τε καὶ βιοτὴ καὶ γνώμη πλανωδεστέρη, τῇσι καὶ ὑστέρη ἐστὶ ῥεμβόδης· πηλικωτέρῃσι δὲ εὐσταθέα καὶ ἡλικίη καὶ βίος, καὶ γνώμη, καὶ ὑστέρη [147]).

Tyle o ginekologii w dziełach Aretaeusa, którego odpowiednie uwagi staraliśmy się zebrać i wyzyskać dla naszych celów, nie pomijając nawet pozornie małoznaczących.

(Dok. nast.)

[139]) De caus. et sign. diut. morb. lib. I. cap, V. K. str. 74.

[140]) Hiera to środek złożony, a pod względem wartości, smaku i składu bardzo zmienny. Sposób jego przygotowywania podaje Galen. w »de compositione medicamentorum secundum locos« lib. VIII. cap. II. K. XIII.

[141]) De cur. diut. morb. lib. I. cap. VK. str. 319.

[142]) De cur. ac. morb. lib. II. cap. X. str. 288.

[143]) De caus. et sign. diut. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 163 i 164.

[144]) De cur. ac. morb. lib. I. cap. III. K. str. 209.

[145]) De caus. et sign. ac. morb. lib. II. cap. XI. i de cur. ac. morb. lib. II. cap. X.

[146]) De cur. ac. morb. lib. II. cap. IV. K. str. 209.

[147]) De caus. et sign. ac. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 63.

VIII. † Prof. Dr. Władysław Niemiłowicz.

Ś. p. Władysław Niemiłowicz należał do nielicznych uczonych, którzy nie podlegali ogólnemu zwyczajowi częstych publikacyi; dlatego naukowe zasługi Jego i znaczenie oceniane być mogły tylko przez nieliczne grono obcujących z nim osobiście. Ukończywszy wydział filozoficzny i medyczny w warunkach bardzo ciężkich, dobił się Niemiłowicz dzięki swoim osobistym przymiotom zasłużonego stanowiska, na którem rozwinął działalność pożyteczna i dla nauki zaszczytną. Wszystkie prace, zarówno dawniejsze z zakresu czystej chemii, jak i ostatnie z zakresu chemii fizyologicznej, noszą cechy wybitne charakteru uczonego. Niemiłowicz unikał łatwych zadań, wystrzegał się metod oklepanych, nie używał nigdy dróg utartych, ani rozumowań, przyjętych przez większość. Był to umysł niesłychanie samodzielny i śmiały, pewny swej doskonałej erudycyi, nie

trwożący się żadnemi trudnościami technicznemi, dlatego drogi przez Niego obierane raziły nawet najbliżej stojących swą oryginalnością. W ostatniej swej pracy nad utlenieniem moczu wyraził Niemiłowicz potrochu te cechy, o których właśnie wspominałem Nietylko pomysł, ale nazwy same urobił sobie sam, wybierał słowa, nieużywane przez innych, obliczania, które odpowiadały Jego niezaprzeczenie genialnym pomysłom. Śmierć przerwała wielką Jego pracę nad rozkładem białek zapomocą kwasu szczawiowego, pracę, która tak dobrze wyrażała Jego sposób myślenia. Nie kwas solny, ani siarkowy, którym operują całe zastępy, ale ten, stojący na pograniczu pomiędzy mocnymi kwasami mineralnymi, a słabymi organicznymi, ten najsilniejszy kwas organiczny wybrał Niemiłowicz, jako czynnik odpowiedni. Kwas, dający się usunąć z roztworu za pomocą wapna, dający się usunąć z ciał stałych za pomocą gorąca, ma rzeczywiście najwięcej warunków do osiągnięcia wyników, nie znalezionych dotąd przy pomocy innych metod. Te prace charakteryzują Niemiłowicza. Pomysły oryginalne, metody nowe, sposoby zdumiewająco ścisłe, to wszystko dostępne być mogło tylko takiemu jak On mistrzowi techniki, takiemu jak on erudycie. Ktokolwiek zasięgnął Jego rady, musiał przyznać, że się o swej pracy dowiedział więcej, niż przez studyowanie długiej literatury, że rada udzielona więcej odsłania horyzontów nowych, niż pracownik sam mógł przewidzieć. Ci, którym wolno było obcować z Niemiłowiczem, na długie lata mają plany i zajęcia, które wzbudziły natchnione słowa tego wybitnego uczonego.

Nie należy zapominać, że Niemiłowicz posiadał oprócz chemii wszystkich zakresów, od technicznej aż do fizycznej, farmakognozyę, prawie wszystkie nauki przyrodnicze, że władał biegle wieloma językami, że się znał na mnóstwie rzeczy i równie zadziwiał swymi wynalazkami technicznymi, jak teoryami chemicznemi i sądem o piśmiennictwie. Nie był to wcale zacieśniony w swej specyalności uczony, lecz człowiek o szerokim poglądzie, o dziwnie bogato wyposażonym umyśle. Nie wiadomo, co więcej podziwiać należało, czy skończoną technikę jego pracy, technikę tak doskonałą, że metody najtrudniejsze, najbardziej skomplikowane instrumenty, służyły mu, jakby przez niego utworzone, czy też rzutkość umysłu, który z powodzi piśmiennictwa i faktów umiał tworzyć, wybierać, budować wszystko to, co w niczem do dawniej istniejącego podobnem nie było.

Życie obchodzi się z takimi surowo. Ciężkiemi łapskami gniecie i kaleczy subtelną budowę i śp. Niemiłowicz nosił na sobie ślady bolów, których nieoszczędza los nawet swoim wybrańcom. W tej ciężkiej walce, w której stracił zdrowie, spokój, zadowolenie i wiarę w swe siły, ocalił tylko charakter. Śp. Niemiłowicz był człowiekiem bardzo szlachetnym; prawość Jego i rycerskość cierpiała pod brzemieniem tych brutalnych warunków, ale komu danem było poznać go bliżej, poznać w chwilach, kiedy prawdziwych przyjaciół się poznaje, ten musiał uczuć cześć i uwielbienie, które pamięć zmarłego otaczać będzie na zawsze.

Dr. Wacław Moraczewski.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 30 czerwca.

*) Izba lekarska zachodnio-galicyjska odbyła d. 25 b. m. pełne posiedzenie pod przewodnictwem prezydenta dr. Walczyńskiego. Na podstawie referatu sekretarza Izby dr. Schönguta Izba przyjęła do wiadomości, że wszystkich lekarzy, należących do jej okręgu, zapisała jako członków zwyczajnych Instytutu zapomogowego dla wdów i sierót po lekarzach, istniejącego przy austryackim Związku towarzystw lekarskich w Wiedniu. Prez. dr. Walczyński zawiadomił Izbę, że na podstawie porozumienia z Izbą wschodnio-galicyjską, lekarze zachodniej części kraju mogą należeć jako członkowie Kasy chorych lekarzy przy wschodnio-galicyjskiej Izbie. Dalej referował prez. Walczyński ważną sprawę uzyskania dla lekarzy kolei państwowych korzystniejszych uprawnień, któreby ich zbliżyły do lekarzy, pełniących służbę w innych gałęziach służby państwowej. W tej mierze polecono prezydentowi wypracować nowy elaborat, przedłożyć go wszystkim członkom Izby, następnie wszystkim Izbom lekarskim i wnieść jako wspólny postulat na wiecu Izb lekarskich w Salzburgu, po uchwaleniu zaś na tym wiecu przedłożyć rządowi i parlamentowi. Uchwalono wziąć zbiorowo udział w Zjeździe Izb lekarskich w Wiedniu. Do wydziału Izby, z powodu przesiedlenia się prof. Raczyńskiego do Lwowa, powołano prof. dr. Maksymiliana Rutkowskiego. Delegatem na wiec w Salcburgu wybrano prez. dr. Walczyńskiego.

* Dziekanem Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. wybrany został prof. Dr. Henryk Jordan.

* Dzienniki donoszą, że w Niemczech ma się zawiązać stowarzyszenie do wyrabiania surowicy przeciwbłoniczej, które będzie nosić nazwę „Behringwerk“. Następstwem tego przedsiębiorstwa ma być znaczne potanienie tej surowicy.

* W Styryi powstało stowarzyszenie w celu wystawienia sanatoryum dla chorych na piersi. Pocieszający to objaw, gdyż i pod tym względem Austrya pozostaje bardzo w tyle za innemi mocarstwami Europy, a martwota i jałowość parlamentu udzieliły się społeczeństwu, które dziwnie jest biernem wobec pierwszorzędnych i naglących zagadnień bieżącej chwili.

* Międzynarodowa konferencya wszystkich Akademii Umiejętności Europy i Ameryki odbyła się w Londynie ostatnich dni m maja Prof. Obersteiner miał wykład „O budowie anatomicznej mózgu“. Biorąc asumpt z tego odczytu delegaci Akademii uchwalili przedstawić rządom potrzebę założenia w każdem państwie instytutu osobnego typu, przeznaczonego wyłącznie dla badania ośrodków ludzkiego układu nerwowego. Następna konferencya odbędzie się w Wiedniu w r. 1907.

* Lekarzem więziennym w Przemyślu mianowany został Dr. E. Rościszewski.

* Dziekanem Wydziału lekar. Uniwers. wiedeńskiego wybrany został prof V. Ebner v. Rosenstern.

* Prof. Busse mianowany został kierownikiem anatomiczno-patologicznego oddziału w higienicznym Instytucie w Poznaniu.

* Kongres „higieny mieszkań“ odbędzie się w Paryżu od 15 do 20 października. Prace kongresu odbywać się będą w sześciu sekcyach: 1) mieszkania miejskie; 2) mieszkania wiejskie; 3) mieszkania dla robotników; 4) mieszkania do wynajęcia z meblami; 5) higiena budynku szkolnego i 6) higiena mieszkań na okrętach.

* Między 14 a 20 czerwca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim (3 gm.), dobromilskim (1 gm.), drohobyckim (2 gm.), gródeckim (1 gm.), jaworowskim (4 gm.), lwowskim (2 gm.), mościskim (2 gm.), przeworskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), śniatyńskim (4 gm.), stanisławowskim (1 gm.), stryjskim (3 gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), turczańskim (2 gm.), złoczowskim (2 gm.), żółkiewskim (2 gm.), żydaczowskim (1 gm.).

Ospę stwierdzono w jednej gminie powiatu kolbuszowskiego.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Rabl (z Pragi) mianowany został prof. zwyczajnym anatomii w Lipsku.

Nekrologia. Dnia 14 bm. zmarł w Muszynie Dr. Józef Dziembowski, lekarz osiadły od 23 lat w tej górskiej mieścinie. Przez ten szereg lat cieszył się zmarły najwyższem zaufaniem w całej okolicy, a jako niepospolity praktyk zjednał sobie uznanie szerszej publiczności. W początkach swej praktyki, jako pierwszy lekarz, który osiadł w tych górskich stronach, wiele miał do zwalczenia trudności; atoli przeciwności te nie zraziły go i do ostatka z niemi walczył, jako dzielny pionier na polu medycyny, przynosząc ulgę cierpiącej ludzkości, a zaszczyt sobie i swemu zawodowi. Jak długo służyły mu siły i zdrowie, nie usuwał się i od pracy publicznej: jego to bowiem myślą i staraniem było przeniesienie Sądu z Krynicy do Muszyny; jako czynny członek Rady miejskiej wprowadził niejedną zdrową myśl w instytucye miejscowe; to też zgon tak zacnego i światłego męża odczuło miasteczko całe. Nie brakło też w smutnym obrzędzie pogrzebowym ani jednej osoby, która go znała. W dowód wdzięczności i uznania zasług zmarłego miasteczko Muszyna zajęło się pogrzebem,

utworzyło fundusz stypendyjny dla biednego ucznia imienia ś. p. Józefa Dziembowskiego i Jego imieniem nazwało ulicę, w której zmarły miał swój domek.

Wzniosłe przymioty duszy, niezwykła szlachetność serca i nieskazitelny charakter ś. p, Dr. J. Dziembowskiego zjednały Mu cześć i uznanie nietylko u publiczności, z którą się stykał, lecz wyrobił On sobie wysokie poważanie i u kolegów okolicznych, a to przez swoje szlachetne i taktowne postępowanie; nie brakło też na pogrzebie ani jednego z lekarzy mieszkających w okolicy Muszyny, a „Kółko lekarzy krynickich", zebrane w komplecie, oddało ostatnią posługę zmarłemu.

Życie czynne. pełne godności, szlachetności i taktu, lecz niemniej pełne poświęceń wśród wielkiego trudu zawodowego i różnego rodzaju narażania się, długo istnieć nie mogło, to też ś. p. Józef Dziembowski zmarł wcześnie, w 52 roku życia, zatem w wieku, w którym wielu innych, wypełniając zawody mniej zdrowie wyczerpujące. jeszcze długie lata w pełni sił korzysta z życia.

Choć życie to wcześnie przerwanem zostało, czyny jednak Jego i praca utrwalą w pamięci na długo wzór Zmarłego Kolegi, a niespożyta cześć dla Jego pamięci na zawsze zostanie.

Dr. Franciszek Kmietowicz.

Dr. Clarke, profesor medycyny wewnętrznej, zmarł w Milwauke.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 25. Borzymowski: Trzy przypadki zeszycia ran serca i teorya zszywania ran serca, na spostrzeżeniach własnych oparta.

— *Ginekologia* Nr. 5. Karczewski: W sprawie operacyjnego leczenia ropienia połogowego sutka. Neugebauar: Hydromeningocele sacralis anterior (dok.). Cercha: O borowinie, kąpielach borowinowych krynickich i zastosowaniu ich do leczenia chorób kobiecych (dok.).

— *Rozprawy Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiej.* (Tom 3. B.) zawierają następujące prace z zakresu medycyny: Dobrowolski: 1) Flora pochwy fizyologicznej. 2) O cytotoksynie łożyskowej. Eisenberg: 1) O prawach łączenia się toksyn z antytoksynami. 2) O przystosowaniu się bakteryi do sił ochronnych zakażonego ustroju. Gliński: Gruczoły trawienne w górnej części przełyku u człowieka, oraz ich znaczenia. Wrzosek: O drogach, któremi mikroby, w warunkach prawidłowych przechodzą z przewodu pokarmowego do organów wewnętrznych.

— *Gazeta lekarska* Nr. 25. Brudziński: Przyczynek do leczenia szkarlatyny surowicą przeciwpłoniczą. Pruszyński: O wpływie adrenaliny na układ krwionośny (c. d.).

— *Kronika lekarska* Z. 12. Jaworski: O znaczeniu zastrzykiwań podskórnych „serum artificiale" w zakażeniu połogowem. Higier: Z terapii neurastenii płciowej.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 6. Šenk: Kasuistika porodnická. Kose: Katarrh Bostockův.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 25. Kutwirt: Airol jakožto diagnostická pomůcka při kariosnich zánětech ušnich. Krlin: Příspěvek k odstranění technických obtíži při subkutannich paraffinových prothésách (c. d.). Zahradnický: Zpráva o 604 kýlách v nemocnici německobrodské operovaných (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 48. Courmont: Zaopatrzenie miast w wodę do picia. Lavarenne: Zapobieganie głuchocie i jej leczenie. Deherain: Wartość kliniczna odczynu urohematynowego.

— Nr. 49. Lyon: Leczenie patogenetyczne bolu u dyspeptyków. Bazy: Chorzy rzekomo na cukrzycę. Romme: Redekapsulacya nerek.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 25. Hirschberg: Zmniejszenie się chorób czerwiowych. Bürkner: Zniszczenie błony bębenkowej rażeniem piorunowem. Kossmann: Operacya metodą Goldspohna. Elsner: Badanie ruchowej czynności żołądka. Homberger: Zachowanie się wody w ciele ludzkiem. Weissbein: Kąpiele perliste (zawierające CO_2). Kövessi i Roth-Schulz: Leczenie zapalenia nerek (c. d.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 25. Leiner: Czerwonka na tle prątków, szczególnie w wieku dziecięcym. Pospischill: Nowa osutka ostra, jako choroba samoistna. Galatti: Kliniczny przyczynek do wodogłowia pochodzenia kiłowego. Wienert: O szczególnym guzie policzka.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 25. Emmerich i Gemünd: Przyczynek do doświadczalnego uzasadnienia teoryi Pettenkofera o lokalnej przyczynie powstawania cholery i duru. Straub: Chemiczne postępy z zakresu wpływu światła na istoty fluorezujące (eozynę i chininę. Jodlbauer i Tappeiner: Działanie substancyi fotodynamicznych na bakterye. Arneth: Zachowanie się leukocytozy neutrofilnej w chorobach zakaźnych. Fuchs i Schultze: Stosunek między budową chemiczną a działaniem nasennem. Szereg nowych leków nasennych. Riehl: Przyczynek do nauki o półpaścu w przebiegu dławcowego zapalenia płuc. Peters: Nowa kliniczna metoda Gaertnera mierzenia parcia krwi w prawym przedsionku. Schüle: Oznaczanie granic serca graficznie i opukiwaniem. Busch: Wydalenie przerosłego gruczołu krokowego drogą górnego cięcia pęcherza. Salzer: Niezwykłe zranienie oczodołu ciałem obcem.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 26. Jacob: Znaczenie wlewania roztworów do płuc dla rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej Sobernheim: Surowica wąglikowa i jej praktyczne zastosowanie. Henius: O wodzie Val-Sinestra zawierającej arsen i jej działaniu na przemianę materyi. Lomer: Przypadek starczego przytępienia umysłowego z jednoczesną marskością nerek. Opitz: Widoki na wyzdrowienie, oraz leczenie ropnicy połogowej (c. d.).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 25 (od 19/VI do 25/VI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 30, dz. 35; nieżywo: chł. 1, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 20, kob. 11; zamiejscowych: męż. 11, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych —. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 2. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. 2. 20) choroby narządu krążenia: miej 2, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 7, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob —. **Razem** miej. 31, obcych 20.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr. **Jekels,** właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.

Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski,** docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).

Dr. **Witczak,** kierownik i właściciel Zakładu.

Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).

Dr. **Zanietowski Józef,** jun., lekarz zakł.

Kosów

lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski,** kierownik i właściciel.

Krynica.

Dr. **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens,** („pod Jeleniem“).
Dr. **Ebers,** radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Kopff Leon,** lekarz c. k. Zakładu zdrojowego.
Dr. **Lewicki Stanisław,** asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.,** („pod Orłem“).

Maryówka pod Lwowem.

Dr. **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakładu.

Ojców.

Dr. **Niedzielski St.,** dyrektor zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Daniłowski Br.,** asystent dyrektora.

Rabka.

Dr. **Lang,** lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz,** lekarz zakładowy.

Swoszowice.

Dr. **Cholewicz Franciszek.**

Szczawnica.

Dr. **Gorski Ksawery,** lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Hammerschlag Rudolf,** (dom „pod Attylą“).
Dr. **Kołączkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniczego dolnego i pensyonatu.
Dr. **Żuliński Edward,** (Willa „Alma“), (zimą w Meranie).

Truskawiec.

Dr. **Krzyżanowski E.,** radca ces., lekarz zakł.
Dr. **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł

Zakopane.

Dr. **Majewicz Edmund,** Przecznica.

Żegiestów.

Dr. **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr. **Kümmerling,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr. **Feuerstein Leon,** („Hotel Continental“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr. **Filipkiewicz Stefan,** lekarz zakł.
Dr. **Wobr,** lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Franzensbad.

Dr. **Steinsberg,** („Goldener Brunnen“).
Dr. **Zeitner Józef,** (dom „Stadt Paris“).

Gleichenberg.

Dr. **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger“ IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.

(Kąpiele morskie i piaskowe.)
Dr. **Oransz M.,** (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.

Dr. **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr. **Kaufmann Oskar,** (Sprudelstrasse, „Pascha“).
Dr. **Kołaczkowski,** („Stadt Athen“).
Dr. **Kostecki,** (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz,** (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau“).
Dr. **Kropf Leon,** (Theatergasse, „Minerva“).
Dr. **Maleszewski Wł.,** (Alte Wiese, „Drei Staffeln“).

Kissingen.

Dr. **Chłapowski Franciszek,** radca sanitarny.
Dr. **Maciejewski J.,** (Villa „Elsa“).

Kołobrzeg.

Dr. **Weissenberg Józef,** (zimą *Nervi*).

Marienbad.

Dr. **Dobija Fr.,** (Kaiserstrasse, „Weisser Schwan“).
Dr. **Harajewicz Wład.,** (Villa „Wahnfried“).
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).
Dr. **Schermant J.,** (Villa „Apollo“).

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)

Dr. **Binder,** kier. i właściciel sanatoryum „Stefania“.

Nauheim.

Dr. **Jankowski Fr.**

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dr. Walentego Koczorowskiego:

1) Wpływy mózgu i móżdżku na odruchy.

2) Miażdżyca tętnicy wątrobowej i jej wpływ na powstawanie spraw chorobowych w wątrobie.

3) Zbadać powstawanie nowych przewodów żółciowych w przebiegu sztucznie wywołanej marskości wątroby (przez szczepienie gruźlicy).

4) Wpływ surowic (Marmorka, Maragliano i innych) na przebieg gruźlicy u zwierząt.

5) Sprawdzić doświadczalnie ochronne znaczenie sieci wielkiej w obec spraw zakaźnych i zgorzelinowych w jamie brzusznej.

6) Związki siarki w moczu w rozmaitych stanach patologicznych.

7) O biochemicznych własnościach paciorkowców.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1905 r. Za najlepsze dwie prace, napisane na wybrane tematy z liczby wyżej wymienionych, wyznaczone są dwie nagrody po 300 Rb. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego, każda w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopisach, pod adresem: „Sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego" (ul. Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer*.

L. 1572/904. **Konkurs.**

Wydział powiatowy w Krakowie ogłasza niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Liszkach dla 23 gmin i 10 obszarów dworskich z płacą stałą 1200 kor. i z ryczałtem na koszta podróży 500 koron.

Kandydaci mają wykazać: 1) prawo obywatelstwa austryackiego; 2) dyplom doktora medycyny; 3) znajomość języków krajowych; 4) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim; 5) dostateczną fizyczną zdatność (przez świadectwo c. k. lekarza powiatowego).

Prawa i obowiązki, z tą posadą połączone, określone są §§ 7 i 8 ustawy z dnia 2 lutego 1891 L. 17 dz. u. kr. i rozporządzeniem wykonawczem Nr. 82 i 83 dz. u. kr. z r. 1891.

Posada obsadzona będzie z dniem 1 września 1904 r. prowizorycznie na rok 1, — potem może nastąpić stabilizacya.

Podania wnosić należy do Wydziału powiatowego w Krakowie najpóźniej 31 lipca 1904.

Kraków dnia 31 maja 1904. 195

Prezes: *J. Skirliński.* Sekretarz: *Stafiej.*

Konkurs

Wydział Rady powiatowej żydaczowskiej rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Nowem Siole z płacą roczną 1000 koron i ryczałtem na objazdy służbowe 600 koron rocznie.

Okręg sanitarny obejmuje gminy: Nowe sioło, Obłażnica, Żyrawa, Izydorówka, Sulatycze, Balicze podróżne i zarzeczne, Machliniec, Hanowce, Rada, Juseptycze, Krechów, Łówczyce, Jajkowce, Mazurówka, Lubsza i Smuchów.

Lekarz okręgowy obowiązany jest utrzymywać aptykę domową.

Kompetenci prócz dostatecznej fizycznej zdolności mają wykazać następujące warunki: 1) prawo obywatelstwa austryackiego; 2) dyplom doktora medycyny; 3) nieskazitelny charakter; 4) znajomość języków krajowych; 5) praktyka lekarska przynajmniej dwuletnia.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią praktyką lekarską w szpitalu powszechnym lub egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej najpóźniej do dnia 31 lipca 1904.

Żydaczów dnia 8 czerwca 1904. 197

Z Wydziału Rady powiatowej.

Za Prezesa: *Hoszowski.* Sekretarz: *K. Peszkowski.*

L. 59875. **Konkurs.** 189

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z W. Ks. Krakowskiem rozpisuje niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza w szpitalu powszechnym w Tarnowie.

Kandydaci powinni najpóźniej do 20 lipca 1904 wnieść podanie do Wydziału krajowego z dołączeniem: a) metryki urodzenia na dowód, że kandydujący nie przekroczył 40 r. życia; b) dowodu obywatelstwa austryackiego; c) dyplomu doktora wszech nauk lekarskich z uniwersytetów Monarchii austryac., upoważniającego go do wykonywania praktyki lekarskiej.

Do posady tej jest przywiązana płaca o rocznych 1200 K.

We Lwowie dnia 21 czerwca 1904. *Piotrowski.*

Rok XLIII. Kraków 9 Lipca 1904. Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Lasecznik wrzodu miękkiego i jego toksyna.

(*Doniesienie tymczasowe*).

Podał

Dr. Med. Zdzisław Sowiński

ordynator kliniki.

Kwestyę, dotyczącą żywego pierwiastka zakaźnego wrzodu miękkiego, należy w obecnej chwili uważać za zupełnie rozstrzygniętą. Badania te zostały zapoczątkowane przez Ducreya, obecnie profesora wszechnicy pizańskiej; badacz ten podał w roku 1889 do publicznej wiadomości, że drogą szeregu szczepień na jednym i tym samym osobniku ropy, pochodzącej z wrzodu miękkiego, znajdował w ropie wyłącznie laseczniki o końcach zaokrąglonych, długości 1,5 μ i grubości 0,5 μ. Krefting przeprowadzając badania na 23 chorych, którym szczepił ropę po 7—8 razy, w ostatecznym wyniku przyszedł do tych samych wniosków, co Ducrey. Wyniki tych bahań próbował obalić Unna: badając skrawki z owrzodzeń miękkich, otrzymywał Unna drobnoustroje w kształcie łańcuszków, składających się z 4—10 ogniwek. Dalsze jednak badania wykazały tożsamość paciorkowca Unny z lasecznikiem Ducrey-Kreftinga; różnica zaś, zachodząca w zewnętrznem wejrzeniu, zależała od zmiany warunków rozwoju. Potem nastąpiły prace innych badaczów (Quinquand i Nicolle, Nicolle i Ve[illegible]t, Riviere, Jullien, Audry i Szejnis), lecz nie wzbogaciły one omawianej dziedziny nowymi faktami.

W ten więc sposób cały szereg prac stwierdził, że laseczniki Ducreya, w myśl twierdzeń tego autora, wciąż znajdują się tylko w ropie wrzodu miękkiego. W następstwie tego powstała kwestya swoistości tego lasecznika dla wrzodu miękkiego. Należało, oprócz badania drobnowidowego, przedstawiającego tylko kształty i stosunek lasecznika do barwików, otrzymać go jeszcze w czystej hodowli i wywołać drogą doświadczalną za pomocą zaszczepień ten ropny, wrzodziejący stan, który nosi miano wrzodu miękkiego.

Już od roku 1897 spotykamy się z pierwszemi doniesieniami o otrzymaniu lasecznika Ducreya w czytej hodowli. Badacze jednak używali pożywek złożonych, np. macerowanej skóry ludzkiej w połączeniu z agarem (Istomanow i Akopjanc, Lenglet) lub agaru zwilżonego krwią króliczą (Bezançon i Griffon); ciż sami badacze otrzymali wyniki dodatnie przy szczepieniu czystej hodowli ludziom. Na zwierzętach wyniki były ujemne. W pracowni prof. Miecznikowa robił swe dochodzenia nad tą sprawą Dr. Himmel, który postawił sobie za zadanie wyhodować laseczniki Ducreya na innych pożywkach, dotychczas jeszcze nie używanych, następnie wyświetlić odporność względem nich zwierząt i obniżając tę odporność, a zarazem podnosząc jadowitość lasecznika, wywołać ostatecznie u zwierząt zakażenie. Istotnie, używając kwasu mlekowego w jednych razach i antyaleksyny w drugich, na tyle obniżył odporność ustroju zwierząt, że otrzymana przez niego hodowla w ilości $1-1^1/_2$ ctm. sz. zabijała świnki morskie w ciągu 12—30 godzin.

Niestety, opisy właściwości i cech charakterystycznych lasecznika są we wszystkich pracach nadzwyczaj powierzchowne, tymczasem jest to niezbędne dla celów klinicznych.

Tu zamieszczę w krótkich zarysach ogólne właściwości lasecznika; szczegółowy zaś opis podam w swoim czasie. W doświadczeniach swoich zasiewałem ropę z wrzodów miękkich na mieszance agaru z płynem puchliny brzusznej (*ascites*) (2 : 1); w ten sposób otrzymywałem przy *t.* 36—37^0 C. bujny rozwój lasecznika. Otrzymane hodowle były dość charakterystyczne: wprawne oko mogło z samego oglądania makroskopowego często wnioskować prawie nieomylnie o ich pochodzeniu. Już po upływie 10 12 godzin występowały na powierzchni wymienionego agaru hodowle lasecznika Ducreya, znacznie wcześniej od innych hodowli. W tym czasie przedstawiały się one w kształcie przeźroczystych punktów, nieco zabarwionych na jasno-szarawo; hodowle te przypominały krople rosy. Przy oglądaniu szkłem powiększającem po upływie doby znajdowaliśmy już szereg prawie prawidłowych krążków wielkości główki od szpilki; brzegi hodowli zarysowywały się bądź słabo, bądź też przeciwnie, były wyraźnie zaznaczone. Krążki w świetle przechodzącem były przeźroczyste u brzegów i miały żółtawy odcień w środku; w świetle odbitem miały barwę mleczną. Hodowle były błyszczące, wilgotne, wywołujące wrażenie powierzchni polakierowanej.

Badając hodowle pod drobnowidem przy małem powiększeniu (Z. Oc. 2s. AA.) znaleźliśmy krążki o kształcie prawie prawidłowym, w którym można było odróżnić dwa pasy: obwodowy barwy łupkowo-ciemnej i środkowy żółtawy. Przejścia od jednego pasa do drugiego wyraźnie zaznaczone. W preparatach drobnowidowych z hodowli widzieliśmy laseczniki krótkie, dość grube, zaokrąglone na końcach, w części zaś środkowej wklęsłe, wskutek czego miały wejrzenie liczby 8 lub ciążków (*Hanteln*). Lasecznik ten barwi się przeważnie na biegunach, środkowa zaś część barwi się bardzo słabo. Do barwienia używałem zwykłych barwików anilinowych, również *Polychrommethylenblau*, który dawał mi możność rozejrzenia się we wszystkich szczegółach. Co się tyczy barwienia metodą Grama, to jedni ba-

dacze twierdzą, że laseeznik tą drogą barwi się, według innych odbarwia się; większość wreszcie wcale nie mówi o tej ważnej oznace rozpoznawczej. Ta różnorodność zdań zależy jedynie od tego, jak bywa zastosowaną ta metoda w każdym odrębnym przypadku. Wiadomo, że nawet względem laseeznika błoniczego istnieją dotychczas dwa poglądy. Moje spostrzeżenia wykazują, że laseeznik Ducreya nie odbarwia się metodą Grama. Na tem miejscu jednak nie przytaczam przepisu i innych szczegółów sposobu, którego używałem, pozostawiając je do czasu ogłoszenia całej pracy.

Badacze omawianej sprawy nie wspominają wcale o ruchomości lasecznika, tymczasem cecha ta nadzwyczaj jest ważną dla rozpoznawania różniczkowego. Badając czystą hodowlę w kropli wiszącej, widziałem zupełnie wyraźnie samodzielne energiczne ruchy lasecznika; gdy oglądałem krople ropy w rozczynie fizyologicznym NaCl, przekonywałem się, że ciałka ropy są przeładowane laseeznikami, obok jednak tego widziałem i laseezniki zupełnie swobodne, ruchome. Moje więc spostrzeżenia są pierwsze, w których została stwierdzoną ruchomość lasecznika wrzodu miękkiego. Nie zastanawiając się nad znaczeniem tej cechy pod względem kliniczno-rozpoznawczym, zaznaczę dalej, że, jak wykazują moje spostrzeżenia, laseeznik bardzo szybko ulega zwyrodnieniu, już po upływie 1—2 dób hodowle zawierają dużo form wstecznego przeobrażenia; jakkolwiek ogólny typ lasecznika zostaje zachowany, kształty jego jednak mają wejrzenie potworne i tak np. obydwie połowy różnią się w wysokim stopniu swymi wymiarami, wklęsła środkowa część, łącząca obydwie połowy, znacznie skraca się, a biegunowe części znacznie obrzmiewają i *diplobacillus* sprawia wrażenie dwoinki. Co się zaś tyczy ułożenia się lasecznika na podobieństwo paciorkowca, Himmel uważa je jako przejście do postaci przeobrażenia wstecznego; z tem się zgodzić nie mogę, ponieważ widziałem podobne ułożenie się i w świeżej ropie zewnątrz ciałek ropnych.

Z tego więc pobieżnego opisu lasecznika już dostatecznie wynika, że nawet czysta hodowla odznacza się niejednakowem ułożeniem i wielokształtnością w swem wejrzeniu, zależnie od wieku hodowli.

Jako pożywek płynnych używałem bulionu, zmieszanego z płynem puchliny brzusznej, lub z krwotocznym wysiękiem opłucnowym; hodowle na tej ostatniej pożywce wyróżniały się nadzwyczaj wielką jadowitością. Doświadczenia na ludziach i zwierzętach przekonały mnie, że laseeznik Ducreya jest niewątpliwym czynnikiem chorobotwórczym wrzodu miękkiego, ponieważ czysta hodowla jego sprowadza u ludzi i zwierząt (króliki, świnki morskie) niewątpliwe owrzodzenia miękkie. Wbrew twierdzeniu badaczy świeżo otrzymana hodowla jest chorobotwórczą dla zwierząt; zastrzyknięta w dawce 3 ctm. sz. na kilo wagi do jamy brzusznej świnki morskiej sprowadza śmierć w 10—12 godzin.

Toksyna lasecznika wrzodu miękkiego, otrzymana strąceniem hodowli płynnej wyskokiem *en masse* (1 : 3), odznacza się miejscowem i ogólnem działaniem.

Zastrzykiwanie toksyny do jamy brzusznej sprowadza tworzenie się ropni i nawet śmierć zwierzęcia w 12—15 godz. zależnie od dawki. Po zastrzyknięciu 0,1 ctm sz. pod skórę tworzy się już po upływie 24 godz. w miejscu zastrzyknięcia obrzmienie wielkości orzecha włoskiego. Kilka kropel toksyny, wprowadzonej po poprzedzającej laparotomii do rogów macicy samic króliczych i świnek morskich wywołuje ropne zapalenie tego narządu.

Próby kontrolujące, w których wprowadzałem zwierzętom serumalbuminę, strąconą wyskokiem z bulionu, zmieszanego z płynem puchliny brzusznej, wykazały, że przetwory te nie wywierają ani miejscowego działania ropotwórczego, ani ogólnego.

Dalsze moje poszukiwania wykazały, że pierwiastek ropotwórczy zawiera się wyłącznie w substancyi samego lasecznika wrzodu miękkiego i nie przechodzi w hodowlach płynnych do rozczynu środowiska. Przesącze hodowli płynnych mają tylko nader słabe ogólne własności toksyczne; ropotwórczego działania w miejscu zastrzyknięcia nie mają. Jedynie tylko ciała lasecznika wrzodu miękkiego, rozcieńczone wodą wyjałowioną, sprowadzają objawy miejscowe (tworzenie ropni) i ogólne (podniesienie ciepłoty, obniżenie wagi i t. d). Ciała lasecznika, wstrzyknięte do jamy brzusznej, wywołują śmierć zwierzęcia wśród objawów silnego zapalenia ropnego otrzewnej (aseptycznego). Dawka dla otrzymania tego działania powinna być znacznie większą, niż przy zastrzykiwaniu hodowli żywej. Wyjaławianie hodowli obniża ich własności ropotwórcze.

Z dalszych moich doświadczeń wynika, że zamrażanie z następczem topnięciem wyskokowej zawiesiny toksycznej, a zarówno i ciał lasecznika, nie wywiera żadnego wpływu na ich toksyczne i ropotwórcze własności. Ropnie, wywołane zawiesiną toksyczną, odznaczają się skłonnością do wchłaniania się z biegiem czasu; takąż własnością odznaczają się i ropnie, wywołane ciałami lasecznika nawet w jamie zamkniętej, np. w rogach macicy, podwiązanych dwoma ligaturami.

Wytwory ropne, wywołane wyskokową zawiesiną toksyczną, jak również ciałami lasecznika, nie wywoływały żadnych zmian w miejscu wstrzyknięcia w doświadczeniach, w których zastrzykiwałem je nawet w znacznie większych dawkach napowrót do jamy brzusznej, do tkanki podskórnej i do rogów macicy. Doświadczenia te dowodzą niewątpliwie, że w wywołanych toksyną ropniach, toksyna ulega zniszczeniu, lub traci w skutek tej lub innej przyczyny swe działanie ropotwórcze.

Wytwory ropne, wzięte z ogniska zapalnego w gruczole pachwinowym (dymienica) człowieka, nie sprowadzają żadnych miejscowych zmian w razie zastrzyknięcia ich zwierzętom.

Laseczniki wrzodu miękkiego, jak wykazują moje badania, szybko giną w ustroju zwierzęcym (prawdopodobnie i u człowieka) w tych razach, gdy są w niezbyt wielkiej liczbie; tem się tłómaczy ta okoliczność, że w ropniach gruczołów pachwinowych (dymienica) laseczniki często nie mogą być wykryte.

Ze wszystkich mych doświadczeń wynika, że zajęcie gruczołów chłonnych (dymienice), towarzyszące wrzodowi miękkiemu, powstaje nie wskutek wessania przetworów życia lasecznika, lecz wymaga obecności *in loco* żywych laseczników, które ginąc w jamie zamkniętej, spowodowują gromadzenie się ropy, co spostrzegałem przy wstrzykiwaniu zwierzętom hodowli wyjałowionej, toksyny, otrzymanej strąceniem hodowli płynnej wyskokiem *en masse*, i przy zastrzykiwaniu tylko ciał lasecznika.

II. Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O pojawianiu się ciałek szpiku kostnego (myelocytów) we krwi niemowlęcej.

Podali

Dr. Tadeusz Żeleński i Dr. Teodor Cybulski

asystent kliniki. demonstrator kliniki.

(Według odczytu wygłoszonego przez Dra Tadeusza Żeleńskiego w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem w dniu 11 maja 1904).

(Ciąg dalszy)

Dla wyrobienia sobie poglądu, o ile tworzenie to nowej postaci niedokrewności niemowlęcej na podstawie obecności we krwi myelocytów jest usprawiedliwionem, koniecznem byłoby dokładne poznanie stosunków, dotyczących pojawiania się ciałek szpiku kostnego we krwi dziecka w ogólności. Stosunki te opracowane są dotychczas bardzo niedostatecznie. Weil i Clerc opierają się pod tym względem na luźnych wzmiankach autorów, że prawidłowa krew dziecka nie zawiera myelocytów i że postacie te spotykano u niemowląt tylko zupełnie wyjątkowo, w niektórych cięższkich postaciach zapalenia płuc i błonicy. Natomiast w przebiegu ospy jakoteż ospicy mają pojawiać się myelocyty we krwi dziecka podobnie, jak w przebiegu tych chorób u dorosłych. Są to jednakże tylko oderwane spostrzeżenia, których wartość zmniejsza jeszcze fakt, że pojęcie myelocytów przez dłuższy czas nie było ujednostajnione, tak, że nie wszyscy autorowie to samo pod tą nazwą rozumieją. Metodycznych badań nad pojawianiem się myelocytów we krwi dziecka w różnych stanach chorobowych brak jest dotychczas w piśmiennictwie pedyatrycznem w zupełności. Korzystając z bogatego materyału szpitala św. Ludwika i ambulatoryum klinicznego, podjęliśmy w tym kierunku systematyczne poszukiwania. Materyał, opracowany przez nas, obejmujący około 180 przypadków, można podzielić na następujące grupy:

I. Choroby krwi.

II. Przypadki wrodzonej wątłości u dzieci niedonoszonych i bliźniaczych (Debilitas congenita).

III. Stany chorobowe przewlekłe, połączone z ogólnem zaburzeniem odżywczem w ustroju dziecka, a zatem: a) kila, b) krzywica, c) zołzy, d) gruźlica, e) stany wyniszczenia z powodu długotrwałego nieżytu przewodu pokarmowego.

IV. Różnorodne inne stany chorobowe.

V. Szereg zdrowych osesków.

Zanim przedstawimy szczegółowe wyniki naszych poszukiwań, musimy poświęcić kilka słów własnościom postaciowym ciałek szpiku kostnego i samej technice badania.

Pod nazwą ciałka szpiku kostnego, czyli myelocyta, po niemiecku *Markzelle*, rozumiemy ciałko białe, posiadające drobną neutrofilną ziarninę i jedno jądro zwykle o regularnym, okrągłym lub owalnym obrysie. W tem znaczeniu używa nazwy *Markzelle* Ehrlich. W ostatnim czasie Fischl ponownie z naciskiem zaznacza, że stosowanie przez niektórych autorów (jak Loosa, Müllera i innych) nazwania tego dla innych postaci ciałek białych jest błędnem i przyczynia się do wytworzenia zamieszania w dotyczących pojęciach. Mówiąc zatem krótko myelocyt, rozumiemy myelocyt neutrofilny. Oprócz myelocytów neutrofilnych mogą pojawiać się we krwi w niektórych stanach patologicznych jednojądrzaste ciałka eozynochłonne, oznaczane nazwą myelocytów eozynochłonnych.

Według dotychczasowych badań myelocyty mogą pojawiać się w fizyologicznych warunkach we krwi człowieka jedynie w przeciągu krótkiego czasu po przyjściu na świat: i w tym jednakże czasie spotyka się je dość rzadko i w bardzo skąpej ilości. Po za tem występowanie tych postaci we krwi uważane jest bezwarunkowo za patologiczne. Natomiast tak myelocyty neutrofilne, jak eozynochłonne, są prawidłowymi składnikami szpiku kostnego człowieka. Zdaniem Grawitza myelocyty neutrofilne stanowią bez żadnej wątpliwości okres poprzedzający bezpośrednio wytworzenie się wielojądrzastej komórki neutrofilnej; myelocyt eozynochłonny stoi w tym samym stosunku do ciałek białych eozynochłonnych. Pojawianie się tych postaci we krwi świadczy o wzmożonem przedostawaniu się ze szpiku kostnego do krwi ciałek białych, będących jeszcze w niedojrzałym stanie. Obecność myelocytów jest zatem zjawiskiem zupełnie analogicznem do pojawiania się ciałek czerwonych z jądrami.

Opierając się na naszych spostrzeżeniach, rozróżniamy we krwi dziecięcej dwa odmienne typy ciałek szpiku kostnego. Pierwszy typ stanowi ciałko duże, znacznie większe od przeciętnej komórki neutrofilnej, o bardzo dużem bladem jądrze, wypełniającem prawie całą komórkę. Ciałko takie posiada ziarninę skąpą, dość blado zabarwioną. Drugi typ nie różni się co do wielkości od zwykłej komórki neutrofilnej, posiada jądro małe, okrągłe lub owalne i drobną, gęstą, dobrze barwiącą się ziarninę. Tak przedstawiają się te stosunki przy barwieniu tryacydem Ehrlicha; natomiast barwiąc krew mięszaniną eozyny i błękitu metylenowego według Maya-Grünwalda, spostrzegamy, że tylko ziarnina drugiego typu barwi się wyraźnie neutrofilnie, natomiast owa skąpa, blada ziarnina pierwszych, dużych myelocytów okazuje pewną skłonność do barwienia się zasadowo i występuje bardzo niewyraźnie tak, że przy tem barwieniu może zachodzić znaczna trudność przy odróżnieniu ich od t. zw. dużych ciałek jednojądrzastych. Zdaniem naszem owe duże myelocyty o dużem, bladem jądrze i skąpej ziarninie należy uważać za młodszą postać ciałek szpiku kostnego, natomiast mniejsze, zbliżone zupełnie charakterem ziarniny i jej zabarwieniem do wielojądrzastej komórki neutrofilnej — za postać starszą, bliższą przeobrażenia się w ciałko wielojądrzaste. Komórki przedstawiające różne okresy tego przeobrażenia spotykamy we krwi dziecięcej w warunkach patologicznych dość często: są to ciałka neutrofilne, o wyraźnej dobrze barwiącej się ziarninie i jądrze jednem, którego regularny owalny obrys poczyna się w jednem miejscu wyginać lub wyzębiać. Zachowanie się myelocytów względem barwików również potwierdza ten ich podział, gdyż pierwoszcza wszystkich młodszych postaci grupy szpikowo-śledzionowej (ciałka przejściowe, ciałka duże jednojądrzaste) posiada przy barwieniu mieszaniną eozyny i błękitu metylenowego powinowactwo do barwików zasadowych. Prowadząc dalej wspomnianą paralelę pomiędzy myelocytami a ciałkami czerwonemi krwi z jądrami, należałoby upatrywać w pierwszym typie analogię do megaloblastów, które są również młodszemi postaciami ciałek czerwonych z jądrami, — w drugim do normoblastów.

Na początku tej pracy wspominaliśmy o właściwych krwi dziecięcej postaciach pośrednich pomiędzy poszczegól-

nymi typami ciałek, które zwykle oddzielone są wyraźną granicą. Takie postacie przejściowe, których nie należy mięszać z t. zw. ciałkami przejściowemi (*Übergangszellen*) spotykamy i u myelocytów i to w rozmaitym kierunku. A zatem wspomniane już przejścia od starszych postaci myelocytów do neutrofilów wielojądrzastych: postaci o jądrze jednem, zwykle owalnem, już lekko wygiętem lub wyzębionem. Dalej postacie pośrednie pomiędzy myelocytem a t. zw. dużem ciałkiem jednojądrzastem; są to ciałka, mające typ i zachowanie się względem barwików tego ostatniego, lecz okazujące już delikatnie rysującą się, ledwo widzialną ziarninę. Że pomiędzy młodszym a starszym typem ciałek szpiku kostnego znachodzą się liczne postacie pośrednie, rozumie się samo przez się

Tab. I. Niedokrewność niemowlęca z obrzmieniem śledziony.

L. porz.	Obraz kliniczny	Wiek	ciałka czerwone	hemoglobina	liczba ciałek białych	limfocyty	neutrofile	eozynochłonne	przejściowe	duże jednojądrz.	myelocyty		c. czerwone jądrzaste		w 1 mm³	
											neutrofiln	eozychłon.	normoblasty	megaloblasty	normoblastów	megaloblastów
1	Karmione piersią. Choroba rozwinęła się samoistnie. Podściółka tłuszczowa bardzo obfita — powłoki woskowo blade. B. znaczny obrzęk śledziony i wątroby.	10 mies.	3.100.000 mierna poikilo- i anizocytoza	45%	17.000	52·3	31·4	1·5	8·1	2·8	3·9	0	2·6	3·1	402	527
2	Leczony przed rokiem z powodu kiły wrodzonej; powłoki blade z odcieniem woskowym. Śledziona duża, twarda. W 3 tygodnie później, po przebyciu kuracyi rtęciowej, bladość i śledziona jeszcze większe. W 3 tygodnie później objawy osłabienia rosną, śledziona b. duża, twarda.	13 mies.	2.900.000	22%	34.560	46·0	37·4	2·0	11·8	1·3	1·5	0	3·0	0·9	1036	311
		—	ciałek mało, ogromna poikilo- i anizocytoza	—	b. znaczna leukocytoza	64·7	23·8	0·1	7·4	2·2	1·8	0	1·5	6·8	—	—
		—	—	—	„	72·6	18·3	1·8	3·0	2·8	1·5	0	6·5	7·0	—	—
		16 mies.	2.650.000	17%	32.200	68·0	21·5	2·25	4·25	2·75	1·25	0	7·75	3·50	2495	1127
3	Budowa krzywicza, odżywienie nędzne, przewlekły nieżyt kiszkowy, nieżyt płuc, śledziona duża, twarda, wątroba macalna.	21 mies.	3.700.000	47%	10.000	56·9	31·4	2·5	3·6	2·3	2·7	0·6	5·0	4·0	500	400
4	Choroba ma trwać od 5 miesięcy, sinica warg i kończyn, śledziona b. duża, twarda, wątroba duża, twarda, brzeg ostry	5 lat	4.300.000 ogromna anizocytoza	50%	12.600	11·5	74·5	0·25	2·75	2	7·25	1·75	3·5	1·0	441	126
5	Dziecko karmione piersią; krzywica znacznego stopnia, śledziona duża, twarda; wątroba b. duża; brzuch wzdęty. Powłoki b. blade.	13 mies.	mierna poikilocytoza	—	stosunek ciałek białych do czerwonych 1:250	52·5	33·8	7·2	2·0	2·3	2·2	0	4·4	8·0	—	—
6	Karmione sztucznie; budowa wybitnie krzywicza. Powłoki bardzo blade, odżywienie nędzne; śledziona b. duża, deskowato twarda; wątroba macalna.	16 mies.	2.900.000	16%	11.000	47·0	40·3	2·7	1·5	2·5	4·3	1·7	2·0	5·5	220	605
7	Karmione piersią, od początku dokarmiane. Choroba wystąpiła pierwotnie, objawiając się wzrastającem osłabieniem; śledziona b. duża, deskowato twarda. Wątroba powiększona. Powłoki woskowo-blade.	1½ roku	2.700.000 mierna poikilocytoza, anizocytoza	30%	21.000	37·6	30·0	5·6	6·2	3·2	17·0	0·4	15·0	1·8	3150	378
8	Karmione piersią, od 3-go miesiąca dokarmiane. Odżywienie nędzne. Powłoki żółtawo-blade. Śledziona twarda wypełnia prawie połowę jamy brzusznej. Wątroba duża, twarda. Wszystkie gruczoły drobne, twarde.	10 mies.	3.720.000 mierna poikilocytoza, znaczna anizocytoza	30%	50.000	67·6	23·2	3·4	2·0	1·4	2·4	0	9·3	3·0	4650	1500

Do badania krwi w kierunku myelocytów używaliśmy przedewszystkiem tryacydu Ehrlicha dla ziarniny neutrofilnej [2]). Barwik ten do tych poszukiwań znakomicie się nadaje i można powiedzieć, że przy obliczaniu myelocytów żadnym innym nie da się w zupełności zastąpić. Przy tym sposobie barwienia wszystkie postacie myelocytów występują bardzo wyraźnie; przy barwieniu innymi sposobami niektóre postacie myelocytów i to właśnie najtypowsze mogą być niepodobne do rozpoznania. Oprócz tryacydu używaliśmy najczęściej także obojętnego rozczynu eozyny i błękitu metylenowego w alkoholu metylowym podług Maya-Grünwalda. Przy tym sposobie barwienia występują bardzo dobrze ziarniny bazofilne, a zwłaszcza prześlicznie ciałka tuczne [3]) (*Mastzellen*). Prócz tego, barwik ten ma tę zaletę, że w przeciągu kilku minut, barwiąc równocześnie utrwala preparat; osobnego utrwalania zatem nie wymaga. Dodać należy, że przy oznaczaniu myelocytów, bardziej może, niż kiedykolwiek niezbędne są dobrze rozmieszczone, cienkie preparaty i mikroskop, dający ostre, wyraźne obrazy.

Stosunek odsetkowy poszczególnych rodzajów ciałek białek oznaczaliśmy, licząc najmniej do 500—800, niekiedy aż do 1000 ciałek. Liczby te w zupełności wystarczą, aby wykluczyć przypadkowe większe wahania.

Przystępujemy do przedstawienia wyników naszych poszukiwań. Na załączonych tabelach pomieszczony jest szczegółowy obraz badania krwi w przypadkach, w których krew wykazywała obecność ciałek szpiku kostnego, lub ciałek czerwonych z jądrami.

I. Choroby krwi.

Przypadków ciężkiej niedokrewności wieku niemowlęcego, cechującej się obrzmieniem śledziony, leukocytozą i odczynem ciałek czerwonych z jądrami, zatem posiadającej wszystkie znamiona, podane przez Jakscha dla *anaemia inf. pseudoleukaemica*, zebraliśmy w przeciągu roku ośm. Nie będziemy się tutaj starać o podział i ugrupowanie tych kilku przypadków, gdyż jak widzieliśmy, kwestya klasyfikacyi tej grupy chorobowej jest jeszcze daleka od ostatecznego ustalenia; jednakże już na tym szczupłym materyale mogliśmy się przekonać, że w skład grupy chorobowej, wyosobnionej na podstawie tych cech, wchodzą postacie pod względem klinicznym i etyologicznym bardzo różnorodne. Niestety, wskutek zewnętrznych przeszkód kliniczne spostrzeganie mogło być tylko bardzo doryw cze, często jednorazowe, również zejście sprawy chorobowej jest nam przeważnie nieznane. W jednym ze wspomnianych przypadków (Tab. I. przyp. 1) sprawa chorobowa miała charakter wybitnie pierwotny: dziecko 10-miesięczne, przedtem zupełnie zdrowe, karmione wyłącznie piersią, znakomicie odżywione i mające napozór wszelkie warunki do życia i rozwoju, okazuje objawy coraz cięższej niedokrewności z obrzmieniem śledziony. Objawy te postępują, bladość przybiera odcień woskowy, osłabienie wzrasta; zejście sprawy chorobowej jest nam nieznane: jednak o ile kilkotygodniowe spostrzeganie pozwala nam wnosić o dalszym przebiegu, musiało być niepomyślne. W drugim natomiast przypadku (przyp. 2) etyologia sprawy chorobowej była nam dobrze znaną. Przed rokiem dziecko leczone było w szpitalu z powodu objawów kiły wrodzonej; objawy te ustąpiły. Obecnie w 13 miesiącu życia rozwija się stopniowo obraz kliniczny, bardzo podobny do poprzedniego. Pomimo zastosowania leczenia przeciwkiłowego sprawa chorobowa postępuje naprzód. Inny przypadek (przyp. 4): Dziewczynka 5-letnia, przedtem zupełnie zdrowa, od kilku miesięcy cierpi na brak łaknienia, bezsenność i coraz większe osłabienie. Badanie fizyczne stwierdza sinicę warg i kończyn, obrzęk śledziony i wątroby; badanie krwi wykazuje już dość wybitne zmiany w składnikach postaciowych. Przypadek 3 i 6 dotyczą dzieci w wieku 16 i 21 miesięcy, żywionych sztucznie, wynędzniałych, ze śladami przebytych nieżytów przewodu pokarmowego i ciężkiemi zmianami w układzie kostnym i gruczolowym. Stwierdzony u dzieci tych obraz niedokrewności niemowlęcej z obrzękiem śledziony należy najprawdopodobniej uważać za sprawę następową.

Zajmującym jest przypadek 8, który ze względu na liczbę ciałek białek 50,000, należałoby może zaliczyć do rzeczywistej białaczki. Również stwierdzona obecność ogromnej liczby rozpadających się limfocytów byłaby zgodną z poglądem na białaczkę Wernickiego [4]). Na przypadku tym widzimy, jak trudnem i do pewnego stopnia sztucznem może być oddzielenie niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony od rzeczywistej białaczki.

Jeżeli zestawimy obrazy hematologiczne tych tak różnorodnych pod względem klinicznym postaci chorobowych, nie spostrzegamy żadnych zasadniczych między nimi różnic. Liczba ciałek czerwonych i hemoglobiny zmniejszona, leukocytoza zwykle miernego stopnia (jedynie w przypadku na tle kiły wrodzonej i wspomnianym przypadku 8 dochodząca do znacznej liczby ciałek), obecność normo- i megaloblastów i wreszcie myelocytów. Te ostatnie spotykamy we wszystkich 8 przypadkach. Liczba ich waha się od 1·5% do 17·4%. Są one przeważnie bardzo typowe, duże, o dużem bladem jądrze i skąpej ziarninie. Przejść do neutrofilów wielojądrzastych zwykle nie spotykamy. Na podstawie tych spostrzeżeń możemy zatem przyjąć, że:

Myelocyty, jakkolwiek w zmiennej liczbie, stanowią stały składnik krwi w niedokrewności wieku niemowlęcego z obrzękiem śledziony i odczynem ciałek czerwonych z jądrami bez względu na kliniczne i etyologiczne między jej postaciami różnice.

Poza tem badaliśmy krew w 3 przypadkach Hodgkinowskiej białaczki rzekomej (u dzieci w wieku 4, 5, i 9 lat) i stwierdziliśmy we wszystkich 3 brak myelocytów. Również w jednym przypadku samoistnej niedokrewności najwyższego stopnia (15% hemoglobiny według Goversa), którą rozpoznaliśmy z wielkiem prawdopodobieństwem jako *anaemia perniciosa*, we krwi nie było myelocytów. Przypadek ten, bardzo zajmujący, znajduje się w dalszej obserwacyi.

---

[2]) Wyrobu Dr. Grüblera i Ski w Lipsku.

[3]) Nazwą tą określamy — zgodnie z innymi autorami — postacie wielkości zwykłej komórki neutrofilnej, posiadające jądro wielopłatowe i ziarninę grubą, silnie łamiącą światło, lecz bardziej skąpą, niż w ciałkach eozynochłonnych. Ziarnina ta przy barwieniu sposobem Maya-Grünwalda barwi się silnie błękitem metylenowym, przy barwieniu tryacydem nie barwi się zupełnie, da się jednakże rozpoznać po silnem łamaniu światła.

[4]) Zdaniem Wernickiego każda białaczka jest z początku „*lymphogen*“, dopiero następnie wytwory rozpadu ciałek białych, drażniąc szpik kostny, wywołują przechodzenie do krwi ciałek szpikowych i sprawa chorobowa przybiera typ szpikowy „*myelogen*.“

II. Wątłość wrodzona.

Grupa ta obejmuje 6-cioro dzieci niedonoszonych lub bliźniaczych o bardzo upośledzonem rozwinięciu, w wieku od 10 dni do 6 tygodni. W 5-ciu z tych 6 przypadków znajdujemy myelocyty i to w bardzo znacznej ilości; w jednym przypadku 3·5%, w innych od 6 –12·5%. Myelocyty, spotykane w wątłości wrodzonej, są również bardzo typowe, przeważnie należące do młodych postaci. Na podstawie tych przypadków możemy stwierdzić, że myelocyty spotykamy w ogromnej większości przypadków wątłości wrodzonej i to zwykle w znacznej ilości.

Tab. II. Wątłość wrodzona.

L. porz.		Wiek	śledziona	liczba ciałek białych	limfocyty	neutrofile	eozynochłonne	przejściowe	duże jednojądrz.	myelocyty		c. czerw. jądrzas.	
										neutrofilne	eozynochłon.	normoblasty	megaloblasty
1	Dziecko niedonoszone, wątłość wrodzona.	23 dni	nie macalna	mierna leukocytoza	69·2	18·6	4·8	6·2	1·2	0	0	0	0
2	Dziecko nieczasowe, wątłość wrodzona, żółtaczka noworodków. Agonia.	10 dni	nie macalna	znaczna leukocytoza	59·0	14·0	0·5	5	9·0	12·5	0	5·5	1.5
3	Dziecko nieczasowe, wątłość wrodzona.	6 tygodni	obrzęk śledziony i wątroby	b. znaczna leukocytoza	43·5	37·75	0	9·75	5·5	3·5	0	1·0	0
4	Z bliźniąt, wątłość wrodzona.	6 tygodni	nie macalna	znaczna leukocytoza	28·0	56·5	2	6·25	0·75	6·5	0	0·1	0
5	Z bliźniąt, wątłość wrodzona.	3 tygodni	nie macalna	znaczna leukocytoza	15·6	66·0	3·2	9·0	1·2	5·0	0	0	0
6	Wątłość wrodzona, obustronne nieżytowe zapalenie płuc.	10 dni	nie macalna	b. znaczna leukocytoza	30·6	37·6	2·8	14·2	3·3	11·5	0	2·5	1·4

(C. d. n.)

III. Wyciągi.

Grunert (Halle). **Wyniki anatomiczno-patologicznego badania schorzeń ucha środkowego w ostatniem dziesięcioleciu z rzutem oka na praktykę.** *(Münch. med. Wochenschrift*, 1904, Nr. 4 i 5). Z wyników, które autor podał, przytoczymy tylko te, które mają pewne znaczenie praktyczne dla działania leczniczego. Ze stwierdzenia faktu, że ucho środkowe w stanie prawidłowym jest wolne od zarodków i że zwykłą drogą zakażenia ucha środkowego jest trąbka Eustachiusza, wynika ważność starannego czyszczenia zapobiegawczego jamy nosowo-gardłowej, szczególnie w schorzeniach górnych dróg oddechowych, a przedewszystkiem w ostrych chorobach zakaźnych, w których fauna bakteryjna w jamie ustnej i gardłowej silniej jest rozwiniętą. Powstanie chorób usznych drogą krwiobiegu wykazano w ostrej gruźlicy ucha, ostrych zapaleniach ucha środkowego, w błonicy, płonicy, zakażeniu ogólnem i zapaleniu szpiku kostnego. Ostre zapalenie ucha środkowego jest przeważnie schorzeniem jednobakteryjnem (*monobakteriell)*, spowodowanem w pierwszym rzędzie przez paciorkowce, w drugim przez pneumokoki. Temu ostatniemu przypisują na podstawie doświadczenia klinicznego pewną dobrotliwość w porównaniu ze złośliwością pierwszego. Zapalenie uszne pneumokokowe cechuje się 1) prędszem wyzdrowieniem; 2) większą skłonnością do rozszerzania się na otoczenie i 3) tem, że zakażenie po wyleczeniu sprawy ostrej w uchu zostaje często jakiś czas utajonem, aż objawi się znów w wyrostku sutkowym. Zapalenie przewlekłe ucha środkowego jest chorobą wielobakteryjną *(polybacteriell)* i polega na zakażeniu wtórnem gronkowcem i saprofitami. Z tego wynika ważność chronienia ucha przed wtórnem zakażeniem, dla zapobieżenia przewlekaniu się zapalenia. W tym celu używamy szczelnego opatrunku bezgnilnego na ucho, dokładnego czyszczenia ucha, jego otoczenia i jamy nosowo-gardzielowej. Wykazanie ropienia pneumokokowego każe rokować dobrze, wskazuje jednak potrzebę dozorowania chorego jeszcze jakiś czas po wyleczeniu.

Badania Ponficka wykazały, że zapalenie uszne noworodków i osesków jest chorobą nie tylko miejscową, lecz ogólną, połączoną z obrzękiem śledziony, objawami zaburzeń jelitowych, zwyrodnienia nerek i wątroby, dalej, że chore ucho oseska może być punktem wyjścia dla zaburzeń narządu oddechowego i trawiennego. Otóż ze względu na to, że błona bębenkowa oseska ma mniejszą skłonność do samowolnego pęknięcia i że z powodu wolnego odpływu ropy z ucha przez szerszą trąbkę objawy miejscowe ze strony ucha są mniej wybitne, z drugiej zaś strony ta okoliczność, że właśnie odpływająca do gardła ropa grozi wtórnem schorzeniem przewodu pokarmowego i następowemi zaburzeniami odżywczemi, przecięcie błony bębenkowej u takiego dziecka jest wskazanem nawet przy braku groźnych objawów miejscowych. Dla lekarza praktycznego wynika z tego, że u każdego dziecka z objawami ogólnymi, schorzeniem jelit, nieżytową sprawą w płucach, zaburzeniami odżywczemi i t. p. należy dokładnie zbadać ucho, nawet jeżeli niema szczególnych objawów ze strony tego narządu.

Dawniejsze zapatrywanie na istnienie sztucznego swoistego zapalenia wyrostka sutkowego w przebiegu cukromoczu zostało zarzucone na podstawie nowszych doświadczeń. Wykazano, że cukromocz może być wywołany przez śródczaszkowe powikłania pochodzenia usznego. Na podstawie spostrzeżeń, że ostre ropne zapalenie ucha środkowego u chorych na cukrzycę prowadzi znacznie częściej do rozległych zniszczeń kości, zachodzi wskazanie do wczesnego otwarcia wyrostka sutkowego, jeżeli ropienie uszne u takich chorych w zwykłym czasie się nie wygoi. Dla zapobiegania zaś śpiączce cukrzycowej należy operacyę tę poprzedzić leczeniem cukrzycy. Z nowszych badań nad powstawaniem brodawkowatych wyniosłości na błonie bębenkowej podczas ostrego ropienia ucha środkowego wynika, że najlepiej im zapobiega się szerokiem otwarciem zbyt zacieśnionych otworków. Dla usunięcia tych wyniosłości należy używać galwanokauteru, środków żrących lub pętli. Nowsze prace potwierdzają, że przerost kości sutkowej sprzyja rozszerzeniu się sprawy ropnej na wnętrze czaszki.

Żółciołojaki dzieli Grunert na a) pierwotne, powstałe zewnątrzmacicy, wskutek odszczepienia nabłonka płaskiego w płodowym okresie rozwoju i b) powstałe zamacicznie, w następstwie ropienia usznego. Tu należą 1) żółciołojaki Habermanna, powstałe przez wrastanie naskórka ucha zewnętrznego przez lukę w błonie bębenkowej; 2) żółciołojaki Leuterta, wytwarzające się w jamie bębenkowej na tle naskórka, który dostał się do ropiejącego ucha środkowego; wreszcie 3) żółciołojaki mogą powstać zdaniem Tröltscha i Wendta przez przeobrażenie nabłonka śluzówki ucha środkowego w nabłonek płaski. Odnośnie do raka ucha środkowego wykazano, że pierwszym warunkiem dla jego powstania jest wrastanie nabłonka płaskiego z zewnątrz do ucha środkowego.

Co do twardzieli ucha środkowego, to okazało się, że choroba ta składa się z ograniczonych, nieregularnych ognisk 1) chorobowo-nowo-wytworzonej tkanki kostnawej i 2) zapalenia kości z nieprawidłowymi przestworami szpikowymi (Spongiofizierungsprozess). Autor stwierdzał niejednokrotnie tę chorobę u dzieci w wieku 10—14 lat, a wskazywał na nią zazwyczaj znany objaw przeświecającego przekrwienia. Etyologia twardzieli ucha środkowego nie jest jeszcze wyjaśnioną; tyle jednak zdaje się na razie być pewnem, że polega ona w największej części przypadków na zboczeniach ustrojowych (kiła, gościec, zołzy i t. d.) i że poprzednie zapalenia ucha środkowego stanowią czynnik usposabiający albo sprzyjący jej powstaniu. Opierając się na anatomii patologicznej tego cierpienia, można oczekiwać skutku tylko po leczeniu wewnętrznem. Dotychczasowe zaś sposoby leczenia zapomocą mięsienia mogą sprowadzać poprawę tylko przemijającą. *Spira.*

Prof. Erb. **Dysbasia okresowa na tle miażdżycowo-naczyniowem.** *(Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 21, 1904). Na podstawie 45 spostrzeganych przypadków kreśli autor w krótkich zarysach cały obraz chorobowy. Etyologia wykazuje prawie te same szkodliwości, które prowadzą do zwapnienia tętnic i dlatego zupełnie jest zrozumiałem, że cierpienie to przeważnie występuje u mężczyzn, a bardzo rzadko u kobiet. Napojom wyskokowym i kile nie można przypisać wielkiego wpływu, natomiast ogromne znaczenie ma nadmierne palenie — okoliczność, tłómacząca, zdaniem autora, częste powstawanie choroby w sferach wyższych. Ubodzy bowiem ludzie nie mają w ciągu tygodnia ani czasu ani sposobności nadużywania tytoniu. Jakie zaś mają znaczenie wpływy termiczne, w szczególności przeziębienia, choroby zakaźne lub ustrojowe, na razie powiedzieć nie można. Znamienne są jednak objawy choroby: nagle, wśród chodzenia, pojawia się uczucie napięcia, dotkliwa bolesność i sztywność w łydkach, uczucie zimna, bladość lub sinica, a czasami także uczucie gorąca lub też zaczerwienienie skóry nóg, — wreszcie dalsze chodzenie staje się coraz bardziej utrudnione, zmuszające chorego do odpoczynku i to w coraz mniejszych odstępach czasu (30—20—10 a nawet po 5 minutach). Po krótkiem wytchnieniu znikają wszystkie wyżej przytoczone objawy, a wraca zupełna prawidłowa sprawność nóg; przy dalszym chodzeniu może się napad powtórzyć. Z objawów przedmiotowych najważniejszy jest zupełny brak tętna we wszystkich tętnicach stopy, dostępnych badaniu i z tem połączone zaburzenia naczynio-ruchowe: chłód, bladość lub sinica nóg, wszystko znamiona, nieodzownie potrzebne do trafnego rozpoznania. Oczywista rzecz, mogą się przydarzyć i przypadki atypowe, brak jednak tętna stopowego lub tętno bardzo drobne obok ogólnej miażdżycy tętnic, winny być wyraźnie zaznaczone. Leczenie polega w pierwszym rzędzie na ścisłem spełnieniu wskazań przyczynowych, względnie usunięciu wszystkich w drogę wchodzących szkodliwości, na systematycznem przeprowadzeniu odpowiedniej dyety oraz zastosowaniu przetworów jodu i środków wzmacniających serce, nie działających jednak na nerwy naczynioruchowe. Dobrze działa prąd elektryczny w postaci galwanicznych kąpieli nożnych i lekkie mięsienie. Wyniki zresztą nie bardzo bywają świetne; atoli w każdym razie można osiągnąć znaczną poprawę lub złagodzenie choroby na dłuższy czas. Czy leczeniem ogólnej miażdżycy tętnic przez podawanie zachwalanej „antisklerosyny“ można dojść do pomyślnego wyniku? autor nie może rozstrzygnąć z powodu braku w tym względzie doświadczenia. Tyle jednak można powiedzieć, że im wcześniej cierpienie się rozpozna i im wcześniej leczenie nastąpi, na tem dłuższy czas usunąć można grożące następstwo tego rodzaju, jak zgorzel.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Richartz. **Różniczkowe rozpoznanie między wrzecionowatem rozszerzeniem przełyku, a głęboko usadowionym uchyłkiem.** *(Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 20 i 21, 1904). Na trafne rozpoznanie wpływają następujące okoliczności: a) wywiady; b) zawartość znajdująca się w przypuszczalnem rozszerzeniu przełyku; c) przysłuch; d) ezofagoskopia; e) prześwietlanie promieniami Röntgena i wreszcie f) badanie zgłębnikiem. W przypadkach samoistnych rozszerzeń wrzecionowatych przełyku bardzo często wykazują wywiady usposobienie ogólno-nerwowe, stąd łatwy byłby wniosek, że skurcz wpustu z następowem rozszerzeniem przełyku jest również pochodzenia nerwowego. Zapatrywanie to jednak nie wytrzymuje dostatecznie krytyki, ponieważ i uchyłek może być następstwem skurczowego zaciśnięcia wpustu (cardiospasmus): treść bowiem pokarmowa, zatrzymująca się powyżej wpustu, nie musi wypuklać przełyku we wszystkich kierunkach równomiernie, lecz może natrafić na mniej odporną, względnie wiotszą część ściany przełykowej i utworzyć w tem miejscu uchyłek. Większe już znaczenie mają zeznania samych chorych, że łatwiej połykają stałe i dobrze rozmoczone pokarmy, aniżeli płyny — i zupełnie słusznie: robaczkowe bowiem ruchy przełyku znajdują lepszy punkt zaczepienia na stałych pokarmach, które znów skutkiem swego napierania przezwyciężają skurcz wpustu, płyny zaś wśród równych warunków wstępują raczej ku górze. Wymienione okoliczności są zupełnie obojętne w przypadkach uchyłków, te bowiem, napełniając się bądź jakimi pokarmami sprowadzają niedrożność przełyku (Kelling). Badanie treści pokarmowej, otrzymanej bądź to zgłębnikiem, bądź skutkiem wymiotów, ma rozstrzygające prawie znaczenie: treść pochodząca z uchyłków jest zawsze dawniejszej daty; górne bowiem warstwy pokarmów po napełnieniu się uchyłka pomykają do żołądka. Przeciwnie rzecz się ma w wrzecionowatem rozszerzeniu przełyku: tu najniższe, a więc najstarsze cząstki pokarmów muszą pójść do żołądka, jeśli wrzecionowata część przełyku ma dalej się napełniać (Mintz, Landauer, Reitzenstein). Przyłożywszy słuchawkę na okolicę pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym a lewym łukiem żebrowym, można w prawidłowych warunkach w 6—7 sekund po akcie połykania usłyszeć znamienny szmer, odnoszący się do chwili przeciskania się kęsa przez wpust do żołądka; z braku więc tego szmeru można wnosić, że kęs gdzieś ugrzązł powyżej wpustu. W każdym jednak razie zabieg ten nie rozstrzyga, czy w danym przypadku zachodzi uchyłek, czy też wrzecionowate rozszerzenie przełyku. Wielkich wreszcie nadziei w ezofagoskopii pokładać nie można, a prześwietlanie promieniami Röntgena daje dobre wyniki jedynie w przypadkach znaczniejszych rozszerzeń. Najlepsze wyniki otrzymuje się badaniem zapomocą zgłębnika: jeśli zgłębnik, natrafiwszy na przeszkodę, zdoła ją po niejakim czasie bez zmiany kierunku badania bez trudu przezwyciężyć, wówczas można wnosić o skurczu wpustu i rozdęciu przełyku, podczas gdy istnienie uchyłka staje się prawdopodobnem, jeśli zgłębnik o kątowato załamanym końcu (Leubego) w pewnem tylko ustawieniu wchodzi do żołądka, a w innem nie; w przypadkach napełnionego uchyłka zgłębnik wcale do żołądka się nie dostaje, po opróżnieniu rzecz się ma przeciwnie. Oznaczenie wreszcie odległości od zębów aż do natrafionej przeszkody daje pewne wskazówki rozpoznawcze, nie wpływa jednak na odróżnienie uchyłka od wrzecionowatego rozdęcia przełyku.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Mayer. **Wątroba wędrująca u mężczyzny.** (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 16, 1904). Przypadek dotyczy dobrze odżywionego konduktora tramwajowego, którego serce, płuca, nerki i układ nerwowy żadnych zmian nie przedstawiają. Wypukiem i obmacywaniem brzucha, w położeniu leżącem nie można stwierdzić nic nieprawidłowego; w postawie stojącej można wykazać guz, którego górna granica znajduje się 9 ctm. poniżej wyrostka mieczykowatego, długość mierzona przez największe wypuklenie 16 ctm., a szerokość 24 ctm.; w dotyku guz jest twardy, o powierzchni gładkiej, z boku na bok przesuwalny. Znamiennem było, że guz ten można było wprowadzić w położenie prawidłowej wątroby, a w takim razie dolna jego granica znajdowała się 3 ctm. poniżej łuku żebrowego. Badanie promieniami Röntgena potwierdziło rozpoznanie wątroby wędrującej; leczenie polegało na noszeniu odpowiedniej podtrzymującej opaski. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Jürgens. **Zapalenie rzeżączkowe jamy ustnej u dorosłych.** *(Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 14, 1904). Jeszcze przed wykryciem dwoinek Neisserowskich spostrzegano zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, które na podstawie objawów i sposobu powstania można było bezsprzecznie uważać za zakażenie rzeżączkowe. Dopiero badania bakteryologiczne Rosińskiego, H. Leydena, Kasta i Jesionka wykazały niezbicie możność rzeżączkowego zakażenia u dorosłych. Zakażenia takie mają także z klinicznego punktu widzenia odrębne stanowisko. Autor opisuje przypadek, spostrzegany w klinice berlińskiej: silne, rozległe zapalenie dziąseł i warg z brudno-szarym nalotem, łatwo dającym się usunąć; wielka skłonność do krwawień przy braku błon i wrzodów wybitnie odróżniała cierpienie to od zwykłej sprawy gnilnej w jamie ustnej. Podejrzenie, że rzeżączka była przyczyną zapalenia w jamie ustnej, polegało głównie na tem, że pacyent niedawno przedtem przebył rzeżączkę cewki moczowej. Poszukiwanie przyczyny zakażenia zrazu skierowane było w inną stronę, ponieważ w polu widzenia mikroskopu widoczna była znaczna przewaga nitkowców (*spirochaete*) i miotełkowatych ruchomych prątków w taki sposób, jak to było opisane przy zapaleniu gardła Vincenta. Obraz kliniczny wszelako skłonił autora do nader skrzętnego badania preparatów i po dłuższem szukaniu znaleziono typowe śródkomórkowe dwoinki. Z powyższego powodu obraz drobnowidowy nie mógł dać stanowczego rozstrzygnięcia i założono hodowle, które zadanie o tyle ułatwiły, że nitkowce i prątek wrzecionowaty nie wyrastają na agarze zwykłym i na agarze surowiczym. Postać i wejrzenie wyhodowanych koków, powstawanie postaci zwyrodniałych w hodowlach dwudniowych, oraz szybkie i zupełne odbarwianie się sposobem Grama potwierdziło istnienie zakażenia rzeżączkowego. Całokształt tedy objawów kliniczno-patologicznych uczynił rozpoznanie rzeżą-

czkowego zapalenia niewątpliwem. Autor zwraca nadto uwagę na ten szczegół, że jak i w innych chorobach zakaźnych pewien drobnoustrój nie bywa wyłączną przyczyną choroby, tak też i patogeneza rzeżączki w innem staje oświetleniu, o ile będziemy zmuszeni tak zwane rzekome gonokoki zaliczać do gonokoków, a sama obecność tych ostatnich nie będzie dla nas wyłącznym wyrazem zakażenia rzeżączkowego. *M. Blassberg.*

G. Baermann i P. Linser. **O działaniu miejscowem i ogólnem promieni Roentgena.** (*Münchener medicinische Wochenschrift*, Nr. 23, 1904). Praca autorów, która wyszła z wrocławskiej kliniki Neissera, obala zapatrywania Scholza, ogłoszone dawniej na podstawie badań, dokonanych w tejże klinice, jakoby promienie Roentgena najszybciej i najsilniej działały na nabłonek. Autorowie dochodzą do wniosku, że pierwotną i najcięższą zmianą, występującą po zadziałaniu promieni Roentgenowskich, jest zmiana w naczyniach krwionośnych, a od niej zawisło dopiero następowe uszkodzenie tkanki. Wszelkie uszkodzenia nabłonkowe są również następowemi We krwi i w limfie nie zachodzą zaburzenia chemiczno-biologiczne pod wpływem naświetlania. Ciałka krwi nie zmieniają zupełnie własności hemolitycznych wobec surowic, natomiast naświetlanie surowic promieniami Roentgena obniża ich własność hemolityczną. Ze zmian ogólnych spostrzegali autorowie gorączkę i wzmożone wydzielanie moczem azotu. Przyjmują oni, że obfitszy rozpad tkanek i wessanie stanowią toksyczny bodziec dla powstania gorączki. *Dr. Blassberg.*

Szmurło (Samara). **Przypadek rytmicznych ruchów krtani u histeryczki.** (*Medycyna*, Nr. 2, 1902). Rzadki i ciekawy objaw chorobowy spostrzegał autor u 30-letniej kobiety, zamężnej od 12 lat, u której przed 10 laty wystąpiły bole w stawach i utrata czucia w skórze. Objawy te ustąpiły miejsca czasowo występującemu uczuciu drgań w krtani, do którego przed 8 laty przyłączyły się szmery bulkotania, trwające bez przerwy wraz z drgawkami. Oba jajniki wykazują wzmożoną tkliwość przy ucisku. Błona śluzowa nosa i gardła, jak również migdałek językowy, przerosłe. Już w odległości 3 kroków od chorej słychać szmer, przypominający odgłos, który powstaje przy oddzielaniu się dwóch wilgotnych powierzchni. Uciskając język szpatułką, widać lekkie drganie języczka i tylnych łuków równocześnie ze szmerem. Struny głosowe i boczne części krtani wykonywują bardzo szybkie ruchy ksobne, ustające podczas wdechu lub wydawaniu głosu. Odgłos, zdaleka słyszalny, powstaje widocznie przy stykaniu się tylnych i bocznych ścian krtani z wewnętrzną powierzchnią zatoki gruszkowatej. Liczba wahań wynosi przeszło 100 na minutę. Po przyżeganiu błony śluzowej nosa i migdałka językowego i pendzlowaniu ścian gardła roztworem Lugola, ruchy te i szmery zupełnie ustały. Analizując ten przypadek, przychodzi autor do przekonania, że miał do czynienia z histeryą. Nakoniec omawia on nieliczne podobne przypadki, które znalazł w piśmiennictwie. *Spira.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Wewnętrzne leczenie rzeżączki. (*Monatschr. f. Harnkrankheit. u. sex. Hyg.*, 1904). Dr. Boss nie jest zwolennikiem leczenia rzeżączki środkami zewnętrznymi, czyli wstrzykiwaniami, ponieważ chorzy, szczególnie mniej inteligentni, narażają się na szkody przez niezręcznie wykonywane wstrzykiwania. Skutkiem zbyt długiego zatrzymywania płynu w cewce przez zaciśnięcie otworu w żołędzi (według Neissera 30 minut nawet) i stosowania zbyt silnego parcia, cierpi krążenie w prąciu. Zbyt wielką częstość zapalenia tylnej części cewki (50—90%) odnieść należy do leczenia wstrzykiwaniami, gdyż przy wewnętrznem leczeniu spada odsetek tego powikłania do 8%. B. osiągnął daleko lepsze wyniki leczeniem wewnętrznem, mianowicie podawaniem środka żywicznego, a w szczególności zaleca gonosan. Jestto ciało oleiste barwy żółto-zielonej, rozpuszczające się w wyskoku, eterze i chloroformie, o woni silnie aromatycznej, zawierające rozpuszczone w olejku santałowym żywice z *piper methysticum* (*kawa*). Korzeń *kawa* zawiera dwie substancye krystaliczne: kawahinę i jangoninę, posiadające własność znieczulania błon śluzowych i czynienia ich bezkrwistemi. Autor leczył 50 przypadków świeżej rzeżączki cewki moczowej tylko wewnętrznie gonosanem i stwierdził, że wydzielina ropna wkrótce zmniejsza się i zamienia się w śluzową; łagodnieje bolesność i nasilenie wzwodów tak przykrych, utrudniających leczenie. Korzystny ten wpływ tłómaczy Boss wzmożeniem kwasoty moczu, znieczuleniem i zmniejszeniem przekrwienia błony śluzowej, działaniem ściągającem leku, utrudniającem gonokokom dalsze istnienie. Gonokoki znikały najczęściej już po 8—10 dniach. B. podawał 5—6 r. dz. po 2 kapsułek gonosanu po jedzeniu, rozumie się przy przestrzeganiu dyety, unikaniu wyskoku, zbytniego ruchu i t. d. W $^3/_4$ przypadków udaje się wyleczyć ostrą rzeżączkę bez wszelkiego leczenia miejscowego. Zalety jego są: 1) uproszczenie postępowania przez pominięcie dokuczliwych i nie zawsze dających się dokładnie wykonać wstrzykiwań; 2) zapobieżenie nie tylko powikłaniom, lecz i 3) przejściu w okres przewlekły. *Baschkopf.*

Przyczynek do działania gonosanu. (*Allg. med. Centr. Ztg.*, Nr. 7, 1904). Leczenie poronne ostrej rzeżączki zapomocą przepłókiwań i wkraplań nie ma obecnie, jak pisze D. J. Schmidt, tylu zwolenników, co dawniej. U wielu chorych na rzeżączkę w okresie początkowym można ograniczyć leczenie do przestrzegania odpowiedniego zachowania się i stosowania leków żywicznych, w pierwszym rzędzie gonosanu, posiadającego wybitne zalety. Schmidt nie spostrzegał nigdy nieznoszenia tego leku, względnie powikłań żołądkowo-jelitowych. W zapaleniu pęcherza moczowego, nawet pochodzenia gruźliczego, stwierdził on wybitnie działanie ból kojące. Na podstawie doświadczenia, nabytego w leczeniu 20-tu przypadków, twierdzi autor, iż gonosan posiada własności moczopędne i przeciwgnilne, wpływa korzystnie na skład moczu i wywiera wybitne działanie przeciwrzeżączkowe. W każdym razie gonozan jest dobrym lekiem pomocniczym w miejscowem leczeniu ostrej rzeżączki i używa się go skutecznie w przypadkach zakażenia rzeżączkowego, n. p. rzeżączkowego zapalenia stawów. *Baschkopf.*

V. Ginekologia u Aretaeusa.

Przyczynek do dziejów ginekologii.

Przez

Dr. Jana Lachsa.

(Dokończenie).

II.

Kiedy żył Aretaeus?

Już z góry możemy zaznaczyć, że nasze wiadomości o Aretaeusie są tak niedostateczne, jak o rzadko którym pisarzu. I nic dziwnego. Współcześni prawie że nie wspominają o nim wcale, a dla Galena, który nam przekazał tak wiele nazwisk lekarzy starożytnych, nie istnieje wogóle nazwisko Aretaeusa. Wszystko więc, co o nim wiemy, opiera się na jego własnych dziełach, wobec czego nic dziwnego, że to są jedynie domysły i mniej lub więcej dowcipne kombinacye, na których nie można stanowczo polegać.

Oznaczenie roku urodzenia Aretaeusa, ba! nawet wieku, w którym on żył, przedstawia trudności prawie nie do zwalczenia. Trudności te pochodzą przedewszystkiem stąd, że z wyjątkiem Homera i Hipokratesa nie przytacza Aretaeus ani jednego nazwiska jakiegoś, greckiego lub obcego autora. Do tych trudności, stawianych badaczowi przez samego Aretaeusa, przychodzą jeszcze inne, czynione przez filologów i historyków medycyny, którzy się nie mogą pogodzić co do pochodzenia „euperiston“ [148]), dzieła, przypisywanego przez niektórych Dioskoridesowi, a przez innych uważanego za będące pochodzenia obcego. Przechylając się na stronę tych, którzy starają się udowodnić, że „euporiston“ napisał Dioskorides, mielibyśmy bardzo łatwe zadanie z oznaczeniem mniej więcej wieku, w którym Aretaeus mógł rozwinąć swoją działalność lekarską. W rozdziale bowiem 92. drugiej księgi wspomnianego dzieła, wymienia autor „euporiston“ nazwisko Aretaeusa, powołując się na jego rozdział o leczeniu chorób nerkowych. Przypadkowo jednak nie doszedł nas odpowiedni rozdział pism Aretaeusa tak, że twierdzenia tego nawet sprawdzić nie możemy. Gdybyśmy zaś ten rozdział posiadali, tobyśmy i tak prawdopodobnie oprócz tego sprawdzenia innych korzyści nie mieli, bo w tej chwili spoczywa przecie punkt ciężkości na „euporiston“, a czas powstania jego staje się nieokreślonym z chwilą, gdy są tacy, którzy wątpią pod tym wzglę-

[148]) περὶ εὐποριστῶν ἁπλῶν τε καὶ συν θέτων φαρμάκων ed. Sprengel T. II. Lipsiae 1829.

dem w autorstwo Dioskoridesa. Obok Dioskoridesa inna jeszcze praca, znana pod tytułem „περὶ πυρετῶν“, a przypisywana Aleksandrowi z Aphrodisias, który żył z końcem drugiego i w pierwszej połowie trzeciego wieku naszej ery, wspomina o dwóch pismach Aretaeusa, a mianowicie „περὶ πυρετῶν, περὶ φυλακτικῶν“. Gdy jednak i przeciw temu autorstwu przemawiają bardzo poważne okoliczności, odpada dla nas i ta podstawa do bliższego określenia wieku Aretaeusa. Po tych dwóch autorach pozostaje jeszcze jako najwcześniejszy, bo z końca czwartego wieku Philagrios, z którego pism wyjątki przekazali Oribasius, Aëtius z Amidy i Paweł z Eginy. Jak widzimy, odnośnie do Aretaeusa zachowuje się starożytne piśmiennictwo bardzo sceptycznie, nie wspominając o nim wcale, lub przynajmniej bardzo rzadko. Co zaś najbardziej dziwić musi, to okoliczność, że nawet tacy pisarze, którzy mogli mieć dla niego należyte zrozumienie i chętnie się swoją znajomością piśmiennictwa popisują, jak n. p. Galen, nie wspominają o nim ani słowem. Jakie tego mogły być powody, zwłaszcza, jeżeli idzie o Galena? Odnośnie do Celsusa posłużyła ta okoliczność niektórym historykom medycyny za jeden z dowodów, że on nie był lekarzem. Na szczęście jednak nie można co do Aretaeusa wątpić w podobny sposób. Trudno zaś przypuścić, żeby Galen nie znał Aretaeusa, jeżeli tylko Aretaeus przed nim żył. Nasuwa się wobec tego pytanie, czy on nie żył później, niż Galen, lub też, — jak to Wellmann przypuszcza, że przez Aretaeusa przemawiał do starożytnych inny słynny lekarz, a mianowicie Archigenes, tak, że pisma Aretaeusa stały się dla nich zbytecznemi.

W bardzo mozolnej pracy Wellmann[149]) zestawił i porównał ze sobą utrzymane urywki z dzieł Archigenesa z odpowiedniemi wyjątkami z pism Aretaeusa, dochodząc do wniosku, że Aretaeus polega prawie na każdym kroku na Archigenesie. Jako dowód zaś, że się rzecz nie ma odwrotnie, służy mu, — zresztą nie bardzo przekonywająca okoliczność, — że się Archigenes nad wszystkiemi dotyczącemi sprawami obszerniej zastanawia, podczas, gdy Aretaeus ogranicza się do ile możności jak najkrótszego oddania swoich myśli. Innemi słowy: Archigenes służył jako wzór Aretaeusowi, a lekarze starożytni udawali się wobec tego raczej do samego źródła. W pojedynczy bardzo sposób tłómaczy Petit[150]) ten objaw niepowoływania się na Aretaeusa przyjmując, prawie całkiem dowolnie, że Aretaeus żył później, aniżeli Galen, podczas, gdy znowu Wiggan[151]) uważa znanego Archigenesa za plagiatora pism, które dziś przypisujemy Aretaeusowi, starając się w ten sposób objaśnić okoliczność, że się tak rzadko spotykamy z nazwiskiem ostatniego. Hecker[152]) wierzy w autorstwo Dioskoridesa co do „euporiston“ i oznacza dla Aretaeusa czas po panowaniu Nerona, uważając go za rówieśnika Archigenesa, mając go jednakowoż za starszego od tegoż. Na to samo zapatrywanie pisze się i Sprengel[153]), jakkolwiek twierdzi i stara się udowodnić, że Dioskorides nie pisał „euporiston“. Locher[154]) wierzy wprawdzie w autorstwo Dioskoridesa co do „euporiston“, stara się jednak pozyskać obok świadectwa Dioskoridesa jeszcze inne dowody. Tych mają mu dostarczyć pisma Aretaeusa. Aretaeus poleca w padaczce środek leczniczy, sporządzony z węży[155]), zwany „θηριακή“, którego wynalazcą był Andromachus starszy, archiater Nerona. Podobnie podał tenże Andromachus inny środek, polecany przez Aretaeusa „βηχικά“[156]) zwany. Trzeciego nareszcie dowodu, zaczerpniętego z pism Aretaeusa, dostarcza Locherowi i okoliczność, że Aretaeus wspomina przy omawianiu leczenia skręcenia[157]) jelit o archiatrze „ἀρχίατρος“. Wiedząc zaś, że godność archiatra stworzono dopiero za czasów Nerona, znajduje Locher w tem dowód, że Aretaeus w każdym razie nie mógł przedtem żyć. Do tego samego wniosku dochodzi Klose[158]) inną drogą, starając się udowodnić, że „euporiston“ pisał nie kto inny, jak Dioskorides i że jego rówieśnikiem był Aretaeus.

W ostatnim czasie zwracano nieco więcej uwagi na Aretaeusa; do wyników jednak stanowczych mimo to jeszcze się nie doszło. I tak pozwala mu Haeser[159]) żyć pomiędzy drugą połową pierwszego, a początkiem trzeciego wieku po Chrystusie; podobnie czyni i Baas[160]), skłaniając się jednakowoż raczej do okresu pomiędzy r. 30 a 90 pierwszego wieku. Natomiast Pagel[161]) ograniczał czas działalności Aretaeusa do epoki panowania Domicyana lub Hadryana, a więc do drugiego wieku, gdy znowu Fuchs[162]) rozszerza ten okres znacznie, ograniczając go jedynie pierwszym i czwartym wiekiem. W zeszłym roku ogłosił Kossmann[163]) bardzo zajmujące studyum, w którem zwalcza wszystkie dotychczasowe przypuszczenia i dochodzi do wniosku, że Aretaeus żył bez porównania wcześniej, a mianowicie najprawdopodobniej w drugim wieku przed Chrystusem, lub może nieco później. Odważne swoje lecz bardzo prawdopodobne twierdzenie stara się poprzeć rozmaitymi dowodami, których jednak nie można przyjąć bez drobnych zarzutów. Przedewszystkiem uważa „euporiston“ za rzecz, pochodzącą od Dioskoridesa i ogranicza w ten sposób swoje poszukiwania, które więcej poza pierwszy wiek nie mają wychodzić. Drugiego dowodu dostarcza mu ta właśnie okoliczność, która dla Lochera była świadectwem, że Aretaeus nie mógł żyć przed panowaniem Nerona. Mamy tu na myśli wyraźnie „ἀρχίατρος“, które podług Lochera, miało oznaczać godność lekarską, stworzoną dopiero przez Nerona. Kossmann całkiem słusznie nie godzi się na takie pojmowanie tego wyrażenia. Podług niego nie należy tu przez archiatra rozumieć piastującego jakąś wyższą godność, a zapatrywanie to wyda się zrozumiałem, jeżeli przyjmiemy, że przez archiatra należy tu rozumieć jedynie lekarza w lepszem tego słowa zrozumieniu, w przeciwstawieniu do mniej wartościowych partaczy. Tak rozumując, nie będziemy wprawdzie w stanie z tego tłómaczenia pozyskać danych dla oznaczenia czasu, w którym żył Aretaeus, lecz tłómaczenie zyska na prawdopodobieństwie, a odpowiednie miejsce w pismach Aretaeusa stanie się bardziej zrozumiałem.

Jako drugą okoliczność na poparcie swojego zapatrywania, przytacza Kossmann joński dyalekt, charakteryzujący pisma Aretaeusa. Przyjmując bowiem tak wczesny okres, jako najprawdopodobniejszy dla Aretaeusa, staje się jego joński dyalekt łatwo zrozumiały, bez konieczności uciekania się do sofizmatów i powoływania się na Luciana.

Trzecim powodem, dla którego Kossmann wyznacza Aretaeusowi drugi wiek przed Chrystusem, jest sprawa owego leku, sporządzonego z węży, która posłużyła Lo-

[149]) M. Wellmann: Die pneumatische Schule bis auf Archigenes in ihrer Entwickelung dargestellt, w wydawnictwie: Philologische Untersuchungen, wyd. Kiesling u. Willamowitz-Moellendorf. Berlin 1895.

[150]) Petri Petiti: Commentarii et animadversiones in octo Aretaei Cappadocis libros.

[151]) D. Wiggan. Praefatio De Aretaei aetate).

[152]) J. F. K. Hecker: Geschichte der Heilkunde. Berlin 1822. T. I. str. 465.

[153]) K. Sprengel: Versuch einer pragmatischen Geschichte der Arzneikunde. Halle 1823. T. II. str. 113.

[154]) H. Locher: Aretaeus aus Kappadocien. Zürich 1847.

[155]) De cur. diut. morb. lib. I. cap. IV. K. str. 311.

[156]) De cur. ac. morb. lib. I. cap. VII. K. str. 226.

[157]) Ibidem lib. II. cap. V. K. str. 271.

[158]) Janus, Gotha 1851. T. I. str. 121.

[159]) H. Haeser: Lehrbuch der Geschichte der Medicin. Jena 1875. Tom I. str. 341.

[160]) J. H. Baas: Die geschichtliche Entwickelung des ärztlichen Standes. Berlin 1896. str. 94.

[161]) J. Pagel: Einführung in die Geschichte der Medicin. Berlin 1898. str. 108.

[162]) R. Fuchs: Geschichte der Heilkunde bei den Griechen w Puschmanna, Handbuch der Geschichte der Medicin. T. I. str. 336.

[163]) R. Kossmann: Wann lebte Aretaeus aus Cappadocien? Münchener medicinische Wochenschrift. T. 49.

cherowi także na poparcie jego całkiem odmiennych twierdzeń. Otóż Kosmann zbija je, utrzymując, że lek ten już znał Nikander, który przecież żył w drugim wieku przed Chrystusem. Prawda, że lek ten sporządzał już Nikander, lecz prawdą jest także, że Galen wspomina o innym podobnym leku, odmiennie sporządzanym wedle przepisu Andromacha, uważając ten za lepszy. Który zaś z tych leków polecał Aretaeus, tego nie wiemy. Zresztą nie ulega wątpliwości, że i Nikander nie pracował samodzielnie, gdyż polegał na Apollodorusie, a w ten sposób możnaby okres poznania tego leku jeszcze dalej posunąć.

Chcąc jednak stanowczo swoje twierdzenia uchronić przed możliwymi zarzutami, musi się Kossmann jeszcze wpierw uporać z Caeliusem Aurelianem. Ten bowiem wspomina w przedmowie do swojego dzieła o chorobach długotrwałych o Themisonie, jako o pierwszym autorze lepszego dzieła o cierpieniach długotrwałych. Z Caeliusem załatwia się Kossmann szybko, tłómacząc jego zdanie o Themisonie nieznajomością Aretaeusa. Być może, że i tak w rzeczywistości jest; stanowczo jednak tego twierdzić nie można. Z okoliczności bowiem, że Caelius o Aretaeusie nie wspomina, nie wynika nic; a gdybyśmy z tego chcieli taki wniosek wyciągnąć, jak to uczynił Kossmann, musielibyśmy ten sam sposób zastosować do Galena i do tylu innych, którzy przecież również nazwiska Aretaeusa nie wymieniają. Podobny sposób rozumowania jest jeszcze i z tego powodu niepotrzebny, gdyż Caelius Aurelianus nie powiada, że przed Themisonem nie było wogóle żadnego autora, któryby napisał dzieło o chorobach przewlekłych, jak tego chce Kossmann, lecz on twierdzi jedynie, że nie napisano żadnego lepszego dzieła, w któremby cały materyał dotyczący był zebrany systematycznie i uporządkowany, chcąc tem niejako usprawiedliwić swoją pracę. „Scribentium igitur medicinam nullus ante Themisonem tardarum passionum curationes principaliter ordinavit“ [164]). Zresztą mógł Caelius nawet znać pisma Aretaeusa (czego my jednak bynajmniej nie twierdzimy), a sam, jako autor dzieła o długotrwałych chorobach, mieć o innem — dotyczącem tej samej materyi, mniej korzystne przekonanie.

Kossmannowi bardzo imponuje podobieństwo zapatrywań i niektórych wyrażeń, jakie zachodzi pomiędzy Aretaeusem a Nicandrem. Prawda, że równość poglądów pomiędzy dwoma autorami daje dziś do myślenia; opierać jednak na niem domysłów i wyciągać stąd wniosków nie można, zwłaszcza o ile idzie o autorów świata starożytnego.

Ostatecznie chcielibyśmy jeszcze zwrócić uwagę na jedną okoliczność, która Kossmannowi posłużyła za dowód, że Aretaeus żył przed Archigenesem, że więc nie mógł z jego pism korzystać. Aretaeus, omawiając słoniowacinę, używa porównania, że skóra takich chorych zmienia się tak bardzo, iż staje się podobną do skóry słonia, „ὡς ἐλέφας τό θηρίον“ [165]). Ponieważ zaś Archigenes określa słoniowacinę przez „elephantiasis“ („ἐλεφαντίασις“), stąd wnioskuje Kossmann, że Archigenes stworzył to określenie z wyrazu „ἐλέφας“, znajdującego się w opisie Aretaeusa. Prawdopodobnie Aretaeus rzeczywiście żył przed Archigenesem, przytoczone jednak miejsce nie może posłużyć na poparcie tego twierdzenia, gdyż określenie słoniowaciny przez „ἐλεφαντίασις“ było w Grecyi i w dodatku jeszcze przed Archigenesem powszechnem, a on go nie użył, jako pierwszy, czego dowodów dostarcza Celsus [166]). „Ignotus autem paene in Italia, frequentissimus in quibusdam regionibus is morbus est, quem „ἐλεφαντίασιν“, Graeci vocant“.

Na podstawie tych swoich wywodów, które się Kossmann stara przeprowadzić odpowiednio do swego założenia z pewną konsekwencyą, dochodzi on do wniosku, wprost przeciwnego, aniżeli Wellmann, z którego wynika, że Aretaeus nie mógł korzystać z pism Archigenesa, gdyż żył znacznie wcześniej, aniżeli ten ostatni, że raczej Archigenesowi służyły jako substrat prace Aretaeusa. Na poparcie tego ostatniego przypuszczenia nie dostarcza jednak Kossmann żadnego dowodu.

Wnioski Wellmanna i Kossmanna, wprost sprzeczne ze sobą, są dowodem, jak to trudno oznaczyć wiek autora, nie powołującego się na innych autorów. Jeżelibyśmy jednak przyjęli wnioski Wellmanna jako prawdopodobne, musielibyśmy nabrać nie bardzo korzystnego wyobrażenia o Aretaeusie. Na zakończenie bowiem drugiej księgi o leczeniu chorób ostrych poleca lekarzom raczej zastanawianie się i pracę samodzielną, aniżeli zagłębianie się w owocach pracy innych autorów. „χρὴ δὲ καὶ τὸν αὐτὸν τινὰ ξυνευπορέειν, μὴ πάντα ἀλλοτρίῃ ξυγγραφίῃ προςίσχοντα τὸν νέον“. W tem zapatrywaniu Aretaeusa może leżeć klucz do zrozumienia, dlaczego się sam nie powołuje na żadnego lekarza. Chce sam pracować. Chce być samodzielnym. Gdybyśmy zaś zgodnie z Wellmannem przyjęli, że Aretaeus opierał się na Archigenesie, musielibyśmy przytoczone jego zapatrywanie na korzystanie z innych pisarzy uważać jedynie za wybieg, który miał pokryć jego czynność plagiatorską i odwrócić od niej uwagę. Podstawy do podobnego twierdzenia o pisarzu tej miary, jakim był Aretaeus, dotychczas nie mamy. Nie usprawiedliwiałoby zaś podobnego przypuszczenia ani jego wykształcenie lekarskie, które musiało być wielkie, ani też jego skromność na punkcie własnej osoby. Zgadzałby się natomiast przytoczony pogląd Aretaeusa raczej z zapatrywaniami Kossmanna, którego dowody niestety pozostawiają pewne, wyżej wykazane wątpliwości i dopuszczają znaczne jeszcze wahania, chociażby nawet w kierunku przez niego naznaczonym.

W każdym razie drogi dotychczas obrane nie doprowadzają do żadnych stanowczych wyników.

Rozpatrzmy się tedy, o ile ginekologiczne uwagi Aretaeusa pozwalają na wnioski w tej sprawie, nie łudząc się jednak bynajmniej, ażeby nam udało się na tej drodze sprawę stanowczo rozstrzygnąć.

Spotykamy tak mało uwag o anatomii miednicy, że one nas nie uprawniają do żadnych konkretnych wniosków. Jedyna okoliczność, którąby może na podniesienie zasłużyła, to ta, że Aretaeus pamięta o kręgach lędźwiowych, jako częściach składowych miednicy, zaznaczając tem ich ważność pod względem ginekologicznym, czego w starożytnem piśmiennictwie wogóle nie znajdujemy. Nad kształtem kości krzyżowej nie zastanawia się wcale, pozostając pod tym względem w tyle poza wszystkimi pisarzami, począwszy od Hipokratesa aż do Oribasiusa.

Bardzo wstecz posuwa także Aretaeusa jego opis części miękkich, który pozostawia wątpliwość, czy uważał macicę wraz z pochwą za jeden narząd, czy też za dwa. Na szczęście można tu sprawę rozstrzygnąć na korzyść odrębności tych narządów. Określenie ich jednak wspólną nazwą „ὑστέρη“ daje przecież do myślenia i zwraca uwagę na niepewność, która każe przypuszczać, że dokładny opis pochwy, jakiego dokonał Soranus, nie był znany jeszcze Aretaeusowi.

Anatomia macicy, a zwłaszcza wiara w istnienie jednej tylko jamy, wykazuje zgodność z autorami pierwszego wieku po Chrystusie. Bardzo daleko wstecz posuwa go natomiast, co powiada o odrębnem życiu macicy i o jej zdolności przenoszenia się, gdyż w ten sposób zbliża swoje zapatrywanie do tego, jakie miał o macicy Platon.

Brak uwag o częściach dodatkowych macicy nie dowodzi niczego, podobnie, jak i ta okoliczność, że Aretaeus znał więzadła okrągłe, gdyż te znał jeszcze Herofil.

Pod względem znaczenia miesiączki dla zdrowia kobiety i jej przyczyn zbliża się do Herofila, a na punkcie powstawania nasienia do Hipokratesa.

[164]) Caelii Aureliani Siccensis, de morbis acutis et chronicis. ed. Almeloveen Amsteledami 1875. Praefatio str. 268.

[165]) De caus et sign. diut. morb. lib. II. cap. XIII. K. str. 178.

[166]) Celsus de medicina lib. III. cap. XXV.

Z uwag dotyczących porodu, jedynie uwaga o wydobywaniu łożyska przez pociąganie za sterczące błony upoważnia nas do wniosku, że Aretaeus podzielał raczej zapatrywania lekarzy pierwszego wieku, jak n. p. Soranusa. Okoliczność jednakowoż, że Aretaeus opowiada o zwyczaju pociągania za błony, wskazuje na jego częstsze stosowanie przez lekarzy współczesnych, a więc na ten jeszcze dosyć wczesny okres, który gani Soranus. — Okoliczność, że położne dokonywały poważnych zabiegów przy porodzie, wskazuje na czasy, które znacznie Celsusa wyprzedziły.

Uwagi o przystawieniu noworodka do piersi matki bezpośrednio po jego przyjściu na świat wskazują również na czasy przedchrystusowe, gdyż już Soranus zganił ten zwyczaj należycie, wskazując na niewłaściwe postępowanie w tym kierunku dawnych lekarzy.

Także w patologii narządu rodnego można wskazać na dużo poglądów, które Aretaeusa posuwają ku czasom przedchrystusowym. Do tych należą jego poglądy na etyologię i leczenie przenoszenia się macicy w ustroju, zapatrywanie, że obłęd lubieżny (satyriasis) jest chorobą płci męzkiej, jako też nie mniej jego zdanie o istocie i leczeniu histeryi.

Streszczając ten wynik, dochodzimy do przekonania, że wiadomości ginekologiczne Aretaeusa każą, mimo niektórych bardzo postępowych zapatrywań, przypuszczać, iż on żył najprawdopodobniej przed Chrystusem. Do przyjęcia jednakowoż drugiego właśnie wieku, jako tego, w którym żył Aretaeus, nie mamy na razie jeszcze ścisłej podstawy, gdyż badania Kossmanna dopuszczają znaczne wątpliwości w jednym i drugim kierunku. Jedna jednakowoż okoliczność będzie ciężko ważyła na szali przy badaniach nad wiekiem Aretaeusa, nie pozwalając zbyt daleko się posuwać poza rok narodzenia Chrystusa: że był zwolennikiem szkoły pneumatycznej, jakkolwiek zajmował wobec niej stanowisko eklektyczne.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 7 lipca

* Wydział krajowy na najbliższej sesyi sejmowej wystąp z wnioskiem utworzenia stałej posady „kierownika“ oddziału chorób zakaźnych w krakowskim szpitalu św. Łazarza. W umotywowaniu swem Wydział krajowy podniesie, że „choroby zakaźne, z natury swej ciężkie i niebezpieczne, wymagają ustawicznej obecności lekarza we dnie i w nocy. Lekarz ordynujący w tym oddziale musi mieć charakter samoistnego kierującego funkcyonaryusza, zarówno ze względu na potrzebę wyspecyalizowania się w tej gałęzi wiedzy lekarskiej, jakoteż i dlatego, że wszelkie komunikowanie się takiego lekarza z chorymi w innych oddziałach i z lekarzami w szpitalu powinno być ze względu na zakaźny charakter chorób, z któremi ma do czynienia, zupełnie wykluczone“. Tak rzecz pojęta budzi logicznie wywnioskowaną nadzieję, że względnie do wyjątkowo wysokich wymagań, lekarz „kierujący“ oddziałem chorób zakaźnych będzie odpowiednio wynagrodzony: bo skoro ma być w szpitalu „dzień i noc“, skoro mu nie wolno stykać się z chorymi i lekarzami w szpitalu, a tem samem i z publicznością, skoro ma mieszkać przy oddziale, a zatem żyć musi w stanie kawalerskim i skoro ma pracować sam, bez sekundaryusza, to pomijając narażenie własnego życia i zdrowia, powinien on być tak zapłacony, ażeby nie potrzebował szukać innych źródeł dochodów poza szpitalem; tymczasem płaca takiego „kierownika“ ma wynosić w ciągu pierwszych pięciu lat 1600 koron, t. j. tylko o 200 koron więcej, niż płaca sekundaryusza starszego, a po pięciu latach ma on mieć prawo do trzech dodatków pięcioletnich po 300 koron. A zatem ten niewolnik, mający pozostać „dzień i noc“ na stanowisku (chociaż mu szpital wiktu nie daje), skazany wyłącznie na własną pracę (bez sekundaryusza), ale obciążony całą odpowiedzialnością za wypadki z chorymi gorączkującymi i często nieprzytomnymi, mający żyć w dożywotnim celibacie, boć rodziny przecież nie umieści przy oddziale chorób zakaźnych, powtarzamy — za tę ciężką, odpowiedzialną i niebezpieczną dla jego życia i zdrowia pracę, ma pobierać płacę niższą o wiele od płacy prymaryuszów innych oddziałów. Zapytujemy, po co ten typ nowy lekarza szpitalnego? Czy tylko naprawdę pomysł ten podyktował wzgląd na dobro chorych dobro szpitala i nauki? Czy nie zachodzi tu ten czyn oszczędności, który w skutkach okazuje się rozrzutnością? Wymagania najwyraźniej obliczone są na kandydata doświadczonego i wyspecyalizowanego, a płaca i warunki pracy zmierzają wprost do tego, że tym „kierownikiem oddziału chorób zakaźnych“ może zostać tylko lekarz bez zajęcia, zmuszony brać to, co się nastręcza, byle o coś się zaczepić. Tak się nie tworzy posad w instytucyach poważnych i na takich warunkach nie zyskuje się dzielnych funkcyonaryuszów. Przewidzieć nie możemy uchwały W. Sejmu, ale przekonani jesteśmy, że posłowie lekarze przedstawią tę sprawę ze stanowiska rzeczowego i lekarskiego, oraz przyłożą ręki do wytworzenia nie jakiegoś „kierownictwa“, lecz prymaryatu chorób zakaźnych ze wszystkiemi prawami, przywiązanemi do tej posady, a jednocześnie nie spuszczą z oka odpowiednio obmyślanej emerytury, a to ze względu na wielkie niebezpieczeństwo dla zdrowia, a nawet życia lekarza, kierującego oddziałem chorób zakaźnych.

* Podczas ostatniej sesyi polecił W Sejm Wydziałowi krajowemu wygotować w ciągu bieżącego roku plany i kosztorysy na budowę w zachodniej Galicyi zakładu dla obłąkanych na 500 łóżek. Czyniąc zadość tej uchwale, rozpisał Wydział krajowy konkurs na grunta pod budowę zakładu i otrzymał 40 ofert, z których wybrał 8, jako najstosowniejszych. Parcele te oglądał już inspektor szpitali, Dr. Stella Sawicki, a w ciągu bieżącego tygodnia miał je zbadać p. Onyszkiewicz, członek Wydziału krajowego i szef departamentu szpitalnego. Ostateczny wybór gruntu uchwali W. Sejm na najbliższej sesyi.

* Dziekanem wydziału lekarskiego Uniwersytetu lwowskiego wybrany został prof. Włodzimierz Łukasiewicz.

* D. 20 czerwca odbył się w Krakowie wykład habilitacyjny Dra Stefana Horoszkiewicza, asystenta przy katedrze medycyny sądowej. na temat: »O znaczeniu badania kryoskopowego i przewodnictwa elektrycznego krwi w przypadkach śmierci z utonięcia«.

* Wydział krajowy mianował Dra Romana Merunowicza sekundaryuszem starszym, a Dra Bronisława Pawlikowskiego sekundaryuszem młodszym w lwowskim szpitalu powszechnym.

* Koncepiści sanitarni: Dr. Leopold Haim i Dr. Maryan Szaynowski mianowani zostali lekarzami powiatowymi, a asystenci sanitarni: Dr. Edmund Kowalski i Dr. Adam Szulisławski koncepistami sanitarnymi.

* Prof. I. Baranowski, członek honorowy Tow. lekar. krak., złożył 100 koron na »Dom własny« tegoż Towarzystwa.

* Towarzystwo dermatologiczne krakowskie przelało ze swej kasy 300 koron do funduszu „Domu własnego“ Towarz. lekarskiego w Krakowie.

* Wileńskie Towarzystwo lekarskie liczyło w r. 1903 członków 275; odbyło posiedzeń zwyczajnych 10, nadzwyczajnych 3, administracyjne 1. Na posiedzeniach zwyczajnych wygłoszono 14 wykładów naukowych.

[redacted]

* Wyszedł z druku zeszyt ósmy dzieła zbiorowego „Nauka o chorobach wewnętrznych“, wydawanego przez prof. Jaworskiego. Zeszyt ten mieści w sobie: „Choroby wątroby, trzustki i śledziony“ (napisane przez prymaryusza Dra Piska we Lwowie) i choroby przełyku i żołądka (napisane przez prof. Jaworskiego) Do nabycia w księgarni H. Altenberga we Lwowie i S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie po cenie 3 K. Zeszyt dziewiąty wyjdzie we wrześniu b. r.

* Między 21 a 27 czerwca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim (1 gm.), buczackim (1 gm.), czortkowskim (1 gm.), dobromilskim (1 gm.), gródeckim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), lwowskim (1 gm.), mościskim (2 gm.), rawskim (6 gm.), skałackim (3 gm.), starosamborskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), turczańskim (2 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Mianowania. Profesorowie nadzwyczajni: Sapieżko (chirurgia), Borysow (farmakologia) i Łysenkow (operacyjna chirurgia) mianowani zostali profesorami zwyczajnymi w Odesie; tamże doc. Zarubin mianowany profesorem nadzwyczajnym dermatologii i szfilidologii. Dr. Schröder otrzymał tytuł profesora w Bonn. Dr. Romberg mianowany kierownikiem kliniki lekarskiej w Tybindze.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Józef Niklewski, lat 70, Radca zdrowia, zmarł w Jarocinie. Dr. Openheimer, prof. farmakologii — w Heidelbergu. Dr. Pearce, prof. chorób nerwowych — w Filadelfii. Dr. Duff, prof. położnictwa, — w Pittsburgu.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 26. Borzymowski: Trzy przypadki zeszycia ran serca i teorya zszywania ran serca, oparta na spostrzeżeniach własnych (c. d.).

— *Biblioteka lekarska* Z. XII (1903), I, II, III, V i VI (1904) zawiera ciąg dalszy dzieł Landerera, Rungego i Dieulafoy'a, oraz początek «Podręcznika Moraczewskiego do badań chemiczno-klinicznych».

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 5. Dzierżawski: Przypadek z praktyki. Ziemens: W jaki sposób wulkanizować kauczuk, żeby wychodził z kiuwety gładkim?

— *Głos lekarzy* Nr. 13 zawiera: § 43 e) Ordynacyi dla lekarzy. — Położenie materyalne i stanowisko społeczne lekarzy w Galicyi. — Taryfa lekarska. — Taryfa sądowo-lekarska w sprawach niespornych. — W sprawie krajowych zakładów dla obłąkanych.

— *Gazeta lekarska* Nr. 26. Horwitzówna: Przyczynek do sprawy powstawania białych ciałek krwi. Brudziński: Przyczynek do leczenia szkarlatyny surowicą przeciwpłoniczą (dok.). Sterling: Z kazuistyki choroby Tay-Sachs'a (dok.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 26. Zahradnický: Zprava o 604 kýlách v nemocnici německobrodské operovaných (c. d.). Schöbl: Tyfus ve věku dětském. Krlin: Přispěvek k odstranění technických obtíží při subkutannich paraffino-prothésách (dok.)

— *Sbornik klinický* Nr. 5. Krützner: O motorických poruchách při siringomyelii, zvláště o spontánnich pohybech a fibrillárnim chvění. Lešer: Sdruženi srdečnich vad s epilepsii. Zahradnický: O herniich traumatických.

— *La Presse médicale* Nr. 50. Sabouraud: Na czem polegają choroby skórne na tle łojotokowem *(seborrheides)*. Viart: Nowy sterylizator elektryczny dla wyjaławiania przyrządów chirurgicznych.

Nr. 51. Trémolières: Leczenie świerzbienia. Difflotli: Sprawa mleka, powody jego zakażenia.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 26. Bumm: Wiedza i możność lekarza. Soberheim i Jacobitz: Istota i granice działania surowic bakteryobójczych. Born: O wpływie wewnętrznej faradyzacyi i galwanizacyi żołądka na wydzielanie, ruchomość i czucie. Kämerer: Aglutynacya prątków durowych przy żółtaczce i chorobach wątroby. Wohlgemuth: Przyczynek do poznania fizyologicznego dzia-[redacted] wego i jelita ślepego. Härting: Biodro szpotawe. Franz: Samopiszący ciepłomierz dla mierzenia ciepłoty ciała. Kuhn: Minutowy sterylizator. Dommer: Cewnik do przepłókiwania pęcherza według metody Dommera. Hösslin: Młodzieńczy rozrost nieprawidłowy po urazie u człowieka w wieku podeszłym. Emmerich i Gemünd: Przyczynek do doświadczalnego uzasadnienia teoryi Pettenkofera lokalnej przyczyny powstawania cholery i duru (dok.). Seiffert: Zadania i stanowisko historyi w nauce lekarskiej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 26. Sorgo: Wtórne zakażenie w gruźlicy. Hockauf: Przyczynek do krytyki zatrucia grzybami. Grünberger: Zapalenie nerwu w przebiegu tężca urazowego leczonego surowicą. Leiner: Czerwonka wywołana prątkami, w szczególności w wieku dziecięcym.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 27. Fürbringer: Ocena znaków Quinquauda, w szczególności ich stosunku do nadużyć alkoholu. Brieger: Wyzyskanie specyficznych substancyi z prątków durowych. Isaak i Welden: Specyficzny odczyn precypitynowy przy brózdogłowcu szerokoczłonkim u człowieka. Kaupe: Dotychczasowe moje doświadczenia z „maretynem", nowym lekiem przeciwgorączkowym, poczynione na suchotnikach. Jacob: Znaczenie wlewania roztworów do płuc dla rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej (c. d.). Opitz: Widoki na wyzdrowienie, oraz leczenie ropnicy połogowej (dok.) Sobernheim: Surowica wąglikowa i jej praktyczne zastosowanie (dok.). Dreuw: O mydle drożdżowem. Bargebuhr: Leczenie krztuśca arystochiną. Singer: Dwojaki mieczykozrosłe.

Redakcya otrzymała: Zbiór prac z krakowskiej kliniki chorób wewnętrznych z roku 1901 i 1902.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 26 (od 26/VI do 2/VII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 29, dz. 19; nieżywo: chł. 2, dz.—. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 12; zamiejscowych: męż. 12, kob. 15.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 7. 3) zapalenie płuc: miej. 1, ob. 1 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 2. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 2, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. 2. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. 1. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 2. 21) nowotwory: miej. —, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 5, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob —. **Razem** miej. 30, obcych 27.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr. **Jekels,** właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.

Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski,** docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).

Dr. **Witczak,** kierownik i właściciel Zakładu.

Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).

Dr. **Zanietowski Józef,** jun., lekarz zakł.

Kosów

lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski,** kierownik i właściciel.

Krynica.

Dr. **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens,** („pod Jeleniem“).
Dr. **Ebers,** radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Kopff Leon,** lekarz c. k. Zakładu zdrojowego.
Dr. **Lewicki Stanisław,** asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.,** („pod Orłem“).

Maryówka pod Lwowem.

Dr. **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakładu.

Ojców.

Dr. **Niedzielski St.,** dyrektor zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Daniłowski Br.,** asystent dyrektora.

Rabka.

Dr. **Lang,** lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz,** lekarz zakładowy.

Swoszowice.

Dr. **Cholewicz Franciszek.**

Szczawnica.

Dr. **Gorski Ksawery,** lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Hammerschlag Rudolf,** (dom „pod Attylą“).
Dr. **Kołączkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniczego dolnego i pensyonatu.
Dr. **Żuliński Edward,** (Willa „Alma“), (zimą w Meranie).

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski E.,** radca ces., lekarz zakł.
Dr **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł

Zakopane.

Dr. **Majewicz Edmund,** Przecznica.

Żegiestów.

Dr. **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr. **Kümmerling,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr. **Feuerstein Leon,** („Hotel Continental“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr. **Filipkiewicz Stefan,** lekarz zakł.
Dr. **Wobr,** lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Franzensbad.

Dr. **Steinsberg,** („Goldener Brunnen“).
Dr. **Zeitner Józef,** (dom „Stadt Paris“).

Gleichenberg.

Dr. **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger“ IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.

(Kąpiele morskie i piaskowe.)
Dr. **Oransz M.,** (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.

Dr. **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr. **Kaufmann Oskar,** (Sprudelstrasse, „Pascha“).
Dr. **Kołaczkowski,** („Stadt Athen“).
Dr. **Kostecki,** (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz,** (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau“).
Dr. **Kropf Leon,** (Theatergasse, „Minerva“).
Dr. **Maleszewski Wł.,** (Alte Wiese, „Drei Staffeln“).

Kissingen.

Dr. **Chłapowski Franciszek,** radca sanitarny.
Dr. **Maciejewski J.,** (Villa „Elsa“).

Kołobrzeg.

Dr. **Weissenberg Józef,** (zimą *Nervi*).

Marienbad.

Dr. **Dobija Fr.,** (Kaiserstrasse, „Weisser Schwan“).
Dr. **Harajewicz Wład.,** (Villa „Wahnfried“).
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).
Dr. **Schermant J.,** (Villa „Apollo“).

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)

Dr. **Binder,** kier. i właściciel sanatoryum „Stefania“.

Nauheim.

Dr. **Jankowski Fr.**

L. 1044/04.

Konkurs.

Wydział Rady powiatowej w Kosowie rozpisuje niniejszem konkurs na 2 posady lekarzy okręgowych, a mianowicie na posadę lekarza okręgowego w Kutach i takąże posadę w Hryniawie; pierwszy okręg obejmuje 12 gmin i tyleż obszarów dworskich jakoto: Kuty miasto, Kuty stare, Słobódka, Kobaki, Czerbanówka, Rybno, Roztoki, Rożen wielki, Rożen mały, Tudiów, Białobereska i Chorocowa o ilości 22.722 mieszkańców z siedzibą w mieście Kuty — drugi okręg obejmuje 11 gmin i tyleż obszarów dworskich, mianowicie: Hryniawa, Uścieryki, Krasnoila, Hołowy, Stebnie, Perechrestne, Dołhopole, Polanki, Fereskula, Jabłonica i Berwinkowa o ilości 7.213 mieszkańców z siedzibą w Hryniawie.

Płacę lekarzy okręgowych w Kutach i w Hryniawie ustanowił Wydział krajowy w kwocie po 1200 koron, ryczałty na objazdy zaś w kwocie po 800 koron rocznie.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya, wydana przez c. k. Namiestwictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym we Lwowie, mianowicie § 14 rozporz. wykonawczego dla ustawy z 2 lutego 1891 dz. ust. i rozp. kraj. Nr. 82.

Lekarz okręgowy ma obowiązek utrzymywania apteki domowej i spełniania czynności w ambulatoryum w razie utworzenia go w siedzibie tego okręgu.

Ubiegający się o jedną z tych posad winien wnieść w nieprzekraczalnym terminie do dni 30 licząc od dnia 3-go ogłoszenia w „Gazecie Lwowskiej" należycie udokumentowane i ostemplowane podanie do Wydziału Rady powiatowej w Kosowie i wykazać, że posiada następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;

2) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) dowody znajomości leczenia chorób skórnych i wenerycznych;

4) nieskazitelny charakter;

5) znajomość języków krajowych;

6) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;

7) dostateczną fizyczną zdatność.

Podania nieudokumentowane lub po terminie wniesione nie będą uwzględnione.

Pierwszeństwo do otrzymania posady będą mieli kandydaci, którzy wykażą się dłuższą praktyką szpitalną na oddziale chorób skórnych i wenerycznych.

Posady te na razie zostaną nadane prowizorycznie, poczem może nastąpić stabilizacya.

199 Prezes: *Rozwadowski.*

Konkurs.

Miasteczko Korolówka powiatu Borszczowskiego, w którem liczne targi i jarmarki się odbywają, rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego, połączoną z oględzinami bydła rzeźnego, z płacą 1000 koron i za oględziny mięsa osobne wynagrodzenie. Podania do 20 lipca 1904. Dwuletnia praktyka lekarska jest wymaganą.

200 *Zwierzchność gminy.*

Konkurs

Wydział Rady powiatowej żydaczowskiej rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Nowem Siole z płacą roczną 1000 koron i ryczałtem na objazdy służbowe 600 koron rocznie.

Okręg sanitarny obejmuje gminy: Nowe sioło, Obłażnica, Żyrawa, Izydorówka, Sulatycze, Balicze podróżne i zarzeczne, Machliniec, Hanowce, Rada, Juseptycze, Krechów, Łówczyce, Jajkowce, Mazurówka, Lubsza i Smuchów.

Lekarz okręgowy obowiązany jest utrzymywać aptykę domową.

Kompetenci prócz dostatecznej fizycznej zdolności mają wykazać następujące warunki: 1) prawo obywatelstwa austryackiego; 2) dyplom doktora medycyny; 3) nieskazitelny charakter; 4) znajomość języków krajowych; 5) praktyka lekarska przynajmniej dwuletnia.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią praktyką lekarską w szpitalu powszechnym lub egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej najpóźniej do dnia 31 lipca 1904.

Żydaczów dnia 8 czerwca 1904. 197

Z Wydziału Rady powiatowej.

Za Prezesa: *Hoszowski.* Sekretarz: *K. Peszkowski.*

Rok XLIII. Kraków 23 Lipca 1904. Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

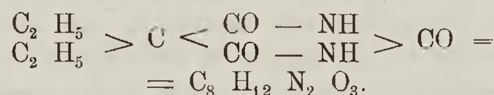
I. Z oddziału chorób wewnętrznych Prof. Dra St. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O veronalu, nowym leku nasennym.

Opracował

Dr. Tadeusz Pisarski.

W marcowym zeszycie „Therapie der Gegenwart“ z r. 1903 ogłosili Fischer i Mering wyniki doświadczeń, jakie przeprowadzili na zwierzętach z licznym szeregiem środków, które, według ich teoretycznego rozumowania, miały posiadać własności nasenne. Były to przetwory, które w swoim składzie zawierały grupę mocznika w połączeniu z większą ilością grup etylowych ($C_2\ H_5$). Wiele z nich okazało się jednak niedziałającymi wcale, niektóre działały zbyt trująco, a tylko jeden z tych środków okazał się nawet w większych dawkach nietrującym i sprowadzającym sen, nie różniący się w niczem od naturalnego. Środkiem tym jest veronal, nazwany tak dla krótkości, a którego nazwa chemiczna brzmi *diaetylmalonylcarbamid*, a znak chemiczny:



$$\begin{matrix} C_2\ H_5 \\ C_2\ H_5 \end{matrix} > C < \begin{matrix} CO - NH \\ CO - NH \end{matrix} > CO =$$
$$= C_8\ H_{12}\ N_2\ O_3.$$

Veronal przedstawia się jako proszek biały, składający się z krystalicznych igiełek, w smaku nieco gorzki, topi się w ciepłocie 190° C. W wodzie rozpuszcza się dość łatwo, bo w 12 częściach wody wrzącej, a 145 częściach wody o ciepłocie 20° C. W roztworze wodnym oddziaływa słabo kwaśno. Bardzo łatwo rozpuszcza się w wyskoku absolutnym, nieco trudniej w eterze i chloroformie; w glicerynie i oliwie zupełnie się nie rozpuszcza.

Wiedząc, jak ważną rzeczą jest rozporządzanie możebnie największą liczbą leków nasennych i słysząc pochwały o zaletach veronalu, jako środka nasennego, postanowiłem własną obserwacyą stwierdzić jego działanie na chorych, a otrzymawszy do rozporządzenia bogaty materyał oddziału chorób wewnętrznych Prof. Dra St. Pareńskiego, przeprowadziłem szereg doświadczeń. Do doświadczeń tych wybierałem zawsze chorych, u których bezsenność stanowiła istotne wskazanie do podawania leku nasennego, a unikałem szablonowego podawania leku bez ścisłego wskazania. Niejednokrotnie, gdy mi się zdawało, że chory pomimo skarg śpi dobrze, podawałem lek obojętny i dopiero, jeżeli poddawanie okazało się bezskutecznem, zapisywałem veronal. To samo powtarzało się często i wśród podawania veronalu dla kontroli, jak również zastępowałem go sulfonalem lub trionalem, a raz, w celach porównawczych, wyciągiem konopi indyjskich.

Doświadczenia przeprowadziłem na 60 chorych, mianowicie na 35 mężczyznach i 25 kobietach. Wiek chorych wahał się między 12 a 78 rokiem życia. Co do chorób, to przedstawiają się one w następującym szeregu: gruźlica płuc (16); nieżyt oskrzeli z rozedmą płuc wyższego stopnia, z puchliną (6); wysięk opłucnowy (2); zapalenie płuc nieżytowe ostre (2); zawał krwawy płuc (1); gruźlica opłucnowo-otrzewnowa (1); zapalenie płuc włóknikowe (2); niedomykalność zastawki dwudzielnej (6); niedomykalność zastawki dwudzielnej ze zwężeniem ujścia żylnego lewego w okresie skurczowej niedomogi serca (3); zapalenie mięśnia sercowego (1); zapalenie osierdzia (1); miażdżyca tętnic (1); gościec stawowy ostry (3); gościec stawowy przewlekły (5); gościec mięśniowy (2); zapalenie nerek przewlekłe (2); nieżyt żołądka przewlekły (4); żółtaczka nieżytowa (1); zapalenie kiszek mieszkowe (1); nowotwór żołądka (1); rozstrój nerwowy (3); macinnica (1); pląsawica (1); ogłupienie starcze (1); potłuczenie (2); złamanie żebra (1); moczówka cukrowa (1); kiła (1); gnilec (1).

Chorzy ci w części przebywali stale w łóżku, w części zaś chodzili, a tylko pewną liczbę godzin leżeli. Powodem bezsenności było przeważnie zdenerwowanie, lub też podniecenie albo przygnębienie, jakie zwykło towarzyszyć wyżej przytoczonym chorobom; wreszcie różne dolegliwości natury czysto fizycznej, jak kaszel, duszność, ból, kłucie i t. p. Kilkunastu z tych chorych pobierało już przedtem różne leki nasenne — z różnym skutkiem. Ogółem zużyłem 195·23 grm. veronalu, podając go w różnej postaci 284 razy. Największa ilość na jedną dawkę, jakiej używałem, wynosiła 3.00 dziennie, nieprzekroczyłem również nigdy tejże ilości, posuwając się zwolna ku górze od 0·25.

Pora podawania przypadała najczęściej na 8-mą godzinę wieczorem, jednak i w dzień otrzymywali chorzy veronal, jeżeli chodziło o graficzne zdjęcie tętna sfigmografem, lub też o ściślejszą obserwacyę samego snu.

Przez cały czas podawania veronalu każdy chory był pilnie obserwowany co do czynności wszystkich narządów, szczególniejszą zaś uwagę zwracałem na mocz tak co do ilości jego na dobę, jako też i co do składu chemicznego.

Na podstawie liczb, jakie przy każdej dawce notowałem, wywnioskowałem czas, w którym sen zwykle występował, a który oczywiście dla różnych dawek — będzie różnym. Uwzględniając wiek, płeć i t. d., a także inne okoliczności, jak np. czy chory leży po zażyciu, czy też chodzi, czy jest osłabiony i wynędzniały, czy też silny i zażywny, mogę podać jako prawidło, że dawka 0·25 sprowadza sen w 1—1$^1/_2$ godz, lecz tylko u kobiet lub bardzo osłabionych mężczyzn. Dawka 0·50 wywołuje sen tak u mężczyzn, jak i u kobiet, najpóźniej w 1 godz. Dawki 0·75 do 1·00 wywołują stan senności już po pół godz., zaś 1·50 do 3·00 po 10—15 minutach. Oczywiście tu i ówdzie zdarzy się przypadek, że nawet po 1,00 chory uczuwa senność

dopiero w dwie lub trzy godziny, lecz to tylko wyjątkowo, n. p. u ludzi, którzy poprzednio nadużywali wyskoku.

Sen trwa przeciętnie 6—7 godzin. Pod tym względem liczby moje różne są od liczb niektórych autorów niemieckich, którzy znajdowali, że sen trwa nieco dłużej: Rosenfeld stwierdził trwanie snu 11 godzin, Berent 7 do 11, Fischer 6—10, Lilienfeld 7—9, Lotsch 8.

Senność, uczuwaną po zażyciu veronalu, jako też i sam sen, odczuwali chorzy jako zupełnie naturalną potrzebę zaśnięcia i nigdy ona nie występowała tak silnie, aby się chory nawet mógł domyśleć, że sprowadzoną została jakimś lekiem. Raz tylko jedna chora licząca lat 19, a cierpiąca na niedomykalność zastawki dwudzielnej, mówiła, że w pół godz. po zażyciu pastylki (0·50) doznała uczucia, jak gdyby wypiła kieliszek wódki. Uczucia tego nie określała jednak jako stanu niemiłego. Sen u kobiet po dawkach 0·25—0·50 i u mężczyzn po 0·50—1·0 bywa spokojny i miernie głęboki, a chorego można każdej chwili łatwo obudzić. Dawki jednak 1·0 u kobiet, a 1·50 i wyżej u mężczyzn, sprowadzają często sen twardy i głęboki, który chorzy niemile odczuwają. Jak głębokim bywa w takich razach sen, najlepiej świadczy fakt, że jeden z chorych po zażyciu 1·50 veronalu spadł w nocy z łóżka i w dalszym ciągu spał na ziemi, nic o tem nie wiedząc. Była to dawka doświadczalna. Do dawek jednak takich rzadko uciekać się trzeba, a 1,0 stanowi dawkę prawie największą dla użycia wewnętrznego; w chorobach umysłowych, tam, gdzie bezsenność występuje u osobników z silnem podnieceniem lub przygnębieniem, tam być może, że dawki większe mogą być koniecznemi.

Berent podaje kilka przypadków, które przebiegały z silnem podnieceniem i niepokojem, a mianowicie jeden przypadek alkoholizmu, obłędu opilczego, porażenia postępującego, kurczów macienniczych i padaczkowych, w których posuwał się do dawki 3·50 na jeden raz, a 8·0 w ciągu całego dnia i nie uważał wcale żadnych szkodliwych wyników ubocznych. Würth doszedł do takich samych wyników, używając veronalu w dawce pojedynczej po 2·50 i zużył go w przeciągu miesiąca 41 gramów.

Ja również podawałem veronal kilkanaście razy w dawkach 1·50—3·0, a przypadki te dotyczyły chorych na gruźlicę płuc. Sen był zawsze twardy, długi, trwający 9—10 godzin; czasem trudno się było chorego dobudzić, a raz po zażyciu trzech gramów przez trzy dni utrzymywała się senność i uczucie znużenia; przedmiotowych jednak zmian nie stwierdziłem żadnych.

Na 284 dawek 151 razy budzili się chorzy z przyjemnem uczuciem wyspania się i wypoczęcia; w 75 przypadkach skarżyli się po obudzeniu na różne podmiotowe przypadłości; jako to: ból, zawrót i ciężkość głowy, szum w uszach, ociężałość w członkach, zataczanie się przy chodzeniu, uczucie jak po upiciu się. Wszystkie te dolegliwości były przemijające i krótkotrwałe, a zjawiając się bezpośrednio po obudzeniu, dotyczyły przeważnie kobiet, jeżeli użyłem u nich większych dawek (1·0). Mężczyźni dopiero po dawkach 1·50 uskarżali się na niemiłe uczucie po obudzeniu się. Wogóle wyżej przytoczone przypadłości podmiotowe spostrzegałem znacznie częściej, niż inni autorowie, którzy tylko tu i ówdzie wspominają o odosobnionych przypadkach.

Jako nadzwyczajną zaletę veronalu podnoszą zgodnie prawie wszyscy autorowie tę jego właściwość, że nie działa zbiorowo; dotychczas sam tylko Fischer zanotował jeden jedyny przypadek, gdzie zbiorowe działanie było widoczne.

Rzecz, na podstawie moich badań, przedstawia się w nieco innem świetle. W 19 przypadkach (= około 10%) stwierdziłem senność, utrzymującą się kilkanaście godzin po obudzeniu się ze snu nocnego, co świadczy, że już jedna dawka może działać przez dłuższy przeciąg czasu. Kilka razy początkowe dawki nie wpływały zupełnie lub niedostatecznie, zaś po trzeciej lub czwartej dawce występowało działanie takie, jakie zwykło występować dopiero po większych dawkach, a któremu towarzyszyły zazwyczaj różne przypadłości podmiotowe. Po jedno- lub dwudniowej przerwie mijały owe objawy zbiorowego działania i chorzy tacy zażywali w dalszym ciągu veronal, nie doznając żadnych przypadłości.

Za zdolnością wywoływania zbiorowego działania przemawiałaby i ta okoliczność, spostrzegana także przez innych, że z biegiem czasu, jeżeli się weronal podaje co pewien krótki czas, wystarczają coraz mniejsze dawki do wywołania tego samego skutku.

Żeby działanie veronalu przy dłuższem jego zażywaniu stawało się słabszem, tego nie uważałem nigdy. Również nie zdradzali chorzy nigdy nawyknienia, jak to np. ma miejsce przy morfinie. Dopominali się wprawdzie niejednokrotnie o pastylki lub proszek, lecz byli to chorzy, u których lekkie dolegliwości fizyczne przez sprowadzenie snu ustępowały, n. p. kaszel u suchotników w początkowych okresach.

W przypadkach więc bezssenności, której przyczyna nie leży w przypadłościach fizycznych, jak ból, kaszel, darcie, duszność i t. p,. można się po veronalu spodziewać skutku pewnego i przyjemnego: jeżeli jednak chodzi o wyżej wspomniane dolegliwości, które choremu usnąć nie dają, to przez podanie veronalu, choćby nawet w dawce większej, sprowadzi się tylko senność, lecz nie sen. U osób takich próbowałem łączyć veronal z innym lekiem odurzającym. Aronheim podaje w takich razach „atropinum methylobromatum“ w dawce 0·002; ja jednak próbowałem łączyć go z „codeinum phosphoricum“ po 0·02 lub „dioninum“ po 0·02 i zawsze z bardzo dobrym skutkiem. W przypadkach, gdzie przez kilka dni podawany veronal z powodu kaszlu lub bólu nie sprowadzał snu, w tej kombinacyi zawsze dobrze działał. (Dok. nast.)

II. Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O pojawianiu się ciałek szpiku kostnego (myelocytów) we krwi niemowlęcej.

Podali

Dr. Tadeusz Żeleński i Dr. Teodor Cybulski
asystent kliniki. demonstrator kliniki.

(Według odczytu wygłoszonego przez Dra Tadeusza Żeleńskiego w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem w dniu 11 maja 1904).

(Dokończenie).

W zapaleniu włóknikowem i nieżytowem płuc badaliśmy krew w 16 przypadkach i znaleźliśmy 12 razy myelocyty, nieraz w ilości dochodzącej do 3%. Jednakże na-

leży zauważyć, że znaczny odsetek tych dzieci dotkniętym był równocześnie jednem z wyżej wymienionych przewlekłych cierpień, mianowicie krzywicą, lub nieżytem przewodu pokarmowego.

Tab. VII. Zapalenie płuc włóknikowe i nieżytowe.

Badanych przypadków 16.

znaleziono: myelocyty same . . . . 7 razy
„ myelocyty i ciałka czerw. z jądrami 5 „
„ ciałka czerwone z jądrami same . 1 „
wynik ujemny . . . . 3 „

L. porz.		Wiek	śledziona	liczba ciałek białych	limfocyty	neutrofile	eozyno chłonne	przejściowe	duże jednojądrz.	tuczne	myelocyty		ciałka czerw. z jądrami	
											neutrofiln.	eozynochł.	normobl.	megaloblas.
1	Bronchopneumonia. Rhachitis lev. gradus.	1 rok	—	znaczna leukocytoza	39·0	50·3	0	7·0	3·2	—	0·5	0	0	0
2	Pneumonia ambilat. in ind. rhachitico.	6 mies.	—	b. znaczna leukocytoza	19·0	68·2	0·1	7·8	1·1	—	3·0	0	0·8	0
3	Bronchopneumonia. Rhachitis min. gradus. Tumor lienis et hepatis.	7 mies.	macalna	b. znaczna leukocytoza	22·0	72·3	0	2·0	0·2	—	3·5	0	0·6	0
4	Bronchopneumonia. Rhachitis lev. gradus.	9 mies.	—	znaczna leukocytoza	69·25	26·4	3·75	6·5	1·75	—	1·35	0	0	0
5	Pneumonia crouposa.	3 tyg	—	b. znaczna leukocytoza	46·5	37·5	0·25	12·5	0·5	0·25	2·5	0	0	0
6	Bronchopneumonia ambilat., debilitas congenita.	10 dni	—	znaczna leukocytoza	30 6	37·6	2·8	14·2	3·3	—	11·5	0	2·5	1·4
7	Bronchopneumonia.	10 mies.	—	mierna leukocytoza	54·6	37·0	0·2	6·6	1·6	—	0	0	0·15	0
8	Pneumonia crouposa.	3 mies.	—	b. znaczna leukocytoza	46·7	46·2	2·5	2·8	0·4	0·2	1·2	0	0·3	0
9	Bronchopneumonia p. morbillos.	10 mies	—	znaczna leukocytoza	58·8	32·6	1·2	5·4	0·6	—	1·4	0	0	0
10	Bronchopneumonia.	14 mies.	—	mierna leukocytoza	70·0	15·5	1·25	10·0	2·5	—	0·25	0	0	0
11	Pneumonia crouposa.	2 lata	—	b. znaczna leukocytoza	24·0	69·2	0	6·0	0·3	—	0·5	0	0	0
12	Bronchopneumonia. Inanitio.	6 mies.	—	znaczna leukocytoza	62·5	25·25	0	7·75	2·5	—	2·0	0	0	0
13	Bronchopneumonia. Atrepsia, inanitio.	5 tyg.	—	znaczna leukocytoza	30·1	53·1	1·4	9·2	0·8	0·2	5·2	0	1·6	0

Badania krwi, podjęte w 5 przypadkach ostrej niestrawności u dzieci w pierwszych tygodniach życia, wykazały za każdym razem obecność myelocytów. W jednym przypadku postacie te bardzo piękne i typowe znachodziły się w ilości 5·75%. W żadnym z badanych przypadków nie znalezliśmy natomiast ciałek czerwonych z jądrami.

Tab. VIII. Dyspepsia.

Wiek	liczba ciałek białych	limfocytów	neutrofilów	eozynochłonnych	przejściowych	dużych jednojąd.	tucznych	myelocytów	
								neutrofiln.	eozynochł.
3 tyg.	mało	81·0	6·50	0·5	6·0	0·75	0	5·5	0·25
2 tyg.	mało	50	33·3	5·6	7·8	0·8	0·2	2·3	0
3 tyg.	mierna ilość	58·7	33·0	0·2	6·3	1·2	0	0·6	0
3 tyg.	mało	54·8	41·0	1·5	1·2	0·3	0·2	1·0	0
5 tyg.	mierna ilość	54·2	32	7·0	6·0	0·6	0	0	0·2

W 4 badanych przypadkach ospy wietrznej u dzieci od 6 miesięcy do 2 lat nie znaleźliśmy ciałek szpiku kostnego.

Wreszcie spotkaliśmy myelocyty w pojedynczych przypadkach odry, wyprysku i porażenia spastycznego, połączonego z ogólnym zanikiem.

U dziecka 5-tygodniowego, doskonale odżywionego, z którem rodzice zgłosili się do szpitala jedynie z powodu wodniaka, i którego krew chcieliśmy zużytkować dla badania stosunków krwi prawidłowej, znaleźliśmy obok 1·2% ciałek czerwonych z jądrami, 2·8% bardzo ładnych myelocytów.

W końcu musimy wspomnieć o niezwykłym obrazie krwi, spotkanym u 2-dniowego dziecka z wrodzonym brakiem otworu kiszki stolcowej. Liczba myelocytów wynosiła u tego dziecka 20%, a liczba ciałek czerwonych z jądrami przewyższała w dwójnasób liczbę ciałek białych. Na jednem polu widzenia spotykaliśmy po 10 ciałek czerwonych z jądrami.

Ogółem biorąc na 157 badanych chorych dzieci spotkaliśmy odczyn ciałek szpiku kostnego 97 razy. Częstość pojawiania się tego odczynu zależy w znacznym stopniu od wieku dziecka: u dzieci poniżej 2 miesięcy poszukiwanie

wypadło 28 razy dodatnio, a tylko 3 ujemnie; od 2 do 6 miesięcy — 18 razy dodatnio, a 11 ujemnie; od 6 miesięcy do roku tylko 11 razy dodatnio, a już 13 ujemnie i t. d. Zdolność zatem do tego odczynu najwybitniejszą jest w pierwszych tygodniach życia i z wiekiem stopniowo maleje.

Krew dzieci zdrowych badaliśmy w kierunku myelocytów w dwudziestu kilku przypadkach, w części na materyale naszego ambulatoryum, w części zaś za łaskawem pozwoleniem Radcy Dworu Jordana w klinice położniczej. Stwierdziliśmy, że we krwi zdrowego dziecka w pierwszych kilkunastu tygodniach życia można niekiedy spotkać myelocyty bardzo typowe; wogóle jednak pojawiają się one nawet w tym wieku w warunkach fizyologicznych rzadko i w bardzo skąpej ilości. Powyżej tego wieku wynik był zawsze ujemny.

Badając krew w kierunku myelocytów, zwracaliśmy równocześnie szczególną uwagę na pojawienie się odczynu ciałek czerwonych z jądrami i na stosunek obu tych odczynów do siebie. W przytaczanej już poprzednio pracy Geisslera i Japhy autorowie ci bardzo stanowczo występują przeciwko poglądowi, „przyjętemu przez wielu badaczy jako dogmat“, jakoby pojawianie się ciałek czerwonych z jądrami było częstem i codziennem zjawiskiem. Przeciwnie, Geissler i Japha uważają objaw ten za nader rzadki i przypisują obecności większej ilości tych postaci u dzieci, — podobnie jak u dorosłych, — ważne znaczenie w rozpoznaniu schorzenia narządów krwiotwórczych. Fakt, że między poszczególnymi autorami spotykamy tak znaczne sprzeczności w poglądach, tyczących się zjawiska tak znamiennego i nie dającego się przeoczyć, jak pojawianie się ciałek czerwonych z jądrami, wypływa chyba jedynie z braku dostatecznej ilości szczegółowych zestawień, opartych na odpowiednio obszernym materyale. Prawdopodobnie ten sam brak jest przyczyną, że poglądy na obecność ciałek szpiku kostnego we krwi dziecka tak mało są ustalone. Przekonanie to skłoniło nas do włączenia w niniejszą pracę tablic, zawierających szczegółowy obraz badań krwi opracowanego przez nas materyału.

W naszych poszukiwaniach stwierdziliśmy, że odczyn ciałek czerwonych z jądrami pojawia się nierównie rzadziej, niż odczyn ciałek szpiku kostnego. Spotkaliśmy go mianowicie:

w niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony	na 8 przyp.	8 razy
w wątłości wrodzonej	„ 6 „	4 „
w kile wrodzonej	„ 15 „	7 „
w krzywicy (bez obrzęku śledziony) .	„ 34 „	4 „
w krzywicy (z obrzękiem śledziony) .	„ 17 „	6 „
w zołzach	„ 6 „	1 „
w gruźlicy	„ 15 „	2 „
w przewlekłym nieżycie jelit . . .	„ 19 „	6 „
w zapaleniu płuc	„ 16 „	6 „
w ostrej niestrawności	„ 6 „	0 „

Jeżeli wykluczymy 8 przypadków niedokrewności niemowlęcej, to znajdziemy obecność ciałek czerwonych z jądrami 36 razy na 134 badanych przypadków, podczas gdy myelocyty spotkaliśmy u tych samych chorych 80 razy. Ilość napotykanych ciałek czerwonych z jądrami jest wogóle bardzo skąpa, wynosi zwykle ułamek odsetka (obliczanego w stosunku do ciałek białych). Ciałka czerwone z jądrami, spotykane w różnych stanach chorobowych, należą niemal wyłącznie do typu normoblastów; pojawianie się megaloblastów, — jeżeli wykluczymy przypadki ciężkiej niedokrewności niemowlęcej, — spostrzegaliśmy tylko zupełnie wyjątkowo i to w ilości minimalnej. Natomiast spotykaliśmy stale ciałka czerwone z jądrami, a zwłaszcza megaloblasty we wszystkich przypadkach ciężkiej niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony i to zwykle w znacznej ilości. We krwi zdrowych osesków spotykaliśmy niekiedy, lecz niezmiernie rzadko, w pierwszych tygodniach życia pojedyncze ciałka czerwone z jądrami.

Powyższe badania przekonały nas dostatecznie, że obecność ciałek szpiku kostnego we krwi chorych dzieci w pierwszych latach życia jest zjawiskiem nader pospolitem i pozbawionem wszelkich cech swoistości. Istota tego zjawiska stoi w ścisłym związku z omawianemi na wstępie tej pracy właściwościami krwi dziecięcej: miarowicie z ową wygórowaną zdolnością narządów krwiotwórczych dziecka do oddziaływania na wszystkie czynniki, szkodliwie wpływające na ustrój. Nasilenie tego odczynu zależy z jednej strony od przyczyn działających na ustrój; — z drugiej, — jak to mieliśmy sposobność wykazać, — od wieku dziecka, i wreszcie od indywidualnych własności danego ustroju. Co do przyczyn działających na ustrój, to najczęstszym czynnikiem, wywołującym odczyn ciałek szpikowych we krwi dziecka, będą najprawdopodobniej krążące we krwi toksyny. Widzieliśmy, jak w przypadku gruźlicy wraz z postępem choroby, a co za tem idzie wzmożonem zatruciem ustroju toksyną gruźliczą, wzrasta liczba ciałek szpikowych we krwi; za takiem pojmowaniem rzeczy świadczą również omówione poprzednio przypadki kiły wrodzonej. O ilebyśmy jednak chcieli na podstawie tego objawu ocenić ciężkość danego stanu chorobowego u dziecka i uzyskać ewentualny punkt zaczepienia przy stawianiu rokowania, musimy koniecznie brać w rachubę i pozostałe inne czynniki. Im dziecko młodsze, tem znaczenie odczynu ciałek szpiku kostnego będzie mniejsze; w pierwszych tygodniach życia obecność skąpej ilości myelocytów we krwi pozbawiona jest wszelkiego niemal znaczenia, gdyż jak widzieliśmy, może mieć miejsce i w fizyologicznych warunkach. Wreszcie odgrywa tu rolę niedająca się ująć w żadne prawidła indywidualna pobudliwość ustroju. Te własności indywidualne najlepiej spostrzegaliśmy w przypadkach kiły wrodzonej, gdzie wiek dziecka i jakość czynnika przyczynowego były w przybliżeniu jednostajne: otóż przekonaliśmy się niejednokrotnie, że tak pojawianie się, jak też ilość myelocytów, wcale nie zawsze stoi w prostym stosunku do ciężkości zmian kiłowych.

Odnośnie do znaczenia obecności myelocytów w przypadkach ciężkiej niedokrewności niemowlęcej z obrzękiem śledziony i do przytoczonych powyżej poglądów francuskich autorów, badania nasze nastręczają następujące uwagi:

Wobec łatwości i pospolitości odczynu ciałek szpikowych w różnych stanach chorobowych w pierwszych latach życia zupełnie naturalnem jest, że odczyn ten spotykamy i w niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony. Jednakże właśnie te okoliczności są powodem, że nie możemy objawowi temu przypisywać zbyt ważnego znaczenia, ani dla odgraniczenia niedokrewności niemowlęcej z obrzmie-

niem śledziony od innych pokrewnych stanów chorobowych, ani też, — jak chcą Weil i Clerc, — dla zróżniczkowania i podziału tej grupy. Zebrane przez nas tu należące przypadki świadczą bardzo wyraźnie, że odczyn ciałek szpikowych może występować w postaciach niedokrewności niemowlęcej, bardzo różnorodnych klinicznie i etyologicznie. Również tworzenie na podstawie obecności myelocytów i obrzęku śledziony wspólnej dla dorosłych i dzieci grupy chorobowej pod nazwą „splénomégalie chronique avec anémie et myelémie“ nie może być przyjęte bez poważnych zastrzeżeń. Różnica w znaczeniu obecności ciałek szpiku kostnego we krwi dzieci, a u dorosłych, jest bardzo zasadnicza. U dziecka, — jak widzieliśmy, — obecność ta może być pospolitym wyrazem oddziaływania ustroju na najróżnorodniejsze czynniki chorobowe; natomiast u dorosłych pojawianie się we krwi myelocytów jest — według dotychczasowych poglądów — zawsze wyrazem ciężkiego schorzenia samych narządów krwiotwórczych. Dlatego też obrazy chorobowe, charakteryzujące się obecnością we krwi tych postaci, nie są — u dorosłego i u dziecka — bynajmniej równowartościowe.

Zestawienia nasze, osłabiając w wysokim stopniu znaczenie obecności myelocytów we krwi dziecka, potwierdziły natomiast ważną rolę, jaką przy ocenianiu danego przypadku chorobowego odgrywa obecność odczynu ciałek czerwonych z jądrami. Pojawianie się wo krwi znaczniejszej ilości tych postaci, a przedewszystkiem ciałek czerwonych, przewyższających znacznie rozmiarami ciałka prawidłowe i zawierających duże blado barwiące się jądro, czyli t. zw. megalo- i gigantoblastów, jest zawsze dowodem, że — bez względu na to, czy obraz niedokrewności niemowlęcej wystąpił pierwotnie, czy też rozwinął się wtórnie na znanem nam tle etyologicznem, — obecnie już sprawa chorobowa krwi stała się samoistną i wystąpiła na plan pierwszy; stąd objaw ten posiada ze względu na ocenienie danego przypadku chorobowego pierwszorzędne znaczenie. Widzimy zatem, że jakkolwiek pojęcie *anaemia infantilis pseudoleukaemica* jako samoistnej jednostki chorobowej zostało z punktu widzenia jedności klinicznej i etyologicznej nieco zachwiane, to jednak zasadnicze cechy obrazu chorobowego, skreślonego przez Jakscha, zachowały do dziś dnia w zupełności swoją doniosłość.

Kończąc tę pracę, poczuwamy się do miłego obowiązku podziękowania naszemu czcigodnemu szefowi prof. Jakubowskiemu za pozwolenie korzystania z materyału szpitala św. Ludwika i ambulatoryum klinicznego.

Piśmiennictwo. 1) Jacksch: Über Leukämie und Leukocytoze im Kindesalter (Wien. klin. Wochenschr., 1889, Nr. 22) — 2) Jaksch: Über Diagnose und Therapie der Erkrankungen des Blutes (Prag. med. Wochschr, 1890). — 3) Loos: Die Anämie bei her. Syphilis (Wiener klin. Wochenschr, 1892, Nr. 20). — 4) Loos: Über die Veränderungen der morphologischen Bestandtheile des Blutes bei verschiedenen Krankheiten der Kinder (Jahrb. f Kinderheilk., 1895, T. 39). — 5) Gundobin: Über die Morphologie und Pathologie des Blutes bei Kindern (Jahrb. f Kinderheilk., 1893, T. 35). — 6) Piotrowski: O leukemii i sprawach pokrewnych (Gaz. lekars., 1898). — 7) Fischl: Über die Anämien in frühen Kindesalter (Jahrb. f. Kinderheilk., 1898). — 8) Siegert: Über die Anämien im frühen Kindesalter (Jahrb. f. Kinderheilk., 1899). — 9) Audeoud: Maladies du sang (Traité des mal. de l'enf. de Grancher, T. II). — 10) Geissler u. Japha: Beitrag zu den Anämien junger Kinder (Jahrb f Kinderheilk, 1901). — 11) Carstanjen: Wie verhalten sich die procentischen Verhältnisse etc. (Jahrb. f. Kinderheilk., 1900). — 12) Karnicki: Über das Blut gesunder Kinder (Archiv f. Kinderheilk., 1903). — 13) Weil et Clerk: Splénomégalie chronique avec anémie et réaction myeloïde du sang (Semaine medicale, 1902). — 14) Weil et Clerc: Splénomégalie chronique avec anémie et myelémie (férme infantile) (Revue mens. des maladies de l'enf, 1903). — 15) Mahar, Nau et Rose: Anémie infantile pseudoleukémique (Revue mens. des maladies de l'enf. 1903). — 16) Mosse-Grünbaum: Zur Pathologie des Blutes im frühen Kindesalter (Jahrb. f. Kinderheilk., 1904). — 17) Żeleński: O niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony (Medycyna, 1904). — 18) Wernicki: O białaczce (Przegląd lekarski, 1895, Nr. 3).

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Gaston Lyon[1]). **Pathogénie et traitement des névroses intestinales (en particulier de la „colite“ ou entéro-névrose muco-membraneuse)**[2]). (Paris. Masson et C-ie. 1904, avril. Stron 44, wielka ósemka).

Wyjaśnienie stosunku, jaki zachodzi między sprawą patologiczną, wymienioną w nagłówku, a zapaleniem wyrostka robaczkowego, oraz ustalenie pojęcia nerwicy kiszkowej w miejsce nazw, określających ją jako sprawę zapalną[3]), — oto zamiar autora i przewodni kierunek jego pracy, będącej niejako wyrazem tych ożywionych rozpraw, które świat lekarski w Paryżu prowadzi od lat kilku.

Opierając się na własnem doświadczeniu i na spostrzeżeniach innych autorów, Lyon uzasadnił obszernie swoje stanowisko, dające się streścić w następujących twierdzeniach:

Obraz chorobowy, o którym mowa, polega na zaburzeniach czynnościowych nerwu spółczulnego brzusznego, jest nerwicą wydzielniczą, ruchową i czuciową, wymagającą pewnego do niej usposobienia a wynikającą jużto: 1. z przyczyn ogólnych (nerwice wszelkiego rodzaju, wstrząśnienia układu nerwowego); jużto 2) z miejscowych, których punktem wyjścia może być:

a) sprawa kiszkowa (zapalenie wyrostka robaczkowego, nieżyty kiszkowe, rozszerzenie żył krwawnicowych, ucisk, zwężenie, zrosty itd); b) ruchoma nerka; c) cierpienia wątroby (kamica); d) cierpienia narządu rodnego (zrosty, zmiany w położeniu itd.).

Jak widzimy, autor umieszcza zapalenie wyrostka robaczkowego w szeregu przyczyn tej nerwicy. „Pomiędzy przyczynami miejscowemi — mówi on — jest jedna, która zajmuje nas szczególnie ze względu na swe znaczenie praktyczne, mianowicie zapalenie wyrostka robaczk. Należy bowiem sprawę tę uważać nie za powikłanie, ale przeciwnie, za jedną z przyczyn najczęstszych i najdonioślejszych“. Jak zobaczymy, zdanie to różni się od zapatrywania większości autorów francuskich. Jakkolwiek bowiem wszyscy oni niemal jednogłośnie zgadzają się na to, że jednoczesna obecność obu tych spraw chorobowych u jednych i tych samych osobników często daje się stwierdzić, to jednakże skłonni są przypuszczać, że zapalenie wyrostka robaczkowego jest raczej powikłaniem, następstwem, a nie przyczyną tego drugiego cierpienia

Zatrzymajmy się więc dłużej nad szczegółami, będącymi w związku z tem zagadnieniem.

Dowiadujemy się, że w r. 1891 Simon („Bulletin médical“) wypowiedział zapatrywanie, że zapalenie wyrostka robaczkowego rozwija się często w przebiegu sprawy, znanej jako błoniaste zapalenie okrężnicy. Zapatrywanie to popiera w rok później Talamon. W r. 1896 w „Société de chirurgie“ zastanawiano się obszernie nad tym przed-

[1]) Tegoż autora: L'entéro-colite muco-membraneuse 1900. Paris Masson et C-ie.

[2]) Jestto 37 z rzędu w seryi monografii klinicznych, wydawanych pod kierunkiem dra Critzmana. (Monographies cliniques sur les questions nouvelles en médecine, en chirurgie, en biologie).

[3]) Enteritis membranacea, colitis muco-membranacea etc.

miotem. Między innymi zaznaczył Walther, że u 11 jego pacyentów zapalenie wyrostka robaczkowego rozwinęło się w następstwie przewlekłego zapalenia jelitowego — okrężnicowego, a Jalaguier sądzi, że jest ono bardzo często pozostałością ostrego nieżytu jelitowego, jak niemniej błoniastego zapalenia okrężnicy. Tuffier, Mathieu, Beurnier, Siredey i w. in. oświadczają, że poczynili także podobne spostrzeżenia. Reclus wspomina o chorym, który na 2 lata przed wybuchem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego przebył ciężkie śluzowo-błoniaste zapalenie kiszek. Tenże autor ogłosił w „Semaine médicale“ (1897, czerwiec) 21 przypadków zapalenia wyrostka rob., z których 12 poprzedzało śluzowo-błoniaste zapalenie kiszek. Vorbe ogłasza takich przypadków 27. Talamon powiada, że zaburzeniem, które bywa bardzo często zwiastunem zapalenia wyrostka robaczkowego, jest śluzowo-błoniaste zapalenie okrężnicy — i że ta sprawa jest prawie niezbędnym objawem przewlekłego, nawrotowego zapalenia wyrostka robaczkowego. Mathieu (Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin) stwierdza, że z pomiędzy chorych, miewających nieraz i po parę lekkich napadów zajęcia wyrostka robaczkowego w ciągu roku, jedni okazują objawy uporczywego zaparcia stolca, drudzy objawy śluzowo-błoniastego zapalenia okrężnicy. W okresach wolnych od napadów badanie nie wykazuje żadnych zmian w okolicy prawego talerza biodrowego, albo jedynie nagromadzenie kału, lub kiszkę macalną, grubą, jak w zwyczajnych przypadkach tak przewlekłego zaparcia stolca, jak śluzowo-błoniastego zapalenia kiszek. Jedyną statystyką w rzeczonym przedmiocie jest zestawienie, uczynione przez Bernarda (1100 chorych na śluzowo-błoniaste zapalenie kiszek, z których 6,9%, a w wieku dziecięcym 11%, cierpiało na zapalenie wyrostka robaczkowego).

Jedyny z autorów francuskich Dieulafoy (Ac. de médecine, 1897, 13 avril) nie wierzy w jakikolwiek związek przyczynowy między temi schorzeniami. Jego zdaniem błoniaste zapalenie kiszek nie upoważnia wcale do obaw zapalnego schorzenia wyrostka robaczkowego. Zgadza się jedynie na to, że w przypadkach, o których mowa, chodzi o zapalenie jelita ślepego *(typhlitis)*, a nie o zapalenie wyrostka robaczkowego, — dwa pojęcia różne. Widział on blizko 800 chorych na zapalenie okrężnicy, a u żadnego z nich nie było mowy o zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Autorowie, którzy fakt łączności obu omawianych spraw chorobowych uważają za dowiedziony, zauważyli, że zapalenie wyrostka robaczkowego przybiera w tych razach postać przewlekłą, a tylko wyjątkowo ma charakter ostry, groźny.

Jaki obraz kliniczny przedstawiają ci chorzy? W jaki sposób kształtuje on się wobec jednoczesności objawów jednych i drugich? Kiedy będziemy mieli prawo rozpoznać: zapalenie wyrostka robaczkowego łącznie z błoniasto-śluzowem zapaleniem kiszek?

Zdaniem Walthera rozpoznanie nie jest łatwe. „Wśród zaburzeń jelitowych należy nieraz — mówi on — do zadań bardzo trudnych wykreślić dokładną granicę między tem, co mamy kłaść na karb wyrostka, a tem, co przemawia jedynie za zapaleniem okrężnicy. Zapalenie wyrostka pociąga za sobą już samo przez się zaburzenia, często analogiczne z zaburzeniami, spowodowanemi przez zapalenie kiszek, a jedynie dłuższe spostrzeganie pozwala na ustalenie rozpoznania subtelnego“.

Chorzy, cierpiący na śluzowo-błoniaste zapalenie kiszek, — powiada Beurnier, — uczuwają po krótszym lub dłuższym czasie (często dopiero po paru latach) ból tępy w okolicy punktu Mac-Burneya, ból, który zwiększa się w razie przepełnienia żołądka, czy jelit, który staje się dotkliwszym pod wpływem ucisku, a rozpromienia się w kierunku otworu stolcowego, wzdłuż sznurka nasiennego, ku biodru, wzdłuż uda, ku dołkowi podsercowemu, lub pępkowi. Staje się on prawie bezustannym, czasem zaostrza się bez wyraźnej przyczyny lub po zmęczeniu fizycznem. Chorzy dość dobrze umieją odróżniać ból ten od bolu wskutek zapalenia okrężnicy, mającego charakter przepuszczający. Równocześnie pojawiają się zaburzenia żołądkowe (nudności, wymioty, obłożenie języka). Ciepłota bywa zwykle umiarkowana 38°—38,5°.

Jest więc zasadą, że cierpienie wyrostka robaczkowego nie wybucha gwałtownie, ale przeciwnie, rozwija się zwolna, podstępnie, bez wzdęć, bez oporu mięśniowego, bez objawów otrzewnowych, przyczem jednak badanie pozwala stwierdzić ból i bolesność w punkcie Mac-Burneya, który zależnie od zrostów może ulegać przesunięciu. Przy obmacywaniu znachodzimy zwykle mniejszy lub większy naciek — już to w postaci ciała kulistego, już to — i to najczęściej — w postaci postronka. Nawroty są nieuniknione i zwykły powtarzać się tak długo, dopóki nie postanowimy wykonać zabiegu operacyjnego.

Różniczkowanie:

1) Chorzy skarżą się na ból bardziej ograniczony, bardziej uporczywy niż zwykle, gdy podlegają napadom bolów z powodu zapalenia okrężnicy (gdy więc ból rozciąga się wzdłuż całego jelita ślepego i poprzecznicy).

2) Napad nie ustępuje po wypróżnieniu, jak to ma miejsce przy zapaleniu okrężnicy.

3) Badanie wskazuje na umiejscowienie bolu i daje nam anatomiczne jego wyjaśnienie.

4) Badanie przez pochwę i przez odbytnicę pozwala wykluczyć cierpienia części rodnych.

Rokowanie jest względnie korzystne. Przebicia nie spotyka się, chyba wyjątkowo, co wobec sprawy przewlekłej, wobec długotrwałego wytwarzania się zrostów ochronnych i tkanki łącznej, łatwo jest zrozumiałe. Z drugiej strony nawroty nie mają końca. Zapalenie okrężnicy zaś nie ustępuje tak długo, dopóki istnieje zajęcie wyrostka robaczkowego, które ze względu na zrosty jest samoistnie nieuleczalne; wywołuje ono odruchowo zaburzenia żołądkowe, oraz układu nerwowego i trwa tak długo, dopóki nie usuniemy wyrostka.

Wszyscy autorowie zgadzają się na to, że zabieg operacyjny jest wskazany, gdyż obie sprawy wzajemnie się w końcu podtrzymują, bez względu zresztą na porządek chronologicznego ich powstania, — jakkolwiek większość autorów, wychodząc z założenia, że zapalenie wyrostka robaczkowego jest powikłaniem dawniejszego cierpienia kiszki grubej [4]), dzięki przenoszącemu się „per continuitatem“ procesowi zapalnemu, przeczy, ażeby usunięcie wyrostka było czynnikiem, usuwającym zarazem doszczętnie objawy ze strony jelita grubego.

Doniosłość jednak operacyi zwiększa się znacznie zdaniem Lyona, uważającego zapalenie wyrostka robaczkowego za sprawę pierwotną, a nie odwrotnie. Dlatego to rozstrzygnięcie zagadnienia następstwa chronologicznego obu procesów jest dlań rzeczą wagi pierwszorzędnej. Gdyby w tym względzie słuszne były zapatrywania autorów, to już przedewszystkiem teorya nerwicy, jak Lyon przyznaje, narażona byłaby na zarzut poważny. O ile ostatecznie możnaby i w tym razie przyjąć możliwość zmniejszenia się odporności wyrostka robaczkowego w następstwie schorzenia jelita grubego, bez względu na naturę tego schorzenia, — to jednak przenoszenie się sprawy „per continuitatem“ wskazywałoby na tożsamość procesu w jednym i w drugim narządzie, a to wydaje się autorowi w najwyższym stopniu wątpliwem. Sekcye chorych na błoniaste zapalenie okrężnicy należą do faktów wyjątkowych. Autorowi znane są z piśmiennictwa tylko dwie; obie dowo-

[4]) Robin przyczyny obu cierpień dopatruje w nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego. Wzmożona kwasota, zdaniem jego, wywołuje zaparcie stolca, skutkiem tego rozwija się śluzowo-błoniaste zapalenie kiszek. Wciąż przeładowane kałem jelito ślepe cierpi wraz z wyrostkiem, czego następstwem jest powstanie w nich sprawy zapalnej. Wyrostek, dzięki swej budowie, staje się niezwykle korzystną siedzibą rozwoju drobnoustrojów, nie dziw też, że im ulega.

dzą, że zmiany na błonie śluzowej jelita grubego są minimalne, niewystarczające, zdaniem autora, aby uwierzyć można w ich zdolność szerzenia procesu zapalnego. Nadto w trzech przez Souligoux operowanych przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego wraz z równoczesnem zapaleniem błoniastem okrężnicy, stwierdził Lyon, że zmiany w sąsiedztwie wyrostka w kiszce ślepej były nieznaczne w porównaniu ze zmianami, znalezionemi w samymże wyrostku. Odpowiedzi na pytanie, które ze zmian należy uważać za pierwotne, szuka autor przedewszystkiem w długoletniem doświadczeniu własnem. Zdaniem jego różnica zapatrywań wynika poprostu stąd, że owo zapalenie wyrostka robaczkowego, wyprzedzające nieraz znacznie objawy, świadczące o błoniastem zapaleniu okrężnicy, — bywa najczęściej przeoczone, jako cierpienie małego natężenia o charakterze bardzo przewlekłym. W większości licznych przypadków, spostrzeganych przez autora, chorzy tacy od krótszego lub dłuższego czasu, nieraz od dzieciństwa, doznawali różnorakich zaburzeń żołądkowych, jelitowych, jakoteż zaburzeń nerwowych. Wybitnych napadów zapalenia wyrostka robaczkowego mogą nie okazywać, jakkolwiek wywiady przynoszą nam nieraz znamienne wyjaśnienia.

1. Co do żołądka. Obok innych, wskazówką będzie skłonność do nudności, wymiotów, dajmy na to po znużeniu fizycznem itd. (u kobiet zwłaszcza w czasie miesiączkowania).

2. Ze strony jelit pojawiać się mogą typowe objawy zapalenia okrężnicy: uporczywe zaparcie stolca, wydzielanie błon rzekomych bądź stale, bądź napadowo; po zaparciu następuje często naprzemian biegunka, stolce bywają niezwykle cuchnące. Bole brzucha bywają dość rozlane, nie ograniczają się bynajmniej do prawej strony; cechującym może być jednak ból, wywołany uciskiem, zwłaszcza gdy ból ten w okolicy punktu Mac-Burneya utrzymuje się czas jakiś po obmacywaniu (Walther), zarówno jak nudności pod wpływem ucisku na ten punkt (Lyon). Dlatego, zwłaszcza gdy się znajdujemy wobec chorego w czasie wolnym od dolegliwości, gdy nic sprawy wyrostkowej nie zdradza, należy zawsze spróbować, czy nie uda się nam wywołać bolu charakterystycznego.

3. Ze strony układu nerwowego spotykamy u tych chorych objawy rozliczne, jak brak wytrzymałości fizycznej, usposobienie niecierpliwe itd., wreszcie zwątpienie w swe zdrowie, gdy najsurowsza dyeta nie przynosi zapowiadanego zbawiennego wpływu na zaburzenia, które dalej trwają.

Otóż, jeżeli tak często właściwe rozpoznanie nie zostaje uczynione, to dzieje się, zdaniem autora, dlatego, że:

1. Lekarze dotychczas mało są obeznani z postacią przewlekłą zapalenia wyrostka robaczkowego, z jego objawami początkowymi i z przebiegiem długim (25 lat przypadek Siredeya, 30 lat przypadek Lyona).

2. Dlatego, że wyjątkowo tylko jest się świadkiem pierwszych początkowych objawów choroby, a szczegóły, podawane przez chorych, tylko z trudnością pozwalają odróżnić poszczególne okresy jej rozwoju. Napady podostre zapalenia wyrostka robaczkowego są zawsze przez nich uważane za objawy niestrawności, cierpienia jelit, trąbek, wątroby itd.

3. Dlatego, że często zaniedbuje się zbadać okolicę wyrostka.

„Należy zawsze, — powiada autor, — podejrzywać zapalenie wyrostka robaczkowego u chorego z mniej lub więcej uporczywem zaparciem stolca, gdy przytem pojawiają się błony rzekome, gdy nadto przyłączają się zaburzenia żołądkowe, gdy występują po znużeniu fizycznem bole strzykającej w okolicy prawego talerza biodrowego; gdy chory doznane uczucia ciągnienia (zrosty); gdy napadom bolów brzusznych towarzyszy podniesienie ciepłoty, choćby małego stopnia; gdy w chwili napadu istnieje bolesność w punkcie Mac-Burneya, zwłaszcza pod wpływem ucisku, bolesność, wywołująca uczucie nudności, zdradzająca się zmianą w wyrazie twarzy chorego; gdy w tejże okolicy istnieje przeczulica skórna; gdy wreszcie nie stwierdzamy żadnej innej uwagi godnej przyczyny na wytłómaczenie objawów zapalenia błoniastego okrężnicy“.

„W przypadkach zapalenia okrężnicy bez zajęcia wyrostka robaczkowego bóle umiejscowiają się przeważnie wzdłuż poprzecznicy, w sąsiedztwie pępka; występują prawie wyłącznie wraz z potrzebą oddania stolca, lub w chwili jego oddawania, a następstwem ich bywa wydalenie pewnej ilości błon rzekomych. Bole, umiejscowione w prawej połowie brzucha i występujące bez względu na stolec, — zawsze są podejrzane“.

Ostatecznie więc na podstawie przypadków z własnej obserwacyi, jak i znaczniejszej liczby (w ostatnich czasach) spostrzeżeń innych autorów [5]), Lyon uważa swój wniosek za zupełnie uzasadniony, że w istocie przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego należy do najczęstszych i najpoważniejszych przyczyn, wywołujących cierpienie, znane pod nazwą: „colitis mucomembranacea“, a to drogą nerwu spółczulnego przez sprowadzenie skurczu, zaparcia stolca, nadmiaru wydzieliny śluzowej.

Fakt zresztą ustępowania w wielu przypadkach objawów ze strony kiszki grubej po usunięciu wyrostka robaczkowego jest jednym z najważniejszych argumentów autora na korzyść tego zapatrywania.

Przedstawiwszy następnie z kolei znaczenie innych czynników w patogenezie błoniastego zapalenia okrężnicy (ruchoma nerka, kamica żółciowa, cierpienia narządów rodnych, schorzenia układu nerwowego itd.), przechodzi autor do leczenia, które musi być w ścisłem znaczeniu słowa przyczynowem, zastosowanem do każdego przypadku. Rozdział o leczeniu traktowany jest bardzo wyczerpująco i zapewne zajmie wszystkich, którzy zechcą go dokładnie poznać. Nadmienię tylko, że co się tyczy dyetetyki w ogólności, uważa tu autor dyetę mleczną za przeciwwskazaną.

„Dyeta mleczna, — mówi on, — zawodzi u przeważnej liczby tych chorych. Powiększa zaparcie stolca, sprowadza dokuczliwe wzdęcia itd., do tego stopnia, że nieznoszenie mleka uważamy, — jeśli tak wolno się wyrazić, — za cechujące w tem cierpieniu grubej kiszki“ [6]).

Co do przepłókiwań jelita, stanowiących w oczach wielu lekarzy niejako podstawę leczenia, — autor przestrzega przed ich nadużyciem, uważając 2 przepłókania tygodniowo za wystarczające.

W szczególności zgodnie ze swemi zapatrywaniami, wyżej wyłuszczonemi, poleca z jednej strony leczenie elektrycznością [7]), — z drugiej strony zabieg chirurgiczny wszędzie, gdzie stwierdzić się daje bolesność w okolicy wyrostka robaczkowego i wogóle objawy przewlekłego zapalenia tego narządu, zwłaszcza, że medycyna wewnętrzna nie posiada sposobu usunięcia tego procesu chorobowego, a łóżko, dyeta i inne środki, dobre chwilowo, ostatecznie stwarzają rodzaj błędnego koła, a nawrotom zapobiedz nie zdołają. *Dr. Witołd Ziembicki.*

Paryż, w czerwcu 1904.

IV. Wyciągi.

Prof. Schatz. **Kiedy występuje poród?** (*Arch. f. Gyn.*, tom 72). Usiłowania celem znalezienia metody, zapomocą której możnaby przynajmniej do pewnego stopnia oznaczyć ostateczny termin, czy dzień porodu, nie wydały na razie owoców dodatnich. Ani

[5]) N. p. Soupault et Jonaust: »Pathogénie de l'entérite muco-membraneuse«. Soc. médicale des Hôpitaux, 1904 marzec, gdzie przytoczono 21 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, powodujących błoniaste zapalenie kiszek.

[6]) To samo spostrzeżenie uczynił Glénard, dla którego też absolutne nieznoszenie mleka jest cechującem przy opadnięciu trzew.

[7]) Jużto prądem stałym metodą Doumera (Bulletin de la Société française d'électrothérapie 1901 Oct.), jużto prądem stałym i przerywanym, metodą Delherma (Le traitement par l'électricité de la constipation habituelle et de la colite muco-membraneuse. Thèse de Paris. 1903).

znanie dnia, choćby spółkowanie tylko raz jeden dokonane było, ani też dnia zastąpienia (z bezpośrednich objawów), ani wreszcie liczenie od dnia ostatniej miesiączki, nie są w stanie dać nam pewnych wyników. Główną przeszkodę stanowi tu wielka rozmaitość w czasie trwania ciąży nie tylko u rozmaitych kobiet, ale nawet u jednej i tej samej osoby. Starano się ten indywidualny czas trwania ciąży dla danego osobnika i dla danej ciąży znaleźć w ten sposób, że jako podstawę przyjmowano 10 ostatnich okresów miesiączkowych, które poprzedziły zastąpienie, albo jeżeli się ich nie znało, przynajmniej okres ostatniej miesiączki, który następnie mnożono przez 10, i cały ten czas liczono od względnie znanego dnia zastąpienia lub ostatniej miesiączki. Obliczenia te dały tylko częściowo dobre wyniki; nie mogły jednak stanowić metody jednolitej, gdyż peryodyczność w ustroju kobiety jest w czasie ciąży zupełnie inna, aniżeli przedtem, a nawet ulega zmianom w czasie ciąży samej. Autor szukał tej indywidualnej peryodyczności w przebiegu każdej danej ciąży i to głównie w jej końcowym terminie. Z wielu peryodyczności, których w ustroju kobiety jest dużo, mimo że nie posiadają jednakiego rytmu, a które mogłyby być użyte w celu oznaczenia terminu porodu, wydawała się najpewniejszą peryodyczność bolów (skurczów) macicy, występujących zawsze w czasie trwania każdej ciąży. Istotnie, znając je, można termin porodu oznaczyć co do dnia z nadzwyczajną ścisłością. Niestety, metoda ta może być użytą tylko w małej liczbie przypadków, gdyż ciężarne, szczególnie pierwiastki, bolów tych w czasie ciąży albo zupełnie nie odczuwają, albo tylko niewyraźnie i rzadko. Trzeba więc było szukać za inną peryodycznością, występującą również w czasie samej ciąży, a któraby peryodyczność skurczów macicy w ciąży jużto uzupełniała, jużto zupełnie zastąpiła. Obliczenia te uskuteczniał autor na podstawie peryodyczności tętniczego ciśnienia krwi, albowiem ta wydawała mu się najbliższą peryodyczności miesiączkowania i skurczów macicy. Tę ostatnią wykazał autor w bardzo obszernej pracy p. t. „Złe bóle i centralne regulowanie skurczów macicy“. Ponieważ praca ta pozostaje w ścisłym związku z całą powyższą kwestyą, nadto jest obecnie aktualną i bardzo zajmującą, pozwolę sobie najprzód w krótkości ją streścić. Na podstawie bardzo dokładnych spostrzeżeń doszedł Schatz do przekonania, że w całym przebiegu ciąży, a głównie w drugiej jej połowie, występują okresowe skurcze macicy w ściśle oznaczonych terminach, dające się najczęściej stwierdzić przez dotyk. Ciężarne, szczególnie pierwiastki, nie zdają sobie z nich sprawy, a odczuwają je dopiero wtedy, gdy wywołują bole. Przecież i bole poporodowe występują u każdej położnicy, a odczuwa je tylko pewna część wieloródek. Te okresy bolów, czy skurczów macicy są analogiczne z okresami miesiączkowymi i występują najczęściej z typem 4-tygodniowym; a więc 12, 8, 4 tygodnie przed porodem. Podobieństwo do okresów miesiączkowych leży i w tem, że okresy skurczów macicy w ciąży ulegają często podziałowi tak, że je można stwierdzić 2 tygodnie, tydzień, $3^1/_2$ dni, $1^3/_4$ dni przed prawdziwymi bolami porodowymi. Mniej częstem jest typ 6-, względnie 3-tygodniowy z podziałem $10^1/_2$, $5^1/_4$, $2^5/_8$, $1^5/_{16}$ dni przed porodem. Czasem zdarza się że z całego tego szeregu okresów wypadają pojedyncze terminy, przynajmniej dla obserwacyi tak, że n. p. skurcze wystąpią 8 i 2 tygodnie przed porodem, zawsze jednak w terminie, ściśle odpowiadającym pewnemu typowi. Z końcem ciąży podziały okresów są coraz liczniejsze tak, że jeden okres skurczów może przejść bezpośrednio w drugi. Jeżeli takie skurcze macicy, które więc należą do ciąży, wystąpią krótki czas przed bolami porodowymi, robią wrażenie, jak gdyby również należały do czynności porodowej. Spostrzeżenie to tłómaczy nam, dlaczego czasem mimo braku jakiejkolwiek przeszkody porodowej bole trwają tydzień i dłużej, a poród się pozornie przewleka i nie postępuje. Tu więc nie idzie o „złe bole“, lecz tu wogóle jeszcze się czynność porodowa nie rozpoczęła, jak to najczęściej można stwierdzić cierpliwem wyczekiwaniem, gdyż z chwilą rozpoczęcia się prawdziwych bolów porodowych, poród kończy się w krótkim czasie i prawidłowo. Rozpoznanie takiego stanu ważne jest i ze względu na leczenie, które w celu szybkiego ukończenia niepostępującego porodu prowadzi nieraz do ciężkich nawet zabiegów operacyjnych i naraża kobietę zupełnie niepotrzebnie na wielkie czasem niebezpieczeństwo. Rolę regulatora w występowaniu skurczów macicy odgrywae ośrodek skurczowy i ośrodek hamujący skurcze. Czy i termin porodu pozostaje w ścisłym stosunku do owych ośrodków, czy wogóle poród występuje o domniemanym czasie okresu miesiączkowego, to wykażą dalsze spostrzeżenia i badania. Ponieważ więc peryodyczne skurcze macicy, występujące w czasie całej ciąży, uchylają się bardzo często od świadomości ciężarnych i obserwacyi badającego, przeprowadził Schatz szereg badań nad peryodycznością tętniczego ciśnienia krwi w ciąży, i dla ich uwidocznienia podaje 31 tablic z krzywemi, na których notowana jest i peryodyczność skurczów macicy i które wykazują, że tą drogą można istotnie termin porodu utrafić często prawie na dzień. O ile krzywa ciśnienia krwi zdradza także indywidualną dla danej ciąży peryodyczność skurczów macicy, udaje się czasem wprost oznaczyć czas trwania ciąży i dzień porodu, a mianowicie w przypadkach, gdzie zastąpienie nastąpiło na szczycie fali ciśnienia krwi, względnie fali miesiączkowej tak, że okresy ciśnienia krwi (miesiączkowe) i okresy skurczów macicy przez cały czas ciąży zupełnie się pokrywają. Liczba miesięcy ciąży pozostaje zawsze ta sama, t. j. 10 dla okresów z typem 4-tygodniowym, a 13 z typem 3-tygodniowym (21 dni). Bardzo zajmującym jest nadto ten rozdział niniejszej pracy, w którym się autor zastanawia nad istnieniem fizyologicznego miesiąca i tygodnia. Że one istnieją, za tem przemawia okresowość nie tylko powyższych objawów, ale i wielu innych czynności ustroju i to tak u kobiet, jak i u mężczyzn. Wreszcie autor omawia wpływ księżyca i peryodyczności napięcia elektrycznego w powietrzu na peryodyczność w naturze organicznej w ogólności, a w ustroju ludzkim w szczególności. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Ahrens. **Przypadek wyleczenia ciężkiej białaczki śledzionowej z dużym obrzękiem śledziony zapomocą promieni Roentgena.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 24, 1904). Pierwszym był Senn w Chicago, który to leczenie stosował w białaczce. Autor zastosował je u 27-letniego pacyenta z olbrzymim obrzękiem śledziony, u którego stosunek ciałek białych do czerwonych był 1:1. Choroba datowała się od $1^1/_2$ roku, a chory przypisywał powstanie jej zaziębieniu, które nastąpić miało po nużącym biegu. Autor naświetlał codziennie śledzionę przez 5—10 minut, kości długie i mostek przez 1—2 minut, używając bardzo twardych rur i silnego prądu. Po 20 posiedzeniach nastąpiło znaczne polepszenie stanu ogólnego, po 35-em posiedzeniu śledziona była zaledwie wybadalna pod łukiem żebrowym; po 40-tem posiedzeniu stosunek ciałek białych do czerwonych był prawidłowy, bo 1:525; po 50-tem posiedzeniu śledziona była zupełnie niemacalna. Po 3-miesięcznem leczeniu pacyent został wypuszczony z opieki, przyczem otrzymał dalsze wskazówki lecznicze i higieniczne, oraz polecenie poddawania się co 2—3 tygodni badaniu krwi i 2—3 naświetlaniom. Gdy po miesiącu stan krwi i zdrowia utrzymywał się niezmieniony, pacyent zupełnie zaniechał stosowania się do przepisów. Atoli już w 10 dni potem po wysilającym marszu i przeziębieniu się wystąpił nawrót choroby, której chory z powodu bezskuteczności leczenia uległ. Autor wyraża zdanie, że naświetlenie Roentgenowskie uczyniło nieszkodliwą przyczynę, wywołującą zmiany chorobowe i że dopiero po ponownem wprowadzeniu czynnika chorobowego od zewnątrz lub odżyciu przyczyny, tkwiącej wewnątrz, sprawa się odnowiła. *Blassberg.*

Prof. Zweifel. **Przyczynek do wytłómaczenia drgawek porodowych.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 72). Omówiwszy krótko dotychczasowe piśmiennictwo tego przedmiotu, przechodzi autor do swoich badań, których celem było wyszukanie trucizny, wywołującej chorobę. Szukał jej w moczu, który poddawał bardzo dokładnemu rozbiorowi jakościowemu i ilościowemu. Badania wykazały, że w przebiegu drgawek porodowych ilość mocznika jest znacznie zmniejszoną w stosunku do całej ilości azotu i że im większą jest ilość białka, tem mniejszą mocznika i amoniaku; na odwrót, w miarę wzrostu ilości mocznika, zmniejsza się ilość białka i sprawa chorobowa ma się ku lepszemu. Z dokładnych więc i częstych oznaczeń ilości białka możemy mieć miarę ilościowego zachowania się mocznika i ważną wskazówkę dla rokowania. Autor przypuszcza, że tu idzie o jakieś przeszkody w utlenianiu białka, którego ostatecznym wytworem przemiany materyi w warunkach prawidłowych jest mocznik. W miarę, jak utlenianie to staje się lepsze, spada ilość białka, mocznik się wzmaga, rokowanie staje się korzystniejsze. Badając dokładniej i zastanawiając się nad stosunkiem kwasów i zasad we krwi i moczu, wyraża autor przypuszczenie, że ową trucizną, wywołującą drgawki porodowe, jest jakiś kwas organiczny, krążący we krwi tych kobiet (może kwas mlekowy). Za upośledzeniem utleniania białka ma także przemawiać fakt, że im sprawa chorobowa ma przebieg cięższy, tem ilość siarczków jest mniejsza, a ilość obojętnych siarkanów większa. W drugiej części swej pracy stara się autor wyciągnąć z powyższych badań jakieś wnioski lecznicze i to przedewszystkiem w znaczeniu zapobiegawczem. O ile trudno sobie wyobrazić, aby u zdrowych ciężarnych rzecz dotyczyła utrudnionego dowozu tlenu odrazu do całego ustroju, o tyle można to przyjąć dla pojedynczych narządów, n. p. upośledzenie utleniania w macicy. Inna rzecz, jeżeli już wystąpi pierwszy napad drgawek, wtenczas dowóz tlenu do krwi może być czasowo zupełnie odcięty. To nam tłómaczy, dlaczego każdy napad drgawek pogarsza rokowanie, a z drugiej strony, dlaczego niektórzy stosują wdychiwania tlenu, a następnie stwierdzają polepszenie stanu ogólnego. Na powstanie drgawek składa się prawdopodobnie kilka przyczyn, które przyczyniając się do upośledzenia utleniania, zatruwają ustrój

produktami częściowego tylko spalenia białka. Tu należą i zmiany w nerkach, które wywołując zastój w odpływie moczu, prowadzą do tem szybszego nagromadzenia się w ustroju powyższych wytworów. Nie mniej ważną jest również i sprawa odżywiania ciężarnych, gdyż materyałem, który właśnie ulega w ustroju spaleniu, jest pożywienie. Nie ma wątpliwości, że potrawy cukrowe, mączne i tłuszcze łatwiej się spalają, aniżeli białko i dlatego, kto wie, czy ciężarne, jedzące dużo mięsa, nie są bardziej narażone na powstanie drgawek, aniżeli odżywiające się głównie pokarmami roślinnymi. Do tego należy prawdopodobnie odnieść polepszenie choroby nerkowej po podaniu dyety mlecznej u ciężarnych, cierpiących na białkomocz. Celem szybkiego związania kwasów, powstałych przy niedostatecznej przemianie materyi, potrzebną jest również odpowiednia ilość istot alkalicznych; ważną więc jest rzeczą, ażeby ustrojowi ciężarnych doprowadzić odpowiednią ilość owoców i jarzyn, które właśnie zawierają owe substancye alkaliczne. Pewne znaczenie ma tu także oddychanie płodowe, które wskutek odbierania ustrojowi matki tlenu, a oddawania kwasu węglowego, może się również przyczynić do upośledzenia utleniania. Do tego należy może częściowo odnieść i to, że drgawki ze szczególnem upodobaniem występują w przebiegu ciąży bliźniaczej. Nadto ciąża bliźniacza i silnie napięte powłoki brzuszne, szczególnie u pierwiastek, mogą wpłynąć na upośledzenie krążenia w narządach podbrzusza, a więc i wpłynąć na czynność nerek, lub przez ucisk na drożność moczowodów. To też ze względu na ważne znaczenie zmian w nerkach należy zapobiegawczo u każdej ciężarnej w ostatnich 2—3 miesiącach ciąży badać co 14 dni mocz, czy nie zawiera białka. Z chwilą wybuchu drgawek poleca autor lemoniadę z winianu potasowego lub sodowego 2%, dalej podskórne wstrzykiwania 0·5% rozczynu dwuwęglanu sodowego z 0·5% rozczynem soli kuchennej. Polecenia godne są również upusty krwi celem obniżenia ciśnienia i usunięcia choćby częściowego trucizny, która nie może w zupełności odejść drogą nerek. Uśpienie należy w zasadzie zarzucić, szczególnie chloroformowe, a zastosowywać jedynie tylko przy operacyjnem rozwiązaniu rodzącej; również należy ograniczyć stosowanie morfiny, a w każdym razie nigdy ponad dawkę maksymalną. Zawijania w mokre prześcieradła i kąpiele lepiej zastąpić zabiegiem innym, w danym razie znacznie prostszym: chorą przykrywa się wełnianym kocem, długim z obu stron aż do podłogi; a pod nim, naturalnie przy zachowaniu ostrożności, zapala się lampkę spirytusową. Dalszych wyników lub choćby polepszenia stanu chorobowego po silnem nawet poceniu się chorych autor nigdy nie zauważył, raczej czasem pogorszenie. Ze względu na leczenie położnicze wykazuje autor statystycznie, że natychmiastowe rozwiązanie ciężarnej daje znacznie lepsze wyniki, aniżeli leczenie wyczekujące. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Lancereaux. **Leczenie tętniaków żelatyną.** (*Gazette médicale de Paris*, Nr. 28). Na tej podstawie, że zdarzają się szczęśliwe przypadki samowyleczenia tętniaka aorty dzięki wytworzeniu się skrzepu w rozstrzeni tętniczej, autor sądzi, że lekarza zadaniem w tych beznadziejnych przypadkach powinno być naśladowanie przyrody, t. j. ułatwianie wytworzenia się skrzepu przez zwiększanie krzepliwości krwi. Na tej teoretycznej zasadzie oparli autor i Paulesco swoją metodę leczenia tętniaków wstrzykiwaniami podskórnemi rozczynu żelatyny; metoda ta, zastosowana w 17 przypadkach, nie wywołała ani jednego szkodliwego wypadku, a natomiast wywarła wpływ dodatni: 1) łagodząc dolegliwe bóle, towarzyszące tętniakom aorty; 2) wywołując stwardnienie i zwężenie rozstrzeni tętniczej i 3) umożebniając chorym powrót do zajęć zawodowych, z warunkiem, że unikać będą takich wysiłków, któreby wywołać mogły odklejenie się skrzepu. Rozczyn żelatyny, którym autor posługuje się do wstrzykiwań podskórnych, składa się z 1000,0 wody przekroplonej, 7,0 soli kuchennej i 25,0 żelatyny.— Żelatyna powinna być wyborowa; rozczyn należy wyjałowić — nawet parę razy — w autoklawie pod ciśnieniem i w cieplocie 110° do 115° C. Wstrzykiwania wykonywać co 4—5 dni po 200,0 rozczynu na jeden raz. Trzymając się ściśle tych prostych przepisów, autor i Paulesco nigdy nie spostrzegali tych mniej lub więcej groźnych następstw, przypisywanych tej metodzie, a jeśli który z badaczy je stwierdził, to powikłania te należy przypisać tylko wadliwemu przygotowaniu rozczynu. Ostateczne wyniki autora są następujące: 1) metoda leczenia tętniaków aorty podskórnemi wstrzykiwaniami rozczynu żelatyny nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw, jeśli użyta żelatyna będzie w najlepszym gatunku i należycie wyjałowiona; 2) wstrzykiwania te sprowadzają krzepnięcie krwi w rozstrzeni tętniczej i tym sposobem przyczyniają się do wyleczenia tętniaka, jednej z najcięższych chorób naczyń krwionośnych; 3) przypadki tężca i inne powikłania, spostrzegane po zastosowaniu podskórnych wstrzykiwań żelatyny, były następstwem bądź użycia żelatyny niższego gatunku, bądź też niedostatecznego wyjałowienia rozczynu. *A. K.*

Auche i Latreille. **Zgorzel skóry rozsiana w przebiegu duru brzusznego.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance* lipiec, 1904). Już w początkowych dniach duru brzusznego spostrzeżono u 13-letniego pacyenta na plecach liczne pęcherzyki i krostki, występujące w środku różowych plam. W ciągu dni następnych stwierdzono na skórze rozsiane kępki zgorzeli, występujące w środku plam różowawo-fioletowych, podbiegłych krwią, oraz krosty, które przybierały cechy krost ospowych. Tak w pęcherzykach i krostach, jak i w ropniach skórnych i podskórnych znaleziono gronkowca złotego w stanie czystym. Hodowle z masy zgorzelinowej dały gronkowca złocistego i prątka okrężnicowego. Gronkowce złociste, zaszczepione królikom, wywołały olbrzymi ropień, który pękł i szybko się zagoił, nie przedstawiwszy cech zgorzelinowych. Prątek okrężnicowy spowodował podskórne stwardnienie, które szybko ustąpiło. W przypadku tym dla wytłómaczenia źródła zgorzeli autor nie znalazł żadnego innego czynnika, prócz wspomnianych: gronkowca złocistego i prątka okrężnicowego; lecz w wypocinie pęcherzyków, krost, ropni skórnych i podskórnych gronkowiec złocisty znajdował się sam jeden, bez prątka okrężnicowego, którego spółistnienie miało zawsze miejsce w owrzodzeniach zgorzelinowych; autor wyprowadza stąd wniosek, że to wspólne pożycie gronkowca złocistego i prątka okrężnicy, odbywające się na glebie wyczerpanej, mało odpornej, wywołało ogniska zgorzeliny skórnej. *A. K.*

P. Bazy. **O przypadłościach moczowych w cukrzycy.** (*La Presse médicale*, Nr. 49, 1904). B. opisuje przypadek, w którym pieczenie w cewce, parcie i częste oddawanie moczu były następstwem cukrzycy i twierdzi, że często nie rozpoznaje się cukrzycy w przypadkach, gdzie mniejszy lub większy przerost gruczołu krokowego, zwężenie cewki, lub lekkie zmącenie moczu, albo też nitki w nim pływające, przyjmujemy mylnie za przyczynę powyższych przypadłości. B. zwraca uwagę, że często bywa u takich chorych cukromocz przepuszczający, pojawiający się n. p. tylko po śniadaniu, po obiedzie lub po wypróżnieniu stolcowem. Wogóle w każdym przypadku przypadłości moczowych, zwłaszcza w wieku dojrzałym, należy pamiętać o cukrzycy. *Blassberg.*

F. Debérain. **Kliniczne znaczenie odczynu urohematynowego.** (*La Presse médicale*, Nr. 48, 1904). Przez odczyn urohematynowy rozumie autor jasno-różowe oddziaływanie, otrzymywane przy próbie Gublera, t. j. wlewając do kieliszka z moczem strumień kwasu azotowego. Quinquand sądzi, że pierwiastkiem barwiącym są tu zniszczone ciałka krwi, a inni autorowie chcieli temu odczynowi przypisać znaczenie objawu patologicznego w chorobach nerek i wątroby. Po całym olbrzymim szeregu badań autor dochodzi do wniosku, że odczyn urohematynowy pojawia się przy nadmiernem moczeniu i jest tylko względnym wyrazem stopnia stężenia moczu. Powyższa okoliczność tłómaczy, dlaczego odczyn ten uchodził za objaw przewlekłego zapalenia nerek. *Blassberg.*

Dr. B. Hukiewicz. **Odra i płonica.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, 59, 13, 9, H. 5, 1904). Badania Montiego, Steinera i innych wykazały dobitnie, że możliwe jest zakażenie mieszane odrą i płonicą, a nawet że często schodzą się oba rodzaje osutek na szczycie swego rozwoju. Autor spostrzegał 21 przypadków tego zakażenia mieszanego i przedstawia szczegółowo 15 historyi chorób.

Przypadki te dzieli on na 3 grupy: I grupa obejmuje przypadki, w których osutka płonicza wystąpiła przed odrową (2 przypadki). II grupa obejmuje przypadki, w których odra poprzedziła osutkę płoniczą (10 przypadków). III grupa obejmuje przypadki, spostrzegane z obu osutkami, a niemożebnem było wykazać, która z nich była w okresie wysypywania. Osutki te okazują nader wielką zmienność w swym obrazie i zajmują ciało częściami, przechodząc jedna w drugą, lub tworząc skutkiem już istniejącego przekrwienia skóry nieco odmienny obraz. Przebieg chorób tych wykazuje, że 1) poprzedzająca odra tak wpływa na ustrój, że następująca płonica przybiera nader łatwo ciężką postać; 2) zakażenie odrowe stwarza zwiększone usposobienie do płonicy; 3) największa wrażliwość do płonicy bywa w drugiej połowie okresu wylęgania odry i w jej okresie zwiastunowym; zaś mniejsza w pierwszej połowie okresu wylęgania i po ukończonem wysypaniu. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Krützner. **Przyczynek do badania syringomyelii. Ruch automatyczne i ściągania włókienkowe.** (*Sbornik klinicky*, Nr. 4, 1904). Autor spostrzegał w znacznej liczbie syringomyelii zanik mięśni, ściągania włókienkowe i wstrząśnienia drgawkowe w różnych grupach mięśni. Ściągania włókienkowe i wstrząśnienia drgawkowe występują bądź poosobno, lub towarzyszą sobie. Objaw włókienkowy spostrzega się głównie w tych mięśniach, które następnie ulegają zanikowi, a tak ściągania włókienkowe, jak i wstrząśnienia drgawkowe występują głównie w syringomyelii o typie łopatkowo-barkowym, a nie pospolitym (przedramię, pięść). *A. K.*

Birsch-Hirschfeld. **Komórki nerwowe siatkówki w warunkach fizyologicznych i patologicznych ze szczególnem uwzględnieniem olśnienia.** (*Münch. medizinische Wochenschrift*, Nr. 27, 1904). Autor po przeprowadzeniu licznych badań porównawczodoświadczalnych nad działaniem różnych rodzajów promieni na oko doszedł do następujących wniosków: W warunkach fizyologicznych, to znaczy przy jasnem oświetleniu dziennem, doznają komórki nerwowe siatkówki nieznacznych zmian w swej budowie. Zmiany te polegają na zmniejszeniu zawartości chromatyny i niewielkiem powiększeniu objętości komórek. Świecące promienie światła słonecznego wywołują wskutek ogniskowego działania soczewki już po krótkim czasie miejscowe ciężkie uszkodzenia nabłonka barwikowego i sprawy zapalne w naczyniówce i siatkówce. W doświadczeniach z promieniami ultrafioletowymi przekonał się autor, że soczewka odgrywa względem siatkówki ważne zadanie ochronne wskutek swych własności pochłaniających promienie o krótkich falach. Udowodnił to Hertel, wprowadzając bakterye, zamknięte w komóreczce z kwarcu, raz do przedniej komórki oka, drugi raz do ciałka szklistego. W pierwszym przypadku bakterye zginęły po naświetleniu, w drugim pozostały przy życiu mimo dłuższego czasu naświetlania. Dlatego też działanie promieni ultrafioletowych na siatkówkę spostrzegał autor głównie w oczach po wyjęciu soczewki. Zmiany w komórkach nerwowych siatkówki polegały na rozpłynięciu się chromatyny i powstaniu wodniczek. Te same zmiany były w komórkach warstw ziarnistych. Przybłonek barwikowy bez zmian, w naczyniówce lekkie przekrwienie. Soczewka nie ochrania jednak siatkówki bezwzględnie przed działaniem promieni ultrafioletowych; przy większem natężeniu i dłuższym czasie trwania powstają przecież zmiany w komórkach nerwowych. Charakterystycznym dla sposobu działania promieni ultrafioletowych jest okres utajenia przed wystąpieniem zmian chorobowych. W życiu codziennem zdarzają się olśnienia promieniami ultrafioletowymi u człowieka, jako olśnienie śnieżne, błyskawicą i oftalmia elektryczna. Widzenie w barwach czerwonych (*erythropsia*) polega również na działaniu promieni chemicznych, jak to już z tego wynika, że większość przypadków olśnienia elektrycznego rozpoczyna się objawem widzenia czerwonego. Po zadziałaniu promieniami Röntgena i promieniami radu występują wybitne uszkodzenia komórek nerwowych, których zmiany anatomiczne polegają na zaniku chromatyny, powstaniu wodniczek, rozpadzie jądra i komórek. Dają się również spostrzegać zmiany zapalne na spojówkach i rogówkach, oraz procesy zanikowe w nerwie ocznym. Wprowadzenie do lecznictwa chorób ocznych obu tych rodzajów promieni jest narazie jeszcze zamiarem zbyt śmiałym.
W. Reis.

Kisiel. **W sprawie związku choroby Werlhofa z gruźlicą.** (*R. Wracz*, Nr. 26, 1904). Niektórzy autorowie wyrazili przypuszczenie, że plamica ma ścisły związek z gruźlicą. Kisiel postanowił ten temat przerobić na chorych moskiewskiego szpitala dzieci. W badaniach swoich uwzględniał on tylko przypadki samoistne, sporadyczne, wykluczając plamicę krwotoczną, towarzyszącą charłactwu i ciężkim chorobom zakaźnym. Na podstawie przytoczonych i krytycznie rozebranych historyi chorób doszedł autor do następujących wniosków: 1) etyologia plamicy ciągle jeszcze jest ciemna; 2) kliniczny przebieg plamicy nie ma cech choroby zakaźnej; 3) istnieje podstawa do przypuszczenia, że w niektórych przypadkach rozwój plamicy wskazuje na jej związek z gruźlicą; 4) przeprowadzenie granicy między trzema rodzajami plamicy (pospolita, gośćcowa i krwotoczna) jest nader trudne; 5) przypadki, spostrzegane przez autora, miały przebieg łagodny: na 91 chorych, cierpiących na różnego rodzaju skłonność do zaburzeń krwotocznych, zmarło tylko trzech.
A. K.

Galli. **Ciepłota żołądka i jego siła wydzielnicza u kobiety z przetoką żołądkową.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 16, 1904). Badania w tym przypadku są tem ciekawsze, że przetoka wytworzyła się samoistnie u kobiety zupełnie zdrowej, podczas gdy zazwyczaj doświadczenia tego rodzaju bywały wykonywane na przetokach, powstałych po raku lub w następstwie ran postrzałowych. Otóż autor doszedł do następujących wniosków: a) Ciepłota czczego żołądka równa się czasami ciepłocie żołądka pełnego, lub nawet ją przewyższa, okoliczność, która najprawdopodobniej zależy od czynności gruczołów żołądkowych. Ciepłota najniższa pojawiała się najczęściej między godziną 3 a 6 nad ranem, a więc wówczas, kiedy żołądek zarówno, jak i inne narządy, znajdują się w zupełnym spoczynku; b) zdrowy i w pełni swych czynności znajdujący się żołądek owej kobiety wymagał całej godziny czasu, aby wrócił do zwyczajnej swej ciepłoty; c) sok z gruczołów żołądkowych pojawiał się zupełnie niezależnie od przyjętych pokarmów, a więc i przy zupełnie pustym żołądku, okoliczność, której ani drogą odruchową ani psychiczną wytłómaczyć nie można.
Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Brože. **Opuchlina na tle nerwic naczyniowych.** (*Sbornik klinicky*, Nr. 4, 1904). Do znanych już przypadków opuchliny samoistnej, t. j. powstającej bez wykazalnych zmian anatomicznych w ustroju, autor dorzuca trzy nowe spostrzeżenia. Dotyczyły one mężczyzn w wieku lat 39, 44 i 49. W pierwszym przypadku opuchlina wystąpiła trzy razy w ciągu roku; w drugim pojawiła się po raz pierwszy, a w trzecim po drugi. We wszystkich trzech przypadkach opuchlina ustąpiła po kilkodniowym pobycie chorych w szpitalu. Godnem jest uwagi, że wszyscy ci chorzy należeli do nałogowych pijaków. Oczywiście nie dano im w szpitalu alkoholu — i to była jedyna terapia, jaką u nich zastosowano. Autor sądzi, że opuchlina samoistna u tych chorych była następstwem działania wyskoku na nerwy naczynio-ruchowe.
A. K.

Barjansky. **Maretyna, nowy lek przeciwgorączkowy.** (*Berliner klinische Wochenschrift*, Nr. 23). Autor w klinice Senatora badał maretynę, zalecaną, jako nowy lek przeciwgorączkowy. Doszedł on do następujących wyników: 1) Maretyna istotnie obniża ciepłotę ciała; obniżenie to występuje powolnie, co ją odróżnia od piramidonu, który działa szybko. Obniżenie gorączki po zażyciu maretyny występuje dopiero po 3—5 godzinach, natomiast trwa ono daleko dłużej tak, że jedna dawka wywiera skutek na 9 do 15 godzin. 2) Najwłaściwszą dawką jest 0,25; proszków takich zażywa się 2 dziennie; jeden przed południem, drugi przed wieczornem podniesieniem ciepłoty. 3) Maretyna nie wpływa na krążenie, a spadek liczby tętna następuje równolegle ze stopniowem opadaniem gorączki. 4) W narządach oddychania, trawienia i moczopłciowych zmian żadnych przy użyciu maretyny nie stwierdzono. 5) Działania ubocznego nigdy nie zauważono, z wyjątkiem jednego przypadku, w którym wystąpiły objawy przemijającego zapadu. 6) Maretyna nie posiada działania zbiorowego, przeto może być stosowaną codziennie. 7) Cena tego przetworu o połowę jest tańsza od piramidonu.
A. K.

Reitman. **O wyrostku w skrzyżowaniu włókien nerwu ocznego.** (*Virchows Archiv f. pathol. Anat.*, lipiec, 1904). Przy sporządzaniu preparatów z mózgu R. znalazł przypadkowo po lewej stronie linii środkowej, na przedniej powierzchni skrzyżowania, wyrostek 6 mm. długi, kształtu stożkowatego, mający u podstawy 2 mm. średnicy. W dalszym przebiegu wyrostek ten staje się cokolwiek cieńszy, a kończy się (oglądany pod lupą) kilkoma małemi zgrubieniami pałeczkowatemi. Podobnie jak skrzyżowanie wyrostek ten otacza osłonka z opon mózgowych. Na tym samym mózgu znajdują się także na podstawie skrzyżowania zgrubienia, opisane przez Retziusa jako *emminentiae laterales hypencephali* i *tubera extrema tuberis*. Po przeglądnięciu piśmiennictwa tego przedmiotu znalazł R. tylko jeden przypadek podobny. Tschaussow wspomina w r. 1889 o „bocznej gałązce nerwu ocznego“. Preparatu przechowanego w alkoholu nie można było użyć do badań drobnowidowych. Mózg w przypadku R. włożony był w świeżym stanie do 5% formaliny, utrwalony i barwiony według metod, zastosowanych do tkanki nerwowej tak, że dokładnie można było zbadać histologiczną budowę wyrostka; w skład jej wchodzi warstwa korowa i część rdzenna, złożona z włókienek nerwowych o przebiegu powikłanym. W różnych częściach obwodowych wyrostka wchodzi do wnętrza tkanka łączna, która dzieli wyrostek na kilka części. Na przekrojach poprzecznych blizko nasady skrzyżowania, widać część włókien nerwowych, wchodzących do grzbietowej części wyrostka z dolnego wewnętrznego kwadrantu nerwu ocznego; także włókna, wychodzące z tylnej powierzchni skrzyżowania, dają się spostrzegać w wyrostku na dłuższej przestrzeni. Badanie histologiczne nie daje odpowiedzi na pytanie, jak należy sobie tłómaczyć powstanie tego tworu dodatkowego; obecnie sprawy tej również wyjaśnić nie może historya rozwoju, ani anatomia porównawcza. Korzystnemby było zwracanie uwagi przy sekcyach na tę nieprawidłowość w budowie nerwu ocznego i zebranie obfitszego materyału.
W. Reis.

Prof. Windscheid. **Poród w przebiegu zapalenia rdzenia pacierzowego.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 72). Autor opisuje przypadek porodu u wieloródki, u której w pierwszej połowie ciąży rozwinęło się ostre zapalenie piersiowego odcinka rdzenia pacierzowego. Jako główne objawy wystąpiło porażenie kończyn i mięśni brzusznych, zupełne znieczulenie na wszelkiego rodzaju czynniki drażniące, niemożność utrzymania moczu i wzmożone odruchy. Kobieta ta urodziła w prawidłowym czasie płód dojrzały i to szybko, nie odczuwając zupełnie bolów, ani w okresie rozwarcia się macicy, ani też przy przejściu płodu przez szparę sromową i umarła w kilka dni po porodzie w następstwie posocznicy. Podobnych przypadków porodu w przebiegu zapalenia rdzenia, obejmującego cały jego przekrój poprzeczny, znalazł autor w piśmiennictwie tylko 9; wykazują one, że ośrodek dla czynności porodowej, który, jak ogólnie przyjmują, leży w rdzeniu między 1—2 kręgiem lędźwiowym, może wywołać skurcze porodowe także po zupełnem przecięciu jego

połączenia z rdzeniem górnym, że więc ośrodek ten może wywołać czynność porodową wprost automatycznie bez jakichkolwiek wpływów nerwowych, wychodzących z mózgu lub rdzenia przedłużonego. Tem samem upada również twierdzenie niektórych autorów, jakoby także w rdzeniu przedłużonym miał się znajdować ośrodek dla unerwienia macicy. Rein posunął się może za daleko, twierdząc, że skurcze macicy, a więc i wywołanie bolów porodowych wogóle, nie zależą od ośrodkowego układu nerwowego, lecz od zwojów nerwowych, znajdujących się w samej macicy. Dalej wykazuje powyższy przypadek, że poród może się odbyć zupełnie prawidłowo, a nawet szybko, przy braku lub tylko niedostatecznym udziale tłoczni brzusznej, której Schroeder przypisuje większe znaczenie i większą siłę, aniżeli skurczom macicy. Przy ocenianiu tej sprawy należy bądź co bądź zwrócić uwagę, że w powyższych przypadkach istniało porażenie mięśni i części miękkich miednicy, które tem samem nie stawiało przesuwaniu się płodu prawie żadnego oporu, a dalej, że szło o same wieloródki. W każdym jednak razie przypadki przytoczone osłabiają nieco znaczenie dotychczasowe tłoczni brzusznej. W końcu wykazują one, że odczuwanie bolów porodowych nie jest koniecznie potrzebne, a urodzenie się płodów żywych obala przypuszczenie Zweifla, który, wychodząc ze stanowiska celowości w naturze, sądził, że celem odczuwania bolów porodowych jest to, aby rodzące były zmuszone głęboko oddechać i krew swoją w ten sposób dostatecznie nasycać tlenem, tak potrzebnym płodowi podczas skurczu macicy. *Dr. E. Ehrenpreis.*

H. Schmidt. **Leczenie chorób skórnych promieniami Roentgena.** (*Dermatologische Zeitschrift.* B. XI, Heft 1, 1904). Autor przedstawia zastosowanie promieni Roentgena w leczeniu chorób skórnych i wyniki, otrzymane tym sposobem leczenia. Działania ujemnego na wzrost i rozmnażanie się drobnoustrojów nawet przy bezpośredniem naświetlaniu hodowli płytkowych nie udało się dotąd wykazać; natomiast naświetlanie X-promieniami wywołuje wybitne w skórze zmiany histologiczne, jak zwyrodnienie naskórka, gruczołów potnych i łojowych, włosów i wreszcie objawy zapalne. Zależnie od siły promieni i czasu działania następuje bądź wypadanie włosów, bądź powstają słabsze objawy zapalne w postaci przekrwienia, lub silniejsze w postaci zapalenia skóry, połączonej z obrzękiem i tworzeniem się pęcherzyków, lub też, jako wyraz najsilniejszego zadziałania promieni, może wystąpić zgorzel skóry. Wskazania do leczenia naświetlaniem obejmuje według S. trzy grupy chorób skórnych: 1) choroby włosów jak: strupień woszczynowaty, figówka, włosozrost niszczący, bujny porost; 2) nowotwory nabłonkowe o złośliwym i dobrotliwym charakterze, a mianowicie brodawki, powoli wzrastające guzy rakowate i guzy rakowe usadowione na powierzchni. Posługiwano się dwoma metodami leczenia zapomocą promieni Roentgena: według Schiffa i Freunda używa się do naświetlania rur Roentgenowskich słabiej działających, tak zw. twardych, a naświetlanie niemi odbywa się kilkakrotnie przez czas dłuższy, dopóki nie wystąpi odczyn w postaci lekkiego zaczerwienienia w miejscu naświetlanem. Druga metoda Kienböcka polega na jednorazowem naświetleniu rurami działającemi energiczniej, tak zw. miękkiemi. Drugą metodę uważa autor za bezpieczniejszą, gdyż przy pierwszej działanie promieni może się potęgować, zwłaszcza że odczyn, służący za wskazówkę w kierunku ilości naświetlań, występuje w kilka, a nawet kilkanaście dni po naświetleniu i wskutek tego nie jest on następstwem ostatniego naświetlenia, ale poprzednich, może nawet z przed kilkunastu dni, zatem nie raz przy tej metodzie może się zdarzyć, że stosuje się kilka a nawet kilkanaście naświetlań bez potrzeby, a co gorsza z wielką nie raz szkodą chorego. W sześciu przypadkach nie nadającego się do operacyi raka sutka, leczonych zapomocą naświetlania, w jednym tylko autor zauważył zupełne zniknięcie guza nowotworowego wielkości głowy dziecka, przyczem również znikł przerost gruczołów nadobojczykowych, ale chora zmarła wśród objawów ogólnej chery, spowodowanej wewnętrznymi przerzutami. Bardzo dobry wynik otrzymał S. w przypadku strupnia woszczynowatego głowy u chłopca 9-letniego; zupełne zaś wyleczenie w całym szeregu przypadków, a mianowicie: w jednym przypadku bujnego porostu, w czterech figówki pospolitej, w dwóch figówki pasorzytniczej, trądzika i brodawek; po jednym: 2 nabłoniaki i wrzód gruźliczy. Na podstawie swojego doświadczenia przychodzi autor do przekonania, że przy ostrożnem postępowaniu zastosowanie promieni Roentgena może mieć wielkie znaczenie w leczeniu chorób skórnych. *Dr. Stopczański.*

Dr. Bassenge. **Leczenie i zapobieganie przewlekłej zimnicy.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 25, 1904). Na podstawie dwóch przytoczonych przypadków chorobowych, w których zimnica podzwrotnikowa i używanie chininy doprowadziły do znacznego upadku sił, zaleca autor stosowanie chininy tylko tam, gdzie dało się wykazać plasmodye we krwi. W tym celu stosuje on zimne natryski wprost na przerosłą śledzionę, co według autora ma się przyczynić do pojawienia się plasmodyów w obwodowem krążeniu, a więc i ułatwia ustalenie rozpoznania. Powinniśmy we wszystkich przypadkach przewlekłej zimnicy badać krew i to w ośm dni po przerwie w podawaniu chininy, gdyż przy podawaniu jej pasorzyty znikają z obwodowego krwiobiegu. *Dr. Salzer.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Cytarynę, jako lek przeciwdnawy, podawał Leibholz (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1904, Nr. 7) w kilku przypadkach z bardzo dobrym wynikiem. Podając 3—4 razy dziennie po 2 gramy można przerwać ostry napad dny; w przypadkach przewlekłych nawet po wyżyciu 8 gramów nie zauważono żadnych złych skutków, a guzy dnawe (*tophi*) zmniejszały się. Leibholz sam na sobie wypróbował też skuteczność cytaryny w ostrych napadach dny. Również Doc. Schreiber (*Centralbl. f. Stoffwechsel.- u. Verdauungskr.*, 1904, Nr. 6) zaleca cytarynę przeciw dnie.

O nawykowem nadużywaniu weronalu — *»weronalizmus«*. Weronal stał się modnym lekiem nasennym: wszyscy klinicyści ogłaszają przeważnie korzystne wyniki. Wobec tego wskazanem jest zwrócenie uwagi na pouczający przypadek Rud. Landenheimera, dowodzący, że stosowanie weronalu przecież łączy się z niebezpieczeństwem. Pięćdziesięcio-letni morfinista spał bardzo dobrze po 0·5 weronalu tak, że nie potrzebował już nocnej dawki morfiny i dlatego nabył w składzie aptecznym 250 gramów weronalu. Wkrótce przekonał się, iż lek ten, zażyty także wśród dnia, sprowadza stan przyjemny, podobny do lekkiego odurzenia wyskokowego. Zażywał go więc 2—3 razy dziennie, bez dawkowania. W przeciągu 2-ch miesięcy wyżył 250 grm., czyli więcej, niż 4 grm., dziennie. L. wyciąga następujące wnioski: 1) Przytoczone spostrzeżenie potwierdza z jednej strony względną nieszkodliwość weronalu, nawet w dawkach wielkich i często powtarzanych, z drugiej jednak poucza, iż mogą wystąpić bardzo niepożądane wpływy uboczne, co prawda po dawkach, przekraczających dawkę leczniczą. 2) Weronal może, podobnie jak inne przetwory odurzające, sprowadzić uczucie dogody (euforyę), w tem tkwi niebezpieczeństwo nabawienia się „głodu“ weronalowego (weronalizmu). Lekarz więc nie powinien tego leku powierzać choremu, jak się to obecnie dzieje, ufając w jego nieszkodliwość. Że w opisanym przypadku udało się odzwyczajenie od weronalu bez groźnych objawów, zwykle towarzyszących wstrzymywaniu się i odzwyczajaniu, nie powinno uspokoić, ponieważ tu chory mógł wyjątkowo zrównoważyć utratę weronalu morfiną. 3) Czy niebezpieczeństwo weronalizmu jest ogólnem, lub czy następuje tylko u osób szczególnie usposobionych, nie jest rzeczą rozstrzygniętą. (*Die Therapie die Gegenwart*, zeszyt 1, 1904). *Baschkopf.*

W sprawie zapobiegania i leczenia gorączki połogowej. (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 33, 1903). Posocznica połogowa występuje często po ręcznem wydobyciu łożyska; prof. Fehling zaleca ograniczenie tego zabiegu do najkonieczniejszych wskazań i sądzi, że w każdym razie należy spróbować naprzód wycisnąć łożysko, a dopiero, gdy ten zabieg zawiedzie, operować i to wśród najskrupulatniejszej antyseptyki. Ponieważ tylko w 19% przypadków można, mimo najtroskliwszego odkażania, uczynić rękę bezwzględnie jałową, podnosi F., iż prawie bez wyjątku udało się przez wygotowanie i odkażanie bezwzględnie wyjałowić rękawiczkę gumową i dla tego doradza używać do wszystkich badań ginekologicznych i położniczych wyjałowionej rękawiczki gumowej (także położnym). Co do leczenia, to przy miejscowem schorzeniu należy zwrócić naturalnie na nie główną uwagę; podejrzywając nagromadzoną ropę, należy przystąpić jak najszybciej do jej wypuszczenia. Histerektomii w gnilnem zakażeniu połogowem nie można już tak ogólnie polecić, jak dawniej: jest ona wtedy tylko uzasadniona, jeśli rzeczywiście macica jest stale jedynem źródłem zakażenia, jak to się zdarza w zatrzymaniu gnijącego łożyska, w poronieniu posokowem, gdzie bezpośrednie usunięcie gnijącej tkanki jest trudnem lub niemożebnem. Ponieważ nie można się spodziewać po zabiegach operacyjnych w leczeniu gorączki połogowej jakiegoś skutku, przeprowadził F. próbę z przetworami, zawierającymi srebro. Maść Credégo nie skutkowała, natomiast nie można odmówić wartości śródżylnym wstrzykiwaniom kollargolu (*argentum colloidale Credé*). F. wstrzykiwał 2%-owy roztwór i nieraz stwierdził spadek ciepłoty i tętna; dalej — ulgę podmiotową, poprawę snu i łaknienia. Miał jednak i zejście śmiertelne; bądź co bądź można już teraz posługiwać się kollargolem, jako czynnikiem leczniczym w walce z gorączką połogową. *Baschkopf.*

Fedschenko. **Stosowanie maści rtęciowych w leczeniu kiły.** (*Berl. klin. therap. Woch.*, 1904, Nr. 15). Słabą stroną

leczenia kiły wcieraniami jest brak ścisłości naukowej. Ilość maści jest w najwyższym stopniu dowolną i polega wyłącznie na wskazówkach empirycznych. Jak się ma rzecz z dawką, tak i z pytaniem co do miejsc, w których należy wcierać i co do sposobu, jak robić wcierki, jak długo wcierać, czy miejsca wcierane pokryć itd. Autor starał się doświadczalnie wykazać, której z używanych tu powszechnie maści należy dać pierwszeństwo. Odpowiedź na to pytanie uzyska się najprędzej przez obliczenie, jaka ilość przy wcieraniu przenika przez skórę. Doświadczenia autora wykazały, iż o wiele mniej przenika maści przez skórę, niż to dotychczas się przypuszcza: 1 tak z szaruchy wnika tylko 25—30%. Najlepiej daje się wcierać maść rezorbinowa, a po niej wazogenowa. Dla wykazania wiarogodności wyników przytacza F. osoby, które brały czynny udział w doświadczeniach, ponieważ miały wszelki powód do jak najstaranniejszego ich śledzenia. *Baschkopf.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 1 lipca 1904 r.

Przewodniczy: R. Dr. Prof Rydygier. Obecnych członków 40.

I. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia, przewodniczący w kilku słowach zaznacza stratę, jaką poniosło Tow. lek. lwow. przez śmierć ś. p. Prof. W. Niemiłowicza i wzywa obecnych do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie.

II. Przewodniczący podaje do wiadomości członków odpowiedzi jakie zarząd Tow. lek. lwow. wystosował, na listy: 1) Gremium aptekarzy Galicyi zachodniej, 2) centralnego związku przemysłowego i 3) kol. Doc. A. Sołowija.

III. Przewodniczący na wniosek zarządu zaleca gorąco wydanie katalogu informującego, w których instytutach naukowych we Lwowie i jakich czasopism lekarskich szukać należy. Katalog ten zaproponował kol. Doc. P. Kučera i podjął się jego redakcyi. Po konieczne fundusze postanowiono zwrócić się do Rady zawiadowczej.

IV. Kol. Prof. A. Gluziński przedstawia: a) chorego, demonstrowanego już 18 marca b. r. (por. «Przegl. lek.», 1904, str. 266). Zgodnie z rokowaniem, wówczas postawionem, musiano w kilka tygodni później z powodu duszności, wywołanej porażeniem więzadeł głosowych, dokonać tracheotomii. Dzięki temu rękoczynowi chory dziś jest niemal całkowicie zdolny do pracy fizycznej; b) chorego, dorosłego mężczyznę, u którego z powodu symetrycznej zgorzeli palców rąk i nóg dokonano już kilkakrotnie odcięcia i wyłuszczenia palców. Prelegent rozpoznaje u tego chorego zgorzel Raynauda, co szczegółowo uzasadnia przebiegiem cierpienia i rozpoznawaniem różniczkowem.

W dyskusyi przemawia: kol. Wehr. który widział podobną formę zgorzeli symetrycznej R. — Cierpienie w owym przypadku wlokło się od 20 lat. Choremu amputowano już 3 kończyny, czwartą odjął Wehr. Następnie zabierali głos koll.: Marischler, Fels i prelegent.

V. Kol. Doc. R. Barącz przedstawia 31-letniego chorego z zapadniętym nosem, u którego z korzyścią zastosował protezę parafinową. Chory przebył w 19 r. życia kiłę, przyczem zastosował tylko 6 wcierań szaruchy. Jod zażywał przez 3 miesiące. W międzyczasie doznał urazu nosa, spadłszy z konia i w 2 miesiące potem spostrzegł, że nos zaczyna się zapadać coraz bardziej. Zgłosił się do kol. B. 23/4, 1904 Badanie wykazało nos wyraźnie zapadnięty i ubytek przegrody nosowej bardzo znaczny, zaczynający się w odległości około $1^1/_2$ ctm. od otworu nozdrzy, zajmujący chrzęstną przegrodę i kość sitową. Po 2 wstrzyknięciach parafiny d. 30/4 i 11/5 nos przybrał kształt prawie prawidłowy.

Kol. B. przedstawia tego chorego z następujących pobudek:

1) Wstrzykiwanie parafiny w celu podniesienia zapadniętego nosa jest postępowaniem nowszem i nie jest jeszcze ustalonem przekonanie, czy używać parafiny miękkiej, czy twardej.

2) Po wstrzykiwaniach parafiny, osobliwie miękkiej, zauważono ciężkie następstwa, a mianowicie zatory w żyle ocznej (Lesser), tętnicy środkowej siatkówki, zatory w płucach. Należałoby zatem w przyszłości wymyśleć modyfikacye, zmierzające do zapobieżenia tym następstwom.

3) Wreszcie w ostatnich czasach pojawiła się w piśmiennictwie polskiem praca B. Sawickiego, który przy zapadniętym nosie. tak urazowym, jak i w następstwie kiły (ubytek przegrody nosowej), poleca metodę Israela, t. j. wszczepiania drzazgi kostnej, wziętej z kości goleniowej, jako postępowanie z wyboru i wyraźnie poleca zaniechanie prób z wstrzykiwaniem parafiny dla wspomnianych ciężkich następstw.

ad 1) t. j. jakości parafiny, to kol. B. użył mieszaniny parafiny płynnej, t. j. zwykłej białej waseliny, z parafiną stałą, w stosunku 3:1, W tym celu rozpuszcza parafinę płynną w stałej, wyjaławia mięszaninę w łaźni wodnej i wstrzykuje po nieznacznem oziębieniu zwykłą strzykawką Pravaza. Parafina taka topnieje w ciepłocie 47° i daje zbitość prawidłowej tkanki nosa. Wystarcza do tych wstrzykiwań zwykła strzykawka Pravaza.

ad 2) Zatorom można zapobiedz przez dodatek adrenaliny do płynu znieczulającego. Kol. B. do 10·0 – 0·5% roztworu kokainy dodaje 4 kropel adrenaliny (Parke Davis) i wstrzykuje z tego po wyjałowieniu około pół strzykawki Pravaza, przez co osiąga zupełne znieczulenie tkanek i znaczną niedokrewność miejscową. Przez tę anemizacyę wykluczone bywa nakłucie większej żyły. Gdyby w kaniuli pojawiła się krew, wkłuwałby ją w inne miejsce.

ad 3) Metoda Israela stanowi zabieg o wiele bardziej powikłany, dlatego oddaje kol. B. pierwszeństwo wstrzykiwaniom parafiny dla przytoczonych już wyżej powodów, nadto wyniki kosmetyczne zastosowania metody Israela nie są lepsze.

Kol. B. stósował nadto wstrzykiwania tej samej parafiny w drugim przypadku zapadniętego nosa z zupełnie dobrym wynikiem, oraz w celu podniesienia blizny, zrośniętej z kością na twarzy, z mniej dobrym wynikiem. Co do ujemnych stron wstrzykiwań parafiny, to zauważył kol. B. właśnie w przedstawionym przypadku dość znaczne zaczerwienienie nosa wskutek rozszerzenia naczyń włosowatych po tym zabiegu i zapytuje, czy który z kolegów podobnego spostrzeżenia nie zrobił? (*Streszczenie własne*).

Po tym wykładzie zabiera głos kol J. Świątkiewicz, zaznaczając, że już kilkakrotnie miał sposobność spostrzegać zaczerwienienie skóry nad protezami parafinowemi. Jedną pacyentkę, która zastrzyknęła sobie parafinę pod skórę policzków, aby je wypełnić, obserwuje nawet od dłuższego czasu. Szpecące, ściśle ograniczone zaczerwienienie skóry nie ustępuje mimo stosowania przeróżnych maści. W ostateczności zdecydował się kol. Ś. na skaryfikowanie skóry i spodziewa się tą drogą dojść do pozytywnego wyniku. Następnie przemawiają koll.: Wehr, przypominając, że stwierdzono już, że te protezy ulegają z czasem wessaniu; Leńko, zwracając uwagę na trudności techniczne wynikające stąd, że parafina twardsza zastyga łatwo w igłach strzykawek specyalnych, zaopatrzonych w termofory i L. Rydygier, który zrobił to samo spostrzeżenie.

VI. Kol. R. Dw. prof. L. Rydygier demonstruje preparat anatomiczny z mózgu chłopca około 16-letniego. Chory dziedzicznie nie obciążony, zapadł w listopadzie 1903 r. na zapalenie okostnej szczęki górnej prawej, której punktem wyjścia był spróchniały ząb. Niemal równocześnie tworzyć się począł głęboki ropień na udzie prawem, który po kilku tygodniach sam się przebił. W grudniu t. r. wystąpił napad podobny do padaczki, który drugi raz powtórzył się w lutym 1904 r. Przez cały ten czas i później aż do dnia wstąpienia do kliniki dokuczały choremu silne bole głowy, którym towarzyszyła apatya, od czasu do czasu pojawiające się wymioty i t. d. Dnia 20 maja b. r. stwierdzono: Nieznaczną sztywność w karku. Czaszka w okolicy skroniowej prawej przy opukiwaniu bolesna. Prawa powieka górna nieco opadnięta, fałd nosowo-policzkowy po tejże stronie wygładzony. Na obu oczach tarcza zastoinowa. Połowicze widzenie na oku lewem po stronie nosowej, na prawem po stronie skroniowej. Ciepłota normalna. Tętno 40. W znieczuleniu miejscowem wytrepanowano czaszkę ponad miejscem bolesnego opuku i z głębi mózgu (z płatu czołowego) wyciągnięto ropę (około 8 grm.). W tem miejscu nacięto opony i do jamki ropnia wprowadzono sączek. Po operacyi przez pierwszych kilka dni chory czuł się lepiej, tętno podniosło się do 60—70 uderzeń na minutę. Potem jednak apatya powróciła, która z czasem przeszła w śpiączkę; na oku lewem tarcza zastoinowa stała się wyraźniejszą i dnia 7 czerwca chory umarł. Sekcya wykazała w płacie potylicznym prawym duży ropień (pojemności około 300 grm.), przebijający już do rogu tylnego komórki bocznej prawej. Prelegent kończy ogólnemi uwagami o technice trepanacyi i chwali świder Sudeka, popędzany motorem elektrycznym.

W dyskusyi przemawia kol. Wehr.

VII. Kol. Dr. S. Feuerstein demonstruje mózg z przypadku, przedstawionego już dawniej w Tow. lek. lwow. przez K. Wilczka po trepanacyi. Podczas autopsyi znaleziono dwa gruzełki odosobnione, z których jeden umiejscowiony był w płacie czołowym, drugi zaś w robaku (*vermis*) górnym móżdżku.

Herman, sekretarz doroczny.

III. Z kółka lekarzy krynickich.

VII. Ciężar gatunkowy kąpieli borowinowej w Krynicy.

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

W roku 1878 wspólnie z Prof. Dr. K. Olszewskim oznaczaliśmy ciężar gatunkowy kąpieli borowinowej w Krynicy, robiąc doświadczenia z bardzo małej ilości borowiny i przez wypośrodkowanie przyjęliśmy ten c. g. na 1·151. Tak podałem w mej pracy „O kąpielach borowinowych“, umieszczonej w „Pamiętniku Tow. lekarskiego warsz.“ roku 1879, nadmieniając, że według Valentinera ciężar ten waha się od 1·3, a średnio wynosi 1·17. Tymczasem w roku zeszłym 1903, w czasopiśmie „Der Frauenarzt“, radca sanitarny Dr. H. Helmkampff z Elster w dłuższej pracy o kąpielach borowinowych kategorycznie zaprzecza, jakoby ciężar borowinowej kąpieli był wyższym od c. g. wody, ale przeciwnie dowodzi, że jest niższym, poczem usiłuje obalić wszystkie dotychczasowe poglądy na działalność lecznicza na ustrój, wyprowadzaną z tej jej własności fizycznej.

Mimo, że to twierdzenie musi się wydawać nieprawdopodobnem, bo się sprzeciwia ono prawom fizyki, a to tem więcej, że autor poprzednio w składzie chemicznym borowiny podał, że borowina elsterska posiada blisko dwa razy więcej soli, w wodzie rozpuszczalnych, niż francensbadzka i maryenbadzka, które jako takie podnoszą c. g. kąpieli, dlatego, zamiast rozumowania, postanowiłem przeprowadzić szereg doświadczeń, aby liczbami odeprzeć liczby, podane przez autora z błędnych obliczeń.

Naczynie po odtarowaniu napełniłem wodą wodociągową i otrzymałem, że woda waży po dokładnie do poziomu oznaczony znak 6·150 kil., co przyjąłem jako 6·150 litra, czyli c. g. 1·000. Następnie wylałem wodę, a napełniłem naczynia po dany znak borowiną względnie wilgotną, wziętą z magazynu: ta ważyła 4·225 kilogr., czyli jej c. g. wynosi 0·687. Potem do tej borowiny nalałem 750 ctm.^{3} wody i wyrobiłem na gęstą masę, która ważyła 4·975 kil., ale jej słup niedosięgał oznaczonej wysokości 19 ctm., a wynosił tylko 14 ctm. Dlatego dopełniłem naczynia do danego znaku borowiną równie gęsto wyrobioną i wtedy waga wynosiła 7·170 kil., czyli c. g. 1·165. Gdy ręką wyrobiłem tę masę jeszcze staranniej tak, że niemal wszystkie grudki były roztarte i dopełniłem naczynie do danego znaku, otrzymałem ciężar 7·350 czyli c. g. 1·194. Następnie gotowałem tę masę borowinową przez godzinę, a na drugi dzień dodałem po sam znak równie gęstą masę, wtedy otrzymałem ciężar 7·400, czyli ciężar gatunkowy 1·203. Poczem odjąłem nieco borowiny, a dolałem wody, aby otrzymać masę tak gęstą, jakiej się używa na rzadkie kąpiele borowinowe i ta ważyła 7·350 kilo, czyli wynosi jej c. g. 1·194.

Z tych doświadczeń się okazuje, że chociaż ciężar gat. borowiny jest niższym od ciężaru wody, bo wynosi 0·687, to jednak po jej zarobieniu z wodą ciągle się ten ciężar podnosi w miarę dokładniejszego wymieszania, czyli w miarę dokładnego usunięcia powietrza, a zastąpienia go wodą. I w tych doświadczeniach ten ciężar gatunkowy z 0·687 podniósł się aż do 1·203. Występuje tu zupełnie naturalne zjawisko, że po dolaniu pewnej dosyć znacznej ilości wody słup borowiny nie powiększa się, ale przeciwnie zmniejsza. Na pominięciu tego zjawiska w obliczeniach polega cały szereg błędów nadmienionego autora, który nie robił doświadczeń bezpośrednich, ale pośrednie. Mianowicie na stronie 208 podaje: „poleciłem wykonać liczne ważenia i mierzenia naszej borowiny (t. j. elsterskiej) i naszych kąpieli borowinowych i te dały następujące liczby przeciętne: 10 litrów wody ważyło 10 kilo; b) 10 litrów borowiny suchej ważyło $6^1/_2$ kilogr.; c) 10 litrów borowiny wilgotnej ważyło 8 klg. Tę część doświadczeń autor prawdopodobnie wykonał, ale całego szeregu następnie podanych nie robił, jeno obliczył, a nie uwzględnił, że słup borowiny po dolaniu pewnej ilości wody się obniża i nie daje pierwotnej wysokości (Badehöhe).

„Do napełnienia wanny do wysokości kąpieli (Badehöhe) potrzeba 260 litrów wody, albo do równej wysokości potrzeba:

na kąpiel borowinową I gęstości: świeżej borowiny 195 kilogr.: 55 litrów wody = 250 kilogr.;

na kąpiel borowinową II gęstości: świeżej borowiny 170 kilogr.: 80 litrów wody = 260 kilogr.“.

Dziwnem jest, że autora nie uderzyło tutaj podane zjawisko, że skoro I gęstości kąpiel borowinowa waży o 10 kilogr. mniej, niż woda, to przez zwiększenie wody o 25 kilogr. w kąpieli borowinowej II gęstości, wyrównywa tę różnicę ciężaru.

Owe 195 kilogr. świeżej borowiny ma pojemność o $^1/_5$ większą według autora (10 litrów = 8 kilogr.), czyli 234 litrów, po dolaniu 55 litrów wody, według mych doświadczeń borowina pochłonie 18 litrów wody, a pojemność się zmniejszy o $^1/_4$, czyli wynosić będzie 180 litrów, do których dodawszy resztę przez autora wyznaczonej wody, tj. 37 litrów, to całość tej masy wynosić będzie 213 litrów, a ważyć będzie 250 kilogr., czyli ciężar gatunkowy borowiny elsterskiej wynosiłby $\frac{250}{213} = 1·176$.

Wobec jednak tego, że autor wyraźnie podał, że się opiera na podstawie licznych ważeń i mierzeń nietylko borowiny, ale także kąpieli borowinowych elsterskich, postanowiłem wykonać to według liczb przez niego podanych, czyli mierzyć i ważyć całą kąpiel borowinową. Udałem się do łazienek borowinowych, gdzie najpierw dokładnie skontrolowałem przygotowaną mi wagę, czy ona ściśle funkcyonuje, potem odważyłem wannę, ciężar jej wagi przywiesiłem w górze, aby się niepomylić, następnie kazałem nalać do wanny wody wodociągowej 230 kilogr., czyli litrów, bo pojemność wanny nie byłaby wystarczyła do dalszych doświadczeń, i gwoździkami, wbitymi w ściany wannę, oznaczyłem wysokość kąpieli (Badehöhe), czyli na ścianie wanny oznaczyłem zwierciadło 230 litrów wody, które do dna wanny wynosiło $40^1/_2$ ctm. Następnie wodę wylano, a wsypano do wanny borowiny świeżej z magazynu 195 kilogr. Wyrównawszy ją do poziomu, okazało się, że ona jest o $4^1/_2$ ctm. wyżej, niż na wannie zrobione znaki, czyli że jej słup wynosi 45 ctm. Dolawszy do borowiny 55 litrów wody, dwóch

silnych robotników tej zbyt gęstej masy należycie wyrobić niemogło, dlatego wyrównano tylko jej powierzchnię, aby się przekonać, jak wysokim jest słup tej masy w wannie i okazało się, że wynosił tylko 36 ctm., czyli stał się niższym o 9 ctm. od słupa borowiny z magazynu, a o $4^1/_2$ ctm. niższym od oznaczonej wysokości kąpieli (Badehöhe). Dolano jeszcze wody i wyrobiono tę masę ciągle jeszcze bardzo gęstą, gęstszą, niż gęste kąpiele borowinowe, doprowadzono do wysokości normalnej, t. j. $40^1/_2$ ctm., wtedy waga wynosiła 275 kilogr.

Z tej części doświadczenia przekonałem się, że 195 kilogr. borowiny z magazynu nie da się rozrobić 55 litrami wody, ale tej wody potrzeba znacznie więcej, bo 80 litrów, by utworzyć masę bardzo gęstą; powtóre, że 195 kilogr. borowiny z 55 litrami wody nie daje wysokości kąpieli, ale jest ona znacznie niższą, mianowicie w mojem doświadczeniu o $3^1/_2$ ctm. na $40^1/_2$ ctm. przy użyciu nie 260, ale tylko 230 litrów wody na oznaczenie wysokości kąpieli, a użyłem tych samych ilości borowiny i wody, jaką autor podaje na wysokość kąpieli z 260 litrów wody.

Ponieważ woda na kąpiel wynosiła 230 litrów, o tej samej wysokości i w tej samej odtarowanej wannie bardzo gęsta kąpiel borowinowa ważyła 275 kilo, przeto ciężar gatunkowy tej masy wynosi $\frac{275}{230} = 1{\cdot}186$.

Następnie kazałem ubrać z wanny blizko połowę tej masy borowinowej do drugiej, dolać wody i starannie wyrobić w obu wannach tak, aby masa borowinowa była taką, jakiej się używa na średnio rzadkie kąpiele, poczem napełniono wannę do oznaczonej wysokości i wtedy ciężar kąpieli okazał się znowu ten sam, t. j. 275 kilo, czyli c. g. pozostał niezmieniony. To zjawisko tem się tłómaczy, że poprzednia masa borowinowa nie mogła być dokładnie wyrobioną, w grudkach borowiny zostało jeszcze wiele powietrza, które po większem rozrzedzeniu wody i dalszem wyrabianiu rękami dokładniej zostało wydalone, a zastąpione wodą. A więc poprzednio podany ciężar gatunkowy był jeszcze za nizki, a i tej rzadszej borowiny również uważam za nizki, bo przy prażeniu i wyrabianiu borowiny w kotłach całkowicie będzie powietrze wydalone, a wtedy c. g. jeszcze się podnieść może, jak to otrzymałem w doświadczeniach, robionych w domu.

Na podstawie obliczenia ciężaru gatunkowego kąpieli borowinowych elsterskich na 1·000 lub 0·961 autor podaje na stronie 209 takie wnioski:

„To są tak małe różnice c. g. wody, a borowiny, że wcale nie należy ich uwzględniać".

„Zatem widzimy, że musimy porzucić stare pobożne wiary w zwiększone ciśnienie kąpieli borowinowej na ciało. Tem samem odpadają wszystkie dalsze wnioskowania, które z tego wysnuwano i rozmaitemi przyozdabiano określeniami jak mięsienie, ucisk (Druckmassage, Kompression)" itd.

Zapewne, że miałby autor słuszność, gdyby przez niego oznaczony c. g. był prawdziwym i gdyby ciężar kąpieli wodnej wynosił 260 kil., a borowinowej 250; ale nie wtedy, jak to wykazałem, gdy kąpiel borowinowa waży 308 kil., czyli jest o 48 kil. cięższą; zatem kąpiel borowinowa jest przeszło o $^1/_5$ cięższą, niż kąpiel wodna, a to jest różnica bardzo duża i dla ustroju obojętną być nie może.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 21 lipca.

* *„Związek austryackich Towarzystw lekarskich w Wiedniu przysyła nam z prośbą o umieszczenie następującą odezwę, skierowaną do wszystkich lekarzy w Austryi:*

„Do Wydziału zarządzającego „Związku Towarzystw lekarskich" nadeszły zapytania, z których wynika, że nie wszyscy koledzy znają stosunek „Związku" z jednej strony do „Instytutu zapomogowego dla wdów i sierót", a z drugiej do Izb lekarskich. Z tego powodu poczuwamy się do obowiązku podać następujące wyjaśnienia:

Usiłowaniom Wydziału „Austryackiego Związku Towarzystw lekarskich", założonego w r. 1878, oraz „Instytutowi zapomogowemu dla wdów i sierót", utworzonemu przez tenże w r. 1882, powiodło się zjednać liczny zastęp nowych członków i przysporzyć pokaźne zasoby finansowe. Większość Izb lekarskich oświadczyła gotowość płacenia za swych lekarzy wkładki 2 K. rocznie, oraz wziąć na siebie urzędowanie, jako Komisya krajowa „Instytutu", którąby miała za zadanie, rozpatrywać prośby o zapomogi i oznaczać ich wysokość

Wydział „Związku Towarzystw lekarskich" poczuwa się do wdzięczności względem Izb lekarskich za tę pomoc, wyświadczoną zarządowi „Instytutu". Właściwy zarząd „Instytutu" jest według obowiązującego statutu rzeczą „Związku Towarzystw lekarakich"; „Instytut zapomogowy dla wdów i sierót" jest niejako częścią „Związku", który, wbrew wypowiadanym zdaniom, nie składa się z poszczególnych osób lub członków, lecz jedynie z Towarzystw lekarskich. Natomiast „Instytut zapomogowy" składa się z poszczególnych lekarzy, pragnących swym wdowom i sierotom zapewnić prawo do wsparć i zapomóg. Ostatecznym celem i dążeniem „Związku" jest zamienić kiedyś te zapomogi na pensye. Naturalnym wynikiem tej organizacyi jest to, że tylko członkowie Towarzystw, należących do „Związku", mogą być zwyczajnymi członkami „Instytutu". Aby jednak wszystkim kolegom umożliwić przystąpienie do „Instytutu", zaprowadzono kategoryę członków nadzwyczajnych, t. j. takich, którzy do „Związku Towarzystw" nie należą; tacy mają płacić wyższe wkładki. Przy tej sposobności zauważyć należy, że od 1 czerwca b. r. wszyscy członkowie „Instytutu zapomogowego" zobowiązani będą płacić także jednorazową wkładkę wstępną, a mianowicie zwyczajni 5 K, a nadzwyczajni 10 K.

Dalszym wynikiem takiej organizacyi jest postanowienie, że tylko Towarzystwa do „Związku" należące, a zatem tylko zwyczajni członkowie „Instytutu" mogą mieć wpływ na jego zarząd. Sprawy załatwiają się na wiecach Towarzystw lekarskich, na które każde Towarzystwo, należące do „Związku", wysyła swych delegatów; na wiecach też odbywają się wybory zarządzającego Wydziału.

„Związek Towarzystw lekarskich", powołując do życia „Instytut zapomogowy", spełnił jedno z najważniejszych swych zadań; całkowity atoli zakres jego działania przez to jeszcze nie został wyczerpany. Dalsze istnienie „Instytutu" jest koniecznością: Izby lekarskie nie uczyniły go zbytecznym, bo „Związek" reprezentuje organizacyę całego lekarskiego stanu w Austryi, a organizacyę tę popierać i wzmacniać jest obowiązkiem każdego kolegi we własnym swoim interesie. Reprezentowany przez „Związek" stan lekarski w Austryi ma przedewszystkiem za zadanie popierać Izby w ich czynnościach, a tam znów, gdzie ustawa kładzie tamę działalności Izb lekarskich, występować, o ile siły starczą, w obronie interesów lekarzy. Życzyć więc należy, by i te nieliczne Towarzystwa, które dotychczas do „Związku" nie należą, przyłączyły się do niego i nie żałowały drobnego rocznego wydatku, wynoszącego 20 halerzy od członka; a w ten sposób dokonałoby się ostateczne uzupełnienie organizacyi stanu lekarskiego w Austryi.

Za zarządzający Wydział „Austryackiego Związku Towarzystw lekarskich": *Dr. A. Loew, Dr. Svetlin, Dr. Lerch, Dr. K. Kohn, Dr. Ed. Fischer, Dr. Skorscheban, Dr. H. Adler, Prof. Dr. Finger, Dr. Heim, Dr. Schmarda, Dr. Scholz.*

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jag. otrzymał Leon Mirtenbaum.

* Redaktor „Zdrowia" (Dr. Wł. Janowski), mając na oku jedynie pożytek pisma, prosi Radę Towarzystwa higienicznego warszawskiego o zwolnienie go z tego stanowiska. »Urząd ten jest więc do obsadzenia«. (*Zdrowie*, 7).

* Kierownik kliniki chirurgicznej w Wiedniu, Dr. Eiselsberg otrzymał wezwanie do objęcia katedry w Uniwersytecie berlińskim po ustępującym w stan spoczynku prof. Königu.

* Prof. higieny w Giessen, Dr. Gaffky, otrzymał wezwanie do objęcia kierownictwa berlińskiego Instytutu dla badania chorób zakaźnych w miejsce R. Kocha.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Roger mianowany został profesorem patologii doświadczalnej i porównawczej w Paryżu. Dr. Wolff mianowany profes. nadzwycz. psychiatryi w Bazylei. Dr. Svenson mian. profes. nadzwyczajnym psychiatryi w Upsali. Dr. Menge mianowany kierownikiem kliniki położniczo-ginekologicznej w Erlandze.

Nekrologia. Dr. Scarenzio, prof. dermatologii i chorób wenerycznych, zmarł w Pawii.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 28. Borzymowski: Trzy przypadki zeszycia ran serca i teorya zszywania ran serca na spostrzeżeniach własnych oparta (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 28. Gębarski: Kilka uwag dotyczących odmy piersiowej Rzętkowski: Działania katalityczne i zaczynowe.

— *Głos lekarzy* Nr. 14 zawiera: Wywiady w sprawie partactwa lecznicego. — Taryfa lekarska. — Położenie materyalne i stanowisko społeczne lekarzy w Galicyi. — Przeciw specyfikom. — Czy lekarze mają sobie nawzajem płacić honoraryum? — Odezwa komitetu lekarzy okręgowych.

— *Postęp okulistyczny* (lipiec) Bier: O metodach fotometryi, stosowanych w higienie wzroku. Kramsztyk: Krwotok do ciała szklistego, rozpoznany jako napad jaskry.

— *Zdrowie* Z. 7. Wernic: Stan zdrowotny dzieci szkół miejskich Kalisza. Jaworski: Wpływ warunków higienicznych i pracy zawodowej na przebieg ciąży i rozwój płodu.

— *Ginekologia* Nr. 6. Mars: Klinika położniczo-ginekologiczna lwowska, jej powstanie, rozwój i wyniki. Bujalski: Macica dwoista. Krwistek maciczny i jajowodowy. Cięcie brzuszne Cykowski: Przyczynek do kazuistyki cięcia cesarskiego.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 7. Gorjanović-Kramberger: O genezi Krapinskich toplica. Rakovac: Občenite indikacije za akratotherme. Mai: O načinu i uspjesima liečenja u Krapinskim toplicama.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 28. Pelnaře: Anatomický nález při posunčině těhotných (dok.). Dvořák: Endemie tyfová v kr. česk. zem. nalezinci a porodnici r. 1902 a 1904 (c. d.). Heveroch: Atrofie svalová typu Charcot-Marie (dok.). Cisler: O Krigově okénkovité resekci přepážky nosní.

— *La Presse médicale* Nr. 54. Jayle: Technika histeroktomii, wykonywanej z powodu raka szyjki drogą brzuszną. Comar i Buvat: Toksykomania: Kilka słów o jednym przypadku heroinomanii.

— Nr. 55. Reclus: Stowaina, lek sprowadzający bezbolesność miejscową. Thomas: Leczenie histeryi i neurastenii przez odosobnienie i psychoterapię. Mayor: Rzekoma nerka wędrująca.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 28. Lohr: Przypadek ostrego zatrucia solami chromowemi z samoistną cukrzycą, wyleczony przepłókiwaniem żołądka rozczynem azotanu srebrowego metodą Jakscha. Dunham: Tłuszczowy wyciąg z nerek zawierający lecytynę. M. Koch: Ciało obce (żelazo) wgojone w lewej komorze serca. Voss: Nowy plan chirurgicznego leczenia ropo-posocznicy pochodzenia usznego. Lubliński: Uwagi nad wyroślami gruczołowatemi. Coester: Przyczynek do rozpoznawania i leczenia wiądu (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 28. Grossmann: Uwagi nad stosowaniem morfiny w przebiegu chorób serca. Alt: Leczenie wrodzonego obrzęku śluzakowego gruczołem tarczykowym. Bettmann: Poronne leczenie ostrej rzeżączki. Becker: Przyczynek do rozpoznawania zwężenia odźwiernika. Flatau: Zapalenie nerwu wzrokowego w durze rzekomym. Treutlein: Przyczynek do nauki o pierwotnej gruźlicy kiszek u cielęcia. Calmann: Wydobycie wysoko ustawionej główki zapomocą zwykłych kleszczy. Saniter: Nowa technika leczenia nieżytu szyjki macicznej. Moebius: Kościec zmacerowanego płodu w macicy. Uffenheimer: Przyczynek kliniczny do bakteryologii wrzodliwo-błoniastego zapalenia gardła (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 28. Wertheim: Sprawozdanie o trwałych skutkach, oczekiwanych po operacyach raka macicy, rozszezonego na części sąsiednie. Kapsammer: Chirurgia nerek i czynnościowe rozpoznanie. Herrmann: Promieniotwórczość źródeł Karolowych Warów. Fleckseder: Biologiczne odczyny wyciągów z tasiemca. Hahn: Dwa przypadki podskórnego rozdarcia mięśnia dwugłowego ramienia.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 29. Raehlmann: Składniki krwi widzialne ultramikroskopowo. Oppenheim: Porażenie myasteniczne. Curschmann: Zapalenie opon mózgowych po urazie. Kutner: Rozpoznanie patologicznych szmerów (zaburzenia w zakresie odruchów). Krause: Wyleczenie błonicy miedniczek nerkowych drogą operacyjną. Posner i Kohn: Rozpoznanie i leczenie braku plemników. Voss: Dogodny przyrząd do kateteryzowania w przebiegu chorób usznych. Köbner: Etyologia i terapia, specyalnie balneoterapia łuszczycy pospolitej.

Redakcya otrzymała: Pruszyński: O wpływie adrenaliny na układ krwionośny.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 28 (od 10/VII do 16/VII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 29, dz. 26; nieżywo: chł. 3, dz. 1. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 20, kob. 23; zamiejscowych: męż. 8, kob. 5.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 9, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 2, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 13, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 4, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. 2, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob —. **Razem** miej. 43, obcych 13.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr. **Jekels,** właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.
Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski,** docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).
Dr. **Witczak,** kierownik i właściciel Zakładu.

Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).
Dr. **Zanietowski Józef,** jun., lekarz zakł.

Kosów
lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski,** kierownik i właściciel.

Krynica.
Dr. **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens,** („pod Jeleniem“).
Dr. **Ebers,** radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Kopff Leon,** lekarz c. k. Zakładu zdrojowego.
Dr. **Lewicki Stanisław,** asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.,** („pod Orłem“).

Maryówka pod Lwowem.
Dr. **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakładu.

Ojców.
Dr. **Niedzielski St.,** dyrektor zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Daniłowski Br.,** asystent dyrektora.

Rabka.
Dr. **Lang,** lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz,** lekarz zakładowy.

Swoszowice.
Dr. **Cholewicz Franciszek.**

Szczawnica.
Dr. **Gorski Ksawery,** lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Hammerschlag Rudolf,** (dom „pod Attylą“).
Dr. **Kołączkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu.
Dr. **Żuliński Edward,** (Willa „Alma“), (zimą w Meranie).

Truskawiec.
Dr. **Krzyżanowski E.,** radca ces., lekarz zakł.
Dr. **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł

Zakopane.
Dr. **Majewicz Edmund,** Przecznica.

Żegiestów.
Dr. **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr. **Kümmerling,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr. **Feuerstein Leon,** („Hotel Continental“).

Cieplice trenczyńskie.
Dr. **Filipkiewicz Stefan,** lekarz zakł.
Dr. **Wobr,** lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Franzensbad.
Dr. **Steinsberg,** („Goldener Brunnen“).
Dr. **Zeitner Józef,** (dom „Stadt Paris“).

Gleichenberg.
Dr. **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger“ IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.
(Kąpiele morskie i piaskowe.)
Dr. **Oransz M.,** (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.
Dr. **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr. **Kaufmann Oskar,** (Sprudelstrasse, „Pascha“).
Dr. **Kołaczkowski,** („Stadt Athen“).
Dr. **Kostecki,** (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz,** (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau“).
Dr. **Kropf Leon,** (Theatergasse, „Minerva“).
Dr. **Maleszewski Wł.,** (Alte Wiese, „Drei Staffeln“).

Kissingen.
Dr. **Chłapowski Franciszek,** radca sanitarny.
Dr. **Maciejewski J.,** (Villa „Elsa“).

Kołobrzeg.
Dr. **Weissenberg Józef,** (zimą *Nervi*).

Marienbad.
Dr. **Dobija Fr.,** (Kaiserstrasse, „Weisser Schwan“).
Dr. **Harajewicz Wład.,** (Villa „Wahnfried“).
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).
Dr. **Schermant J.,** (Villa „Apollo“).

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)
Dr. **Binder,** kier. i właściciel sanatoryum „Stefania“.

Nauheim.
Dr. **Jankowski Fr.**

Rok XLIII. Kraków 30 Lipca 1904. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu higieny i bakteryologii U. J. w Krakowie pod kierunkiem prof. O. Bujwida.

O „typhus-diagnosticum" Fickera [1]).

Podał

Dr. Kazimierz Habicht.

Tak zwane „typhus diagnosticum" Fickera, polecone przez tego autora w końcu zeszłego roku do badań aglutynacyi makroskopowej w durze brzusznym, jest nader rozrzedzoną zawiesiną prątków durowych w płynie, którego skład Ficker dotąd zachował w tajemnicy.

Sposób, w jaki się używa „typhus-diagnosticum", pozwala lekarzowi w każdym przypadku, bez żywej hodowli prątków durowych, bez cieplarki i bez znacznej straty czasu, wykonać w celach rozpoznawczych próbę, która co do pewności zupełnie odpowiada próbie Widala, — rozumie się z temi samemi zastrzeżeniami w razie wyniku ujemnego, — jak wiadomo bowiem odczyn Widala nie występuje w przeważnej liczbie przypadków, aż dopiero w drugim tygodniu cierpienia.

„Typhus diagnosticum" Fickera ma nadto wielkie znaczenie tak dla praktycznej serodyagnostyki, jak i dla zagadnień teoretycznych, z nią się wiążących, gdyż jako jednostajny odczynnik pozwoli różnym badaczom uzyskiwać wyniki współrzędne.

Według Fickera próba ta ma przebieg następujący: Wziąwszy badanemu mniej więcej 1 ctm. sz. krwi, czy to sposobem zwykłym przez nakłucie palca i zastósowanie pipety włosowatej, — czy też zapomocą bańki „ciętej" i po otrzymaniu z tejże surowicy, co mniej więcej do 2 godzin następuje, bierzemy pipetą 0·1 ctm. sz. czystej surowicy do jednej z probówek i dodajemy 0·9 ctm. sz. rozczynu fizyologicznego soli, przez co otrzymujemy 10% rozczynu surowicy. Z tego rozczynu dajemy do probówki Nr. 1 0·2 ctm. sz., do probówki Nr, 2 0·1 ctm. sz. i uzupełniamy obydwie do 1 ctm. sz. „typhus-diagnosticum" dobrze zamieszane poprzednio, — to znaczy dolewamy tegoż do probówki Nr. 1 0·8 ctm. sz., do probówki Nr. 2 0·9 ctm. sz., otrzymując przez to rozczyny surowic 1 : 50 i 1 : 100. Wreszcie do probówki Nr. 3 nalewamy czyste „typhus- diagnosticum" 1 ctm. sz. dla kontroli. Po szczelnem zatkaniu probówek i wymieszaniu ich treści, zostawiamy je w ciepłocie pokojowej w miejscu zacienionem. W przypadkach duru brzusznego już w kilka godzin zaczyna się płyn w probówkach Nr. 1 i 2 wyjaśniać, na dnie zaś zbierają się kłaczki; w przeciągu zaś mniej więcej 6 do 12 godzin tworzy się na dnie strąt, ponad którym płyn jest zupełnie jasny: w tym samym czasie w probówce Nr. 3, zawierającej dla kontroli czyste „typhus diagnosticum", nie znajdujemy żadnej zmiany; zawiesina jest zupełnie jednostajna i dopiero po dłuższym czasie spostrzegamy na dnie osad, różny od strątu w probówkach Nr. 1 i 2. Fabryka Mercka z Darmstattu, wyrabiająca „typhus diagnosticum", odstąpiła bezinteresownie krakowskiemu zakładowi higieny pewną ilość tego odczynnika do doświadczeń, przez co umożliwiła obecną pracę, a mając sposobność badania chorych w klinice pedyatrycznej Szpitala św. Ludwika i chorych obu oddziałów chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza, mogłem w 10 przypadkach duru klinicznie rozpoznanego sprawdzić to, co dotąd o „typhus-diagnosticum" ogłoszono, że tylko wspomnimy pracę Dr. Eliasza Radzikowskiego (ogłoszoną w „Przeglądzie lekarskim"), to znaczy, że „typhus diagnosticum" Fickera daje wszędzie wyniki dodatnie tam, gdzie znajdujemy odczyn Widala i że jest środkiem rozpoznawczym równomiernie z tą próbą czułym i pewnym.

Krew ludzi zdrowych lub chorych nie na dur brzuszny, nie daje stanowczo żadnego strątu, lecz analogicznie nie otrzymuje się w takich razach odczynu Widala.

Próba robiona za pomocą „typhus diagnosticum" Fickera daje lekarzowi praktycznemu w rękę łatwy i przystępny sposób wykonywania odczynu Widala, na pewny jednak wynik aglutynacyi trzeba czekać do 12 godzin; — chcąc przyspieszyć ten proces, zastósowałem, idąc za wskazówkami kol. Eisenberga, pod którego kierunkiem te doświadczenia robiłem, — metodę Asakawy, polegającą na tem, że badaną próbę zamraża się i pozostawia do powolnego odtajania, przyczem powstaje aglutynacya. Całkowite zamrożenie udaje się nieraz w przeciągu 4 do 10 minut, — odtajanie trwa również nie dłużej — tak, że możnaby już w 20 minutach po otrzymaniu surowicy mieć odpowiedź na pytanie, czy aglutynacya w danym przypadku wystąpi, czy też nie. Niestety, próba ta, mimo że w kilku przypadkach, szczególnie przy surowicach wysoko aglutynujących, dawała wyniki dodatnie, nieraz widoczne nawet przed zupełnem zamarznięciem, — to w innych występowała po odtajaniu dopiero w kilka godzin.

W każdym razie metoda Asakawy zasługuje na bliższe zbadanie. W toku tych badań robiliśmy doświadczenia nad innemi metodami, pozwalającemi lekarzowi praktycznemu obejść się bez żywej hodowli.

Jak wiadomo, hodowla duru brzusznego, jak zresztą wiele innych, ogrzewana przez godzinę do 58°, bywa zabitą, nie traci jednak własności aglutynowania się. Własność ulegania aglutynacyi nietylko nie znika, — owszem, jak mogliśmy się przekonać w pewnych przypadkach naszych doświadczeń, stanowczo się wzmaga.

Postępowanie nasze na tem polegało, że robiliśmy zawiesinę z 24-godzinnej hodowli duru brzusznego w rozczynie fizyologicznym, na 1 agar 30 ctm. sz. płynu, — dla otrzymania analogicznego zagęszczenia zawiesiny, jak hodo-

[1]) Według odczytu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem d. 11 maja 1904 r.

wla bulionowa 24-godzinna. Połowę tej zawiesiny ogrzewaliśmy przez godzinę do 58°, potem robiliśmy rozcieńczenia tak z zawiesiny ogrzewanej, jak i pierwotnej, któreby odpowiadały zgęszczeniu użytemu, przez Fickera, co wypadało 1 : 5 i z temi zawiesinami, to znaczy z hodowlą pierwotną nieogrzewaną i ogrzewaną, wreszcie z ich rozcieńczeniami robiliśmy próby porównawcze z „typhus diagnosticum“. Pokazało się, że przy wyższych rozcieńczeniach surowicy badanej zawiesiny nie rozcieńczane nie dawały aglutynacyi, podczas gdy „typhus diagnosticum“ i hodowle, sprowadzone do gęstości tegoż, dawały jeszcze wyraźny i niewątpliwy strąt, szczególniej okazała się czułą na równi z „typhus diagnosticum“ zawiesina ogrzewana rozcieńczona.

W celu oznaczenia ściślejszych granic tych różnic, używaliśmy oprócz surowic ludzi durem dotkniętych, także wysokowartościowych surowic koni uodparnianych przeciw durowi; gdy granica dla „typhus diagnosticum“ Fickera i zawiesiny ogrzewanej rozcieńczonej była między 48.000 a 60 000, to zawiesina nie ogrzana rozcieńczona dała aglutynacyę zaledwo przy 12 000; — zawiesina zaś ogrzewana o prawidłowem zagęszczeniu dała jeszcze przy 17.000, a nieogrzana zaś przy 10.000.

Te same różnice znachodziliśmy także w doświadczeniach z surowicami ludzkiemi, rozumie się w niższych tylko wartościach, więc mniejsze były wahania; — dość, że przytoczę jeden przypadek surowicy wysoko aglutynującej Nr. 6. dziecka 6-letniego, gdzie „typhus diagnosticum“ i hodowla ogrzewana rozcieńczona i nierozcieńczona dawały aglutynacyę w granicach między 1 : 1000 a 1 : 1500, podczas gdy hodowle nieogrzewane, tak rozcieńczone, jak i prawidłowe, dawały wyraźną aglutynacyę tylko do > 1 : 750.

Drugi szereg badań naszych rozciągał się na hodowle prątków durowych zabitych formaliną. Pröscher podał swego czasu, że jeżeli do 24-godzinnej hodowli bulionowej prątków durowych dodamy 1 : 100 zwykłej formaliny, zawierającej 40% formaldehydu, to prątki ulegną zabiciu, nie tracą jednak własności aglutynowania się, o czem także pisze Ruediger. Próby nasze potwierdziły ten szczegół w zupełności. Hodowla bulionowa po dodaniu formaliny nie zmienia się ani makroskopowo, ani badana w kropli wiszącej, — przedstawiając się jako jednostajna zawiesina martwych prątków durowych i utrzymując się bardzo długo bez tworzenia osadu. Aglutynacya, — którą sprawdzaliśmy tak makro-, jak i mikroskopowo, powstaje w równych warunkach, jak przy „typhus diagnosticum“ i przy zwykłej próbie Widala.

Wyciągając wniosek z tych doświadczeń, zdaje mi się, że nie bardzo pomylę się twierdząc, że „typhus diagnosticum“ Fickera jest rozcieńczoną hodowlą prątków durowych, konserwowaną formaliną — albo też hodowlą ogrzewaną do 58° i przechowywaną aseptycznie, — lub bez odgadywania postępowania Fickera, — że możnaby podobne i również czułe „typhus diagnosticum“ otrzymać już to przez ogrzewanie rozcieńczonej zawiesiny hodowli prątków durowych, już też przez dodanie do niej formaliny w stosunku 1 : 100. Zawiesiny podobne utrzymują się bardzo długo bez zmiany i, co bardzo ważne, nie dają sedymentacyi nawet w 24 godzinach. W końcu załączam tablicę, wykazującą granicę rozcieńczeń surowic, badanych różnymi sposobami, dające jeszcze aglutynacye, — dla porównania czułości pojedynczych sposobów.

	Surowica chorych	daje aglutynacyę	Z „typhus diagnosticum“	Z hod. norm. nieogrzanemi	Z hod. nieogrz. rozcieńczona	Z hod. ogrz. nierozcieńczoną	Z hod. ogrz rozcieńczoną
1.	Chora Z. K. l. 42	koniec 3 tyg.	1 : 1500	1 : 500	1 : 500	1 : 1500	1 : 1500
2.	Chory J. K. l. 26	początek 4 tyg.	1 : 15.000	1 : 10.000	1 : 10.000	1 : 15.000	1 : 15.000
3.	Chora J. G. l. 24	koniec 2 tyg.	1 : 150	1 : 150	1 : 150	—	—
4.	Chory S. T. l. 26	koniec 2 tyg.	1 : 200	1 : 150	1 : 200	—	—
5	Chora K. Z. l. 32	początek 3 tyg.	> 1 : 300	> 1 : 300	> 1 : 300	—	—
6.a)	Chory St. G. l. 6	początek 2 tyg	1 : 150	1 : 150	1 : 150	-	—
b)	ten sam	koniec 3 tyg.	1 : 1000	1 : 750	1 : 750	1 : 1000	1 : 1000
7.	Chory N. N. l. 18	3 tyd.	1 : 100	1 : 100	1 : 100	—	—
8.	Chora Z. R. l. 23	Nawrót od 4 dni	> 1 : 300	> 1 : 300	> 1 : 300	—	=
	Surowica konia uod-	—	> 1 : 48.000	1 : 10 000	< 1 : 12.000	1 : 17 500	> 1 : 48.000
	parnianego	—	< 1 : 60.000	—	—	—	< 1 : 60.000
	Surowica chorych	**daje aglutynacyę**	**Z „typhus diagnosticum“**	**Z hod. norm. form. 1 : 100**	**Z hod. rozcień. form 1 : 100**		
9.a)	Chory K. S. l. 26	2 tyg.	> 1 : 30	1 : 30	—	—	—
b)	ten sam	3 tyg	1 : 1500	1 : 1000	1 : 1500	—	—
10.a)	Chory H. S. l. 20	początek 2 tyg.	> 1 : 30	> 1 : 30	—	—	—
b)	ten sam	początek 3 tyg.	1 : 300	1 : 300	1 : 300	—	—
11.	Chory St. G. l. 6	koniec 3 tyg.	1 : 1000	1 : 750	1 : 1000	—	—
	Surowice chorych na inne cierpienia lub zdrowych:						
I.	M. K.	zdrowy	brak	brak	—	brak	—
II.	M. J.	gruźlica płuc	brak	brak	—	brak	—
III	S.	Phlegm.	1 : 5?	1 : 5?	—	1 : 5?	—
IV.	D.	wyprysk przewlekły	1 : 5	1 : 5	—	1 : 5	—
V.	K.	stwardnienie rozsiane	1 : 5?	1 : 5?	—	1 : 5?	—

II. Z oddziału chorób wewnętrznych Prof. Dra St. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O veronalu, nowym leku nasennym.

Opracował
Dr. Tadeusz Pisarski.

(Dokończenie.)

Przez cały czas podawania veronalu nie spostrzegłem nigdy jakichkolwiek zmian w ciepłocie ciała, a cztery przypadki podniesienia się ciepłoty znalazły swoje uzasadnienie w zaostrzeniu się sprawy chorobowej, trzy razy gruźlicy płuc, a raz w zapaleniu śródsierdzia.

Lilienfeld i Würth spostrzegali występującą czasem wysypkę po zażyciu veronalu, która miała charakter zwykłej intoksykacyjnej pokrzywki, a według Würtha usadawiała się ona ze szczególnem upodobaniem po stronie mięśni wyprostnych na kończynach. Zmian podobnych nigdy nie widziałem po zażywaniu veronalu. Spostrzegałem natomiast inne zjawisko, a mianowicie obfite pocenie się i to dość często, bo 16 razy, a więc około 8%.

Łaknienie i oddawanie stolca nie ulegały przy podawaniu veronalu żadnej zmianie; również nie dostrzegłem szkodliwego wpływu na narząd oddechowy; owszem, w lżejszych przypadkach gruźlicy płuc lub przewlekłego nieżytu oskrzeli, jeżeli kaszel nie był zbyt męczącym, to stawał się jeszcze rzadszym i lżejszym, a jeden z chorych, który z powodu kaszlu nie mógł sypiać i miernie odkrztuszał, twierdził, że po „takim proszku“ kaszel stał się nietylko rzadszym, lecz i suchszym.

Liczba tętna bywała po największej części nieco większa, lecz napięcie nie zmieniało się i to nawet u chorych, cierpiących na wady zastawek. Badanie tętna przeprowadzałem stigmografem, zdejmując krzywą w różnych odstępach czasu po podaniu większych dawek veronalu, a więc po 1, 2, 3, 4, 5 do 14 godzin. Rysunek tętna pozostawał zawsze jednaki.

Trautmann, używając do doświadczeń swojej własnej osoby, doszedł do wniosku, że veronal zaoszczędza rozkład białka w ustroju i zaleca podawać go w bezsenności u chorych z podupadłem odżywieniem lub u gorączkujących. Inni zaś autorowie, jak Matthey, Würth, Mendel i Kron stwierdzili stale zwiększanie się ciężaru ciała.

Na pięć przypadków, jakie wyłącznie w tym kierunku badałem, dwa razy stwierdziłem niewątpliwie przybytek na wadze po ośmiu dniach zażywania veronalu.

Co do zmian, spostrzeganych w moczu, którego fizyczne własności i skład chemiczny były bardzo starannie badane, to oddziaływanie moczu, jakoteż i barwa nie ulegały zmianie, bo jakkolwiek na 50 badanych prób moczu 10 razy był on nieco ciemniejszy, to jednak natężenie tej barwy było ciemniejsze tylko w porównaniu do barwy, jaką posiadał mocz przed użyciem veronalu, lecz nie zdradzało jeszcze nic chorobowego.

Ilość moczu wydzielanego na 24 godzin ulegała 16 razy nieznacznemu zwiększeniu, 13 razy zaś zmniejszeniu; wahania te jednak były nieznaczne i mogły być spowodowane innymi czynnikami. Tam, gdzie ilość moczu stawała się większa, tam odpowiednio do tego i ciężar gatunkowy malał. Szczególnie pilnie śledziłem chorych, cierpiących na chorobę Brighta i wady zastawkowe, albowiem w tych przypadkach może zależeć na wzmożeniu się moczenia i właśnie w tych cierpieniach otrzymałem wyniki zupełnie ujemne: ilość moczu albo całkiem nie ulegała zmianie, albo nawet malała.

Ze względu na zachowanie się moczenia, jeden tylko przypadek zasługuje na szczegółową wzmiankę, a dotyczy on chorego na cukrzycę. Chory ten, liczący lat 27, od kilkunastu miesięcy czuł się osłabionym, doznawał ustawicznie niedającego się ugasić pragnienia i bardzo często musiał oddawać mocz, nawet w nocy, co stanowiło powód bezsenności. Z powodu tych dolegliwości zgłosił się do szpitala, a badanie wykazało cukrzycę. W chwili, kiedy chorego dostałem pod obserwacyę, odsetek cukru w moczu wynosił 14%, ciężar gatunkowy moczu 1 060, a ilość na dobę 4400 ctm. sz., pomimo że chory od paru tygodni pobierał sól karlsbadzką i pozostawał na odpowiedniej dyecie. Dnia 4 lutego podałem 0 50 veronalu. Chory spał dobrze, a do oddania moczu wstawał w nocy tylko 2 razy; ilość moczu 2000 ctm. sz. Następnego dnia nie dostał veronalu, — ilość moczu podniosła się do 4000 ctm. sz., mimo, że ilość wypitej wody wynosiła tyleż, co poprzedniej doby. Przez 4 następne dni otrzymywał co wieczór po 1,0 veronalu, po którym zawsze dobrze spał; dla oddania moczu wstawał tylko raz na noc; pragnienie miał znacznie mniejsze, a ilość moczu wahała się między 3000 a 3800 ctm. sz. Po piątej dawce veronalu ciężar gatunkowy moczu wynosił tylko 1·050, a cukru było 12%. Po siódmej dawce ilość moczu 3000 ctm. sz. W cztery dni po ostatniej dawce veronalu ilość moczu podniosła się do 5200 ctm. sz., w pięć dni do 4400 ctm. sz., w sześć dni do 4600 ctm. sz. Ponieważ chory ten wypijał zawsze jednakową ilość wody ($1^1/_2$ litra) i zachowywał sie wogóle tak samo, jak poprzednio, wynikałoby stąd, że veronal zmniejszał u niego ilość moczu wydzielanego na dobę, — a co więcej — i ilość odsetkowa cukru także się obniżyła.

Z ciał aromatycznych urochrom ulegał czasem (19 razy) nieznacznemu zwiększeniu; indoksyl zaś pozostawał bez zmian. Mocznik, kwas moczowy, chlorki, siarkany i fosforany potasowców nigdy nie ulegały zmianie, a tylko ilość fosforanów ziem 15 razy wzrosła, który to wzrost nie przekraczał jeszcze granic fizyologicznych.

Białko, jeżeli nie istniało w moczu chorego, to nawet i po dłuższem zażywaniu veronalu nigdy się nie pojawiło. Również nie wystąpiły nigdy i inne składniki nieprawidłowe.

Z pracy mojej, jakoteż z prac innych, wynika dowodnie, że veronal jest dobrym lekiem nasennym, a w długim szeregu środków nasennych zająć musi jedno z pierwszych miejsc. Od dobrego bowiem leku nasennego wymagamy, ażeby działał szybko, pewnie, nieszkodliwie i bezpozostawiania nieprzyjemnego czucia się, a wszystkie te zalety posiada veronal w wysokim stopniu.

Działa on szybko, gdyż po dawce 0·50—1·0 sen występuje w niespełna godzinę. Działa również pewnie, jeżeli się go tylko odpowiednio użyje. Pamiętać bowiem należy, że veronal działa wyłącznie nasennie (*hypnoticum)*; działa uspokajająco *(sedativum)*, lecz nie działa kojąco na ból i jedynie tylko, jeżeli dolegliwości fizyczne są bardzo małego nasilenia, skutku po nim spodziewać się można.

Działanie pewne veronalu zawisło także od postaci, w jakiej go się używa. Ja podawałem go rozmaicie: rozpuszczony w gorącej herbacie lub mleku, w opłatku, w winie, w pastylkach, czopkach, w lewatywach i drogą podskórnych wstrzykiwań.

Najszybciej działa veronal, jeżeli się go rozpuści w kieliszku wina lub w gorącej herbacie. Czopki z masła kakaowego okazały się najmniej skuteczne; być może dlatego, że pojedyncze igiełki zostają osłonięte tłuszczem i ulegają przez to powolniejszemu wessaniu. Znacznie lepiej działały lewatywy; tutaj jednak trzeba dodać, że dawka w lewatywie musi wynosić najmniej 1·50, a roztwór powinien być ciepły, gdyż po oziębieniu veronal krystalizuje w postaci długich jedwabistych nitek.

Przy używaniu drogą odbytnicy nie stwierdziłem nigdy jakiegoś ujemnego działania na jej błonę śluzową.

Szczególnie polecenia godne są kołaczyki (pastylki), wyrabiane fabrycznie z masła kakaowego i czekolady, zawierające po 0·50 veronalu, a opatrzone rowkiem, co ułatwia dzielenie pojedynczego kołaczyka na dawki po 0·25.

Wstrzykiwania podskórne okazały się nader odpowiedniemi. Mają one tę wyższość nad wszystkimi innymi sposobami podawania, że dawka może być ściśle oznaczona i że skutek o wiele szybciej występuje. Samo wstrzykiwanie znosili chorzy doskonale, tak, jak wstrzykiwania z czystego wyskoku; miejscowe oddziaływanie nigdy nie wystąpiło. Przed wstrzyknięciem oczyszczałem dokładnie skórę wyskokiem i roztworem sublimatu; strzykawkę zaś wyjaławiałem gotowaniem. Początkowo używałem do wstrzykiwań roztworu wodnego 1%, ponieważ jednak trzeba było wprowadzać duże ilości płynu, przeszedłem do roztworu wyskokowo-wodnego, a mianowicie: *Rp. Veronali 1,0, Alcohol. absol. 15,0, Aqu. destill. sterilisat. 35,0* i z tego wstrzykiwałem po 25 grm. = 0·50 veronalu. Najdogodniejszemi jednak okazały się wstrzykiwania roztworu wyskokowego 10-procentowego. Są to wstrzykiwania niebolesne, a wstrzykując po 5 gramów takiego roztworu, wprowadza się 0·50 veronalu, a więc dawkę przeciętnie skuteczną.

O względnej nieszkodliwości veronalu mówiłem już poprzednio; tutaj zaznaczę tylko, że o ile po większych dawkach spotykałem się czasem z użalaniem się chorych na różne podmiotowe niemiłe uczucia, o tyle przedmiotowo ujemnego działania nigdy nie stwierdziłem.

Podając go przez usta w jakiejkolwiek formie, nie napotyka się nigdy na skargi ze strony pacyentów na nieprzyjemny smak, gdyż smak veronalu jest lekko gorzki, prawie obojętny. Jest to bardzo ważny wzgląd, gdyż znane są skargi chorych na wstrętny smak chloralu i *amylenum hydratum*, które to środki są dzisiaj w powszechnem i częstem używaniu. Wyższość veronalu nad tryonalem zaznacza się głównie w dwóch kierunkach: raz, że znacznie mniejsze dawki są już skuteczne, a powtóre, że nie działa na hemoglobinę krwi, którеto ujemne działanie posiada tryonal. Jakiekolwiekby kto zresztą wyrobił sobie przekonanie co do wyższości veronalu nad innymi środkami nasennymi i gdyby ono nawet wypadło co do tego punktu, o czem pozwalamy sobie powątpiewać, ujemnie, to jedno pozostaje pewnem, że terapia pozyskała w veronalu lek bardzo dobry, a powiększenie liczby środków nasennych ze względu na częstą potrzebę zmieniania ich, było i jest pożądanem.

Veronal, używany do tych doświadczeń, pochodził z fabryki E. Mercka w Darmstadzie.

Kończąc niniejszą pracę, poczuwam się do miłego obowiązku wyrażenia na tem miejscu serdecznego podziękowania Prof. Drowi Pareńskiemu za poddanie mi tematu, pozwolenie dokonywania doświadczeń na chorych jego oddziału szpitalnego, jako też za wspieranie mnię podczas pracy swojemi doświadczonemi radami i uwagami.

Piśmiennictwo. 1) Aronheim: Medicinische Woche, 1903, Nr. 31. — 2) Berent: Therapeut. Monatshefte, 1903, Nr. 6. — 3) E. Fischer i v. Mering: Therapie der Gegenwart, 1903, Nr. 3 i 1904, Nr. 4. — 4) W. Fischer: Therapeut. Monatshefte, 1903, Nr. 8. — 5) Gerhartz: Berliner klin. Wochenschrift. 1903, Nr. 40. — 6) Jolly: Ibidem, 1903, Nr. 21. — 7) Laudenheimer: Therapie der Gegenwart, 1904, Nr. 1. — 8) Lilienfeld: Berliner klin. Wochenschrift, 1903, Nr. 21. — 9) Lotsch: Fortschritte der Medizin, 1903, Nr. 19. — 10) Matthey: Neurologisches Centralblatt, 1903, Nr. 19. — 11) Mendel-Kron: Deutsche medizin. Wochenschrift, 1903, Nr. 34. — 12) Offer: Centralblatt für die ges. Therapie, 1903, Juli; Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1903, Nr. 32. — 13) Oppenheim: Berliner klinische Wochenschrift, 1903, Nr. 21. — 14) Luther: Psychiatr.-Neurologische Wochenschrift, 1903, Nr. 28. — 15) Poly: Münchener med. Wochenschrift, 1903, Nr. 20. — 16) Raschkow: Wiener klin. Rundschau 1903, Nr. 41. — 17) Rosenfeld: Therap. der Gegenwart, 1903, Nr. 4 — 18) Schüle: Therap. Monatshefte, 1903, Nr. 5. — 19) Spielmeyer Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1903, Nr. 163. — 20) Thomsen: Psychiatr.-Neurologische Wochenschrift, 1903, Nr. 13 i Aerztliche Praxis, 1903, Nr. 16 — 21) Trautmann: Therapie der Gegenwart, 1903, Nr. 10. — 22) Weber: Deutsche med. Wochenschr., 1903, Nr. 40. — 23) Wiener: Wiener med. Presse, 1903, Nr. 24. — 14) Würth: Psychiatr.-Neurologische Wochenschrift, 1903, Nr. 9.

III. Oceny i sprawozdania.

Spira. Leczenie ostrego zapalenia ucha środkowego.

Sprawa leczenia ostrego zapalenia ucha środkowego stała się w ostatnich czasach przedmiotem szerszego zajęcia i ożywionej dyskusyi naukowej. Bodziec do tego dał Zaufal w Pradze, wprowadziwszy w dotychczasowym sposobie leczenia tej choroby zmianę zasadniczą, polegającą na postępowaniu więcej zachowawczem i zwlekaniu nacięcia błony bębenkowej do 7—8 dnia choroby. W naszem piśmiennictwie zabrali w tej sprawie głos koledzy Dudrewicz i Heiman (syn). Dudrewicz przyjmuje zupełnie i bez zastrzeżeń metodę leczenia Zaufala, polegającą na spokoju, ciepłych okładach, napojonych 2—5% roztworem octanu glinowego. Zewnętrznie podaje się salicylan sodowy, w razie zaś silnych bolów usznych — morfinę w czopkach do ucha lub jodynuje się okolicę ucha. Jeżeli zaś do 7—8 dnia bole i gorączka nie ustają, należy przystąpić do nacięcia błony bębenkowej. W ciągu ostatnich $1\frac{1}{2}$—2 lat spostrzegał D. 96 przypadków ostrego zapalenia ucha środkowego, leczonych podobnym sposobem. Przytem przedziurawienie błony bębenkowej nastąpiło tylko w 15 przypadkach, z których 3 przeszły w stan przewlekły. Nacięcie błony bębenkowej wykonał raz tylko w 5-tym dniu, gdy do tego czasu nie nastąpiła poprawa, poczem chory wyzdrowiał; i w jednym przypadku zmuszonym był wykonać trepanacyę wyrostka sutkowego.

Wywody autora nie przemawiają do przekonania. Przedewszystkiem, o ile z opisu D. wnioskować można, miał on do czynienia nie tylko z zapaleniem, lecz też z przypadkami oztrego nieżytu ucha środkowego, w których rzadko tylko zachodzi wskazanie do nacięcia błony bębenkowej. Dalej niejasnem jest, dlaczego autor w jednym przypadku wykonał nacięcie w 5-tym dniu, gdy według Zaufala na po-

prawę można czekać do 7-go dnia. Czy w przypadku trepanacyi wyrostka sutkowego wczesne nakłucie błony nie byłoby zapobiegło temu powikłaniu, tego autor dowieść nie jest w stanie.

Znacznie racyonalniej i oględniej postępuje Heiman. On również daje pierwszeństwo leczeniu przeciwzapalnemu, przyznaje jednak, że i nakłucia błony bębenkowej unikać nie należy, szczególnie jeżeli inne środki lecznicze zawodzą, z czem trudno się nie zgodzić. Na 48 przypadków ostrego zapalenia ucha, w 37 zapalenie przeszło bez uciekania się do nakłucia błony bębenkowej, z tych jednak tylko 26 tyczyło się ostrego zapalenia ropnego, w których samoistne przedziurawienie błony nastąpiło między 5—10 dniem od początku zapalenia. Reszta przypadków tyczyła się nieropnego, nieżytowego ostrego zapalenia i kończyła się pomyślnie w przeciągu 7—10 dni. W 11-stu zaś przypadkach gwałtowne bole, nie ustępujące przed żadnem leczeniem, zmusiły go do wykonania nakłucia między 6—8 dniem. Rodzi się pytanie, dlaczego autor tak długo z tym zabiegiem czekał, szczególnie jeżeli sam dalej pisze: „W tych wszystkich przypadkach nakłucia błony bębenkowej żadnych powikłań nie stwierdzono, natomiast w przypadkach ostrego zapalenia ropnego, w których błona bębenkowa przeciętą nie została, 2 miały zejście niepomyślne, skończyły się bowiem trepanacyą wyrostka sutkowego, w 6 zaś z nich zapalenie przeszło w stan ropny przewlekły“. Jedynem tłómaczeniem dla autora może być tylko ta okoliczność, że chorzy pierwej na ten zabieg zgodzić się nie chcieli, jak to rzeczywiście miało miejsce w 2 przypadkach, w których przyszło do zatrzymania się ropy i do trepanacyi wyrostka.

I doświadczenia Heimana nie zdolne są rzucić światło na tę sprawę i rozstrzygnąć kwestyę w jednym lub drugim kierunku. Mojem zdaniem jedyną logiczną i racyonalną drogą do wyświetlenia tego sporu i do słusznego ocenienia wartości metody leczniczej byłoby zestawienie i porównanie wyłącznie takich przypadków, w których mimo istnienia wyraźnych wskazań do nacięcia błony bębenkowej, tego zabiegu nie zrobiono, — z przypadkami, w których rękoczyn ten wczas został wykonany. Przytem należałoby uwzględnić, że przebieg tej choroby nie zależy wyłącznie od sposobu leczenia, lecz ważną bardzo rolę odgrywa także skłonność osobnicza chorego, jego stan ogólny, stopień odporności z jednej strony, natężenie choroby i stopień zakażenia — z drugiej. Innemi słowy: przebieg przy tem samem postępowaniu leczniczem może być różny, zależnie od tego, czy dotknięty chorobą jest człowiekiem zdrowym, silnym, czy też osłabionym, wyniszczonym i dalej, czy zapalenie ucha wystąpiło jako pierwotne, po zaziębieniu, po nieżycie górnych dróg oddechowych, czy też jako wtórne, po chorobie zakaźnej, n. p. po płonicy, grypie i t. p. Nie roszcząc sobie prawa do ostatecznego rozstrzygania tej sprawy na tem miejscu, chciałbym jednak na podstawie doświadczenia 20 i kilkoletniego uzasadnić moje stanowisko w tej kwestyi.

W pierwszych 4 miesiącach istnienia ambulatoryum otyatrycznego przy krak. szpitalu izraelickim, t. j. w czasie od września do końca grudnia 1902 r., mieliśmy 12 przypadków ostrego zapalenia i 20 przypadków ostrego ropienia ucha środkowego; w roku zaś 1903 między 772 chorobami usznemi, było 62 przyp. ostrego nieropnego i 79 przyp. ostrego zapalenia ropnego ucha środk. Przy podziale i ugrupowaniu chorób ucha środkowego z rozmysłem nie czyniłem różnicy między nieżytem ostrym a zapaleniem, zaliczając obie te postacie do ostrego nie ropnego zapalenia ucha środkowego. Jestem bowiem zdania, że stanowią one tylko różnice stopnia, mianowicie, że jedna często przechodzi w drugą, t. j. że mając przed sobą początek ostrego nieżytu ucha środkowego, nie można nigdy z góry powiedzieć, czy za kilka godzin lub parę dni choroba nie nabierze cech zapalenia ostrego, a nawet, czy nie dojdzie do ropienia. U dzieci szczególnie często się spotyka, że nieznaczny z początku nieżyt w bardzo krótkim przeciągu czasu przechodzi w silne zapalenie, a często i ropienie ucha środkowego. Zyskuje też coraz więcej zwolenników nauka Zaufala, że ostry nieżyt i ostre zapalenie ucha środkowego bywają wywołane przez te same drobnoustroje chorobotwórcze, a zatem rzecz idzie o jedną i tą samą sprawę, przedstawiającą się tylko w różnym stopniu rozwoju.

Z tego też powodu jestem przeciwnikiem podziału ostrych tych spraw na „catarrhus auris mediae acutus“ i „otitis media acuta“. Ostre zapalenie ropne jednak uważałem za stosowne odłączyć jako postać oddzielną mimo jednakowych przyczyn i tylko różnicy stopnia, a to ze względu na wybitne różnice obrazów klinicznych i przebiegu, cechujące te dwie postacie chorobowe.

Co do leczenia ostrego zapalenia ropnego ucha środkowego, to kierujemy się starą zasadą, że w sprawach zapalnych należy przedewszystkiem przeciwdziałać rozwojowi zapalenia, a więc stosujemy upust krwi (2—4 pijawek za- i przed uchem), zimne okłady naokoło ucha, do ucha wkraplamy karbol z gliceryną albo „phenolsalyl“ z gliceryną (1:10—15) z dodatkiem kokainy, zależnie od bolu. Do wewnątrz zalecamy przetwory salicylowe, w razie zaś silnych bolów — laktofeninę, antypirynę i t. p., ewentualnie środki przeczyszczające. Rzadziej, jeżeli chory zimnych okładów nie znosi, stosujemy okłady ciepłe, najlepiej z gorącego roztworu octanu glinowego. W ten sposób postępujemy przez 1 do 2 dni. — Jeżeli przez ten czas, a najdalej po 3 dniach tego leczenia, bole się nie zmniejszają, gorączka nie spada i wypuklenie błony bębenkowej nie zmniejsza się, wtedy przystępujemy bezwarunkowo do nacięcia błony bębenkowej. Rzecz oczywista, że w razie wysokiej gorączki i groźnych objawów mózgowych albo zatrzymania ropy, zabieg ten bezzwłocznie wykonany być winien. Z następstw postępowania tego byliśmy zupełnie zadowoleni, a nigdy nie mieliśmy powodu do żałowania.

Wiemy, jak uporczywe i dokuczliwe bywają bole głowy i ucha w tej chorobie, jak często nie ustępują pomimo okładów czy to zimnych, czy ciepłych, ani wobec kropli kojących, ani środków uspakajających wewnętrznych; ból usuniętym być może jedynie tylko przez nakłucie błony bębenkowej. Każdy otyatra miał już nieraz sposobność widzieć chorego, szczególnie dzieci, dotknięte tą chorobą, które gorączkują, są niespokojne, ciągle jęczą, nie śpią całemi nocami, nie jedzą, są smutne, wreszcie tracą siły i wagę, a gdy naraz pęknie błona bębenkowa, lub zostaje naciętą, w 24 godzin, a czasem już w kilka godzin ten sam chory przedstawia się nam jakby odrodzony: przy spadku gorączki staje się wesołym, śpi dobrze, je z chęcią i t. d. Zdaje mi się, że wobec takich obrazów i takiego doświadczenia trudno po prostu pojąć, jak można jeszcze wahać się w wyborze sposobu postępowania w tej chorobie i podawać w wątpliwość wartość tego zabiegu, tak często wprost zbawiennego. Na podstawie naszego doświadczenia postępowanie szkoły prazkiej (Zaufal, Piffl) wydaje mi się szkodliwym krokiem wstecz. Zaniechanie nacięcia błony bębenkowej, albo opaźnianie tego zabiegu do 8-go dnia choroby, jeżeli do tego czasu nie nastąpiła poprawa, nie jest usprawiedliwionem, a może bez wątpienia bardzo łatwo pociągnąć za sobą dość często szkodliwe następstwa. Przeciwnie, podzielam najzupełniej zdanie Jansena, wypowiedziane w niemieckiem Towarzystwie otologicznem w Trewirze (1902), że lepiej wykonać nakłucie jeden raz za wiele, niż raz za mało, gdyż zabieg ten, wykonany odpowiednio, nigdy szkody nie przynosi, a bardzo często jest wielce pożytecznym.

Przyznaję, że nieraz wypocina z błony bębenkowej znika samoistnie, bądźto drogą wessania, bądź też przez trąbkę uszną. Za możliwością wessania ropy w jamie bębenkowej przemawiają spostrzeżenia kliniczne, oraz badania anatomiczne, szczególnie na zmarłych z odry. Lecz któż może zaprzeczyć, że zatrzymanie takiej ostrej wypociny w uchu przez kilka dni nie stanie się szkodliwem? Mniejsza o to, że dłużej trwają ból, gorączka, bezsenność i ogólne

niedomaganie, przez co osłabia się ustrój i zmniejsza się jego odporność; ale przecież wpływ ropy i zawartych w niej drobnoustrojów chorobotwórczych nie może być obojętnym dla otaczającej błony śluzowej i kości ucha środkowego. Przeciwnie, jak doświadczenie poucza, wytwarza się stan wręcz szkodliwy. Pomijam już owrzodzenie błony śluzowej i próchnicę kości sąsiednich, lecz uwzględniając stosunki anatomiczne, zatrzymanie ropy stać się może zgubnem dla opon mózgowych, a zarazem groźnem dla życia. Nie brak też przykładów, w których objawy mózgowe, towarzyszące ostremu zapaleniu ucha środkowego, ustąpiły zaraz po nacięciu błony bębenkowej i wypuszczeniu wypociny. Z drugiej znowu strony spostrzeżenia Körnera wykazały, że temprędzej następuje wyleczenie, czem wcześniej zrobiono nakłucie.

Jeżeli Piffl przytacza typowy przebieg tej choroby, w której analogicznie do zapalenia płuc w 7-ym lub 8-ym dniu choroby często następuje nagły zwrot ku poprawie z ustaniem ropienia i z polepszeniem słuchu, to możemy temu przeciwstawić przypadki, w których przebieg był takisam przy wykonaniu nakłucia błony bębenkowej zaraz na początku choroby, mianowicie między 5 a 8-ym dniem ropienia zupełnie ustało, przedziurawienie się zasklepiło i słuch się poprawił, mimoto, że nie narażaliśmy chorego na niebezpieczeństwo zatrzymania ropy i jego następstw. Oczywiście niezbędnym warunkiem takiego przebiegu jest obok umiejętnego wykonania rękoczynu tego, nie zakłócanie prawidłowego przebiegu choroby zbytecznemi przestrzykiwaniami ucha, wpuszczaniem kropli, wdmuchiwaniem proszków, zbyt wczesnem przedmuchiwaniem ucha i t. p. Nacięcie zaś błony bębenkowej nie przeszkadza takiemu przebiegowi, a przyczynia się niewątpliwie do pomyślnego wyniku. Dawna zasada: „ubi pus ibi evacua“ zachowuje naszem zdaniem swoją racyę bytu w całej rozciągłości.

Wspomnieć jeszcze muszę, że Piffl sam, który u dorosłych radzi czekać z otwarciem błony bębenkowej, zaleca nie zwlekać z tym rękoczynem u dzieci małych.

To też dość często zabieg ten wykonywaliśmy i to nietylko w ostrych, lecz także w przewlekłych ropieniach usznych, gdzie otworek w błonie był niedostateczny dla swobodnego odpływu wydzieliny i nigdyśmy nie mieli powodu żałować skutków tego rękoczynu.

Natomiast zgodzić się nie mogę z tymi autorami (Bezold, Moure i i.), którzy wykonywują w ostrem zapaleniu ucha zaraz po nacięciu błony przedmuchiwanie, aczkolwiek w początku tylko przez przewód zewnętrzny ucha i z niewielką siłą. Przeciwnie, uważam za stosowne w pierwszych dniach po nakłuciu postępować jak najmożliwiej zachowawczo, unikać wszelkich zabiegów, szczególnie przedmuchiwania, aż ustąpią objawy ostre i wszelka bolesność ucha środkowego. Po nacięciu sączkujemy jamę bębenkową, zakładając wązki pasek gazy jodoformowej albo kseroformowej aż po sam otwór w błonie. Do przepłókiwania zaś ucha przystępujemy dopiero po niejakimś czasie, gdy objawy ostre ustąpią, a ropa wydziela się obficie.

Wprawdzie nie należy to do naszego tematu i nie jest też moim zamiarem przedstawiać na tem miejscu leczenie i postępowanie nasze w przewlekłem ropieniu uszów; jednakże pozwalam sobie krótko tylko tutaj mimochodem zwrócić uwagę na metodę, która mi się okazała w kilku przypadkach korzystną. Przy obszernem przedziurawieniu albo braku błony bębenkowej i uporczywem ropieniu błony śluzowej, opierającem się wszelkim zachowawczym sposobom leczenia, mieliśmy nieraz dobre wyniki po tamponowaniu jamy bębenkowej małymi kawałkami gazy, lekko zmoczonymi 1% roztworem formaliny. Sposób ten, dotychczas nie używany, dawał nam w niektórych bardzo upartych ropieniach usznych tak dobre wyniki, że ośmielamy się go polecić szerszemu kołu kolegów.

IV. Wyciągi.

Prof. Menge. **O wyłuszczeniu mięśniaków macicy drogą brzuszną.** *(Arch. f. Gyn.*, tom 72). Sprawa operacyjnego leczenia mięśniaków macicy jest jeszcze ciągle kwestyą sporną. Podczas gdy jedni operują doszczętnie, drudzy starają się zachować macicę; jedni torują drogę przez pochwę, inni obierają drogę brzuszną. W ostatnich czasach większość operatorów zwraca się więcej w kierunku leczenia zachowawczego w celu oszczędzenia kobietom dolegliwości, jakie występują po ustaniu czynności jajników. Zauważono bowiem, że czynność jajników ustaje również po pewnym czasie, choćby się usunęło samą tylko macicę, że wpływ jajników na ustrój zależy także od obecności błony śluzowej macicy i prawidłowego przebiegu procesu miesiączkowego. To też Zweifel polecił sposób operowania mięśniaków, który polega na tem, że usuwa się wprawdzie macicę, ale zachowuje jej błonę śluzową. Werth, który sądził, że zanikanie czynności jajników po wyjęciu macicy nie tyle zależy od usunięcia jej błony śluzowej, ile jest następstwem zaburzeń w krążeniu, operował w ten sposób, że po usunięciu trzonu macicy starał się zapomocą szwów wprowadzić jajniki w szerokie połączenie z kikutem macicy i sąsiedniemi fałdami otrzewnowymi i w ten sposób stworzyć dla nich nowe drogi naczyniowe. Olshausen, któremu również zależało na utrzymaniu czynności jajników, wykonywał wprawdzie amputacyę nadpochwową macicy, ale przy podwiązywaniu naczyń starał się nie natrafić na pień tętnicy macicznej i jej gałąź, idącą do jajników. Przekonano się jednak, że nawet utrzymanie jajników nie wystarcza, lecz że i przedwczesne zniknięcie procesu miesiączkowego ma wielkie znaczenie dla późniejszego zdrowia operowanej i wywołuje czasem ciężkie zaburzenia ze strony układu nerwowego. Ze względu na to, tem bardziej, że i umiejscowienie mięśniaków nie zawsze pozwala na sposób operowania Zweifla i Olshausena, sądzi autor, że, chcąc leczyć istotnie zachowawczo, pozostaje tylko jeden sposób, t. j. wyłuszczenie mięśniaków z pozostawieniem macicy, a tem samem zachowaniem procesu miesiączkowego i możliwości zastąpienia. Nadto sam zabieg jest mniejszy i łatwiejszy, aniżeli operacya doszczętna, nawet jeżeli mięśniki są duże i liczne. Zauważono również, że krwawienia, które właśnie najczęściej dawały wskazania do operacyi doszczętnej, po wyłuszczeniu guzów albo zupełnie ustawały u kobiet starszych, albo przyjmowały znowu cechę miesiączkową u kobiet młodszych. O ile jednak należy przyznać powyższej metodzie zachowawczej wielkie zalety, nie wolno było zapomnieć i o jej stronach ujemnych; tu należą: możliwość powstania nowych mięśniaków z ognisk nie odkrytych przy operacyi; możliwość krwotoku nawet wielkiego przy lub po skończonej operacyi, a tem samem możliwość bakteryjnego rozkładu utworzonych w miejscu wyłuszczenia krwiaków; możliwość zatorów powietrznych, pooperacyjnej niedrożności jelit, wreszcie wytworzenie się niezbyt silnej blizny w ścianie macicy, a tem samem możliwość pęknięcia macicy przy późniejszej ciąży. W celu usunięcia tych ujemnych stron proponuje autor pewne zmiany w technice operacyjnej. I tak przez podwiązanie gałęzi tętnic i żył macicznych jeszcze przed wyłuszczeniem guzów stara się usunąć niebezpieczeństwo krwotoku podczas i po operacyi, zatoru powietrznego i wzrostu nieodkrytych przy operacyi małych ognisk mięśniakowych; przez odpowiednie zeszycie zaś miejsc po wyłuszczeniu guzów i to głównie katgutem stara się znowu usunąć niebezpieczeństwo następowych krwotoków, pooperacyjnej niedrożności jelit, a zarazem osiągnąć silną i trwałą bliznę. Podwiązywać należy dośrodkowo od tętnicy macicznej przez więzadło szerokie, tuż obok krawędzi macicy lub nawet przez samą jej substancyę tak, aby tętnica szyjowo-pochwowa i jajnikowa leżały poza obrębem podwiązek; w ten sposób zamyka się naczynia wchodzące do mięśnia macicy, a pozostawia drożne gałęzie, odżywiające trąbki i jajniki. Metoda ta operowania mięśniaków macicy przez ich wyłuszczenie musiała w znacznym stopniu ograniczyć postępowanie drogą pochwową na korzyść drogi brzusznej. Dla drogi pochwowej nadają się tylko mięśniaki podśluzowe i niewielkie podśluzowo-międzymięśniowe; zupełnie międzymięśniowe zaś i podsurowicze będą zawsze najwygodniej i najbezpieczniej dostępne drogą brzuszną. Z tego samego powodu należy również ograniczyć metodę, która drogą sklepień pochwowych (colpotomia anterior et posterior) stara się dojść do przedniej lub tylnej ściany macicy, chyba jeżeli idzie o bardzo małe guzki, które zresztą wogóle rzadko tylko dają wskazania do operacyi. Autor w 19 przypadkach wyłuszczył drogą brzuszną czasem bardzo duże i liczne mięśniaki i otrzymał zawsze znakomite wyniki. Kilka z tych kobiet zaszło potem w ciążę i urodziło na czasie płody zdrowe i donoszone. Autor nie przeczy, że są czasem przypadki, które ze wszech miar nadają się do operacyi doszczętnej przez pochwę; dotyczą one kobiet w późnym wieku, u których wystąpienie okresu przejściowego przeciąga się poza 50

rok życia, a które tak często i silnie krwawią, że po bezskutecznem leczeniu innymi środkami można się z spokojnem sumieniem zdecydować na całkowite wyjęcie takiej macicy przez pochwę. Może się również zdarzyć, że po otwarciu jamy brzusznej metoda wyłuszczenia okaże się niemożliwą, lub że utrzymanie macicy już po wyłuszczeniu guzów będzie nieodpowiednie i bezcelowe; wówczas trzeba się zdecydować na operacyę doszczętną — i to najlepiej drogą brzuszną. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Doc. Dr. Heine. **Leczenie ostrego zapalenia ucha środkowego.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 14, 1904). Autor wypowiada swoje zdanie, co należy rozumieć przez ostre zapalenie ucha środkowego w przeciwieństwie do nieżytu ostrego tej części narządu usznego. Do tej ostatniej choroby zalicza H. właściwie tylko przypadki, w których skutkiem choroby trąbki przyszło drogą mechaniczną do zaciągnięcia błony bęb. i przesięku w jamie bęb. bez zmian zapalnych tamże. Co do leczenia właściwego zapalenia, to przedewszystkiem ma obowiązywać zasada: »*nil nocere*«, a jako wskazówki lecznicze: spokój chorego i wolny odpływ wydzieliny. Należy zatem zawsze polecić choremu unikanie pracy fizycznej, a w ciężkich przypadkach z gorączką — leżenie w łóżku. Dalej zastosować okłady Priessnitzowskie, albo ciepłe, a nawet gorące z octanu glinowego (2 łyżki stołowe na szklankę wody). W praktyce prywatnej okłady ciepłe, suche z mączki siemienia lnianego. Autor przenosi ciepło, jako środek przeciwzapalny i kojący bole nad zimnem, któremu inni lekarze oddają pierwszeństwo. Pijawki, pryszczydła i inne środki odwodzące, jak nastój jodowy, szarą maść na wyrostek, oraz maści narkotyczne, uważa za zbyteczne. Przeciw bolom usznym polecają wkraplania. Heine badając po raz pierwszy chore ucho z przedziurawieniem błony bębenkowej i ropieniem, wprawdzie przestrzykuje ucho bardzo lekko i bez prądu silnego dla oczyszczenia i uprzystępnienia sobie błony bęb. Sposób ten jest znacznie łagodniejszy i mniej rażący, niż wycieranie ucha suchymi wacikami, co ma niektóre wady, a między innemi także tę, że może wywołać zapalenie ucha zewnętrznego. W dalszem jednak leczeniu należy unikać przestrzykiwań i ograniczyć się na lekkiem wycieraniu przewodu usznego, nie dochodząc aż do błony bęb. i to tak długo, jak długo istnieją: stan ostry, bole uszne, zaczerwienienie i obrzmienie błony bęb. Po oczyszczeniu ucha drogą suchą, wsuwa się wolno wązki pasek gazy do ucha i zostawia go tam do przesiąknięcia, poczem należy go zmienić; albowiem po przesiąknięciu przestaje działać jako sączek i może raczej powodować zastój ropy. Jeżeli po ustąpieniu ciężkich objawów ostrych obfite ropienie dalej się utrzymuje, chory może sobie w domu wypłókiwać uszy 2—3 r. na dzień rozczynem kw. borowego. Jednakże rzadko tylko to jest potrzebnem i najwcześniej po 3—4 tygodniach. Wdmuchiwania kw. borowego autor w tej chorobie nie używa, a wspomina o poleconem przez Politzera wkraplaniu „hydrogenium hyperoxydatum". H. przestrzega z naciskiem przed zastosowaniem natrysku powietrza w stanie ostrym choroby, wskazując na szkodliwe działanie takiego zabiegu w tym okresie i na zgubne następstwa, mogące z tego wyniknąć. Dopiero, jeżeli po ustąpieniu zapalenia, ustaniu ropienia i zamknięciu się otworu w błonie bęb., upośledzenie słuchu i podmiotowe wrażenia słuchowe dalej się utrzymują, wtedy autor także wdmuchuje powietrze do ucha środkowego.

Usunięcie migdałków gardlanych podczas ostrego zapalenia ucha środkowego uważa H. za przeciwwskazane, przedewszystkiem ze względu na ciężką, połączoną chorobę dziecka. Powtóre, jest to bardzo wątpliwe, żeby zapalenie lub ostre ropienie dało się przez ten zabieg skrócić lub przełamać. Natomiast znane są przypadki, w których przeciwnie, zaraz po tej operacyi i prawdopodobnie w związku przyczynowym z nią nastąpiło ostre zapalenie ucha środkowego. Tylko w przypadkach, w których choroba się przedłuża, ropienie utrzymuje się przez miesiące i to bez objawów podrażnienia, można przystąpić do tej operacyi tak samo, jak w przewlekłem ropieniu usznem, lecz tylko wtedy, jeżeli migdałki te są rzeczywiście przerosłe, a nie w każdym przypadku.

W dyskusyi przytacza Bruck 2 przypadki ostrego zapalenia kości wyrostka po zawcześnie wykonanym zabiegu Politzera i jeden przypadek, w którym pijawki, przystawione u dziecka w tej chorobie, wywołały obfitą utratę krwi, co go skłania do porzucenia upustu krwi w tej chorobie u dzieci. Ze środków termicznych daje B. pierwszeństwo zimnu i przypisuje stosowaniu pęcherza z lodem nader skuteczną rolę w leczeniu tego cierpienia, zwłaszcza w przypadkach groźnych, powikłanych z zajęciem wyrostka sutkowego, w których zbawienne działanie zimna występuje odrazu wybitnie. Natomiast błona śluzowa źle znosi ciepło w świeżym okresie zapalnym. Usunięcie wyrośli gruczołowatych jest bardzo ważnem, lecz wolno je wykonać dopiero po ustąpieniu ostrych objawów zapalenia ropnego w uchu. Zabieg ten niekiedy wart tyle, co ustanie ropienia. Sontag również jest więcej zadowolony z używania lodu lub okładów zimnych. Po użyciu 10% rozczynu kw. karbolowego w glicerynie nie spostrzegał on nigdy nadżarcia błony bęb. Zabieg Politzera S. wykonywa po ustąpieniu objawów ostrych, nawet podczas utrzymanego jeszcze ropienia i przedziurawienia błony bęb i to nietylko dla lepszego wydalenia wydzieliny z jamy bęb., lecz i z tego powodu, że zrosty dopiero się tworzące dają się łatwiej rozciągnąć, niż później. *Spira.*

Prof. Jehling. **Przyczynek do położniczego leczenia guzów uwięzniętych w małej miednicy.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 72). Na tle 3 przypadków, których historye porodu są podane, rozstrzyga autor pytanie, jak należy postępować tam, gdzie guzy uwięznięte w małej miednicy stanowią przeszkodę porodową. Przedewszystkiem należy mieć pewne rozpoznanie: w tym celu polecano nakłucie próbne, które jednak ze względu na wielkie nawet niebezpieczeństwo, na jakie naraża ciężarne i rodzące, należy bezwzględnie zarzucić jako metodę tak rozpoznawczą, jak i leczniczą. Również nie wolno w takich przypadkach próbować ukończyć poród zapomocą kleszczy lub obrotu, który łatwo może wywołać pęknięcie macicy. Prędzej już można myśleć o wymóżdżeniu płodu, jeżeli główka przezwyciężyła już uwięzniętą przeszkodę i jest nadzieja, że przez zmniejszenie główki będzie można ukończyć poród bez narażenia części miękkich lub guza. Także i wzniecenie porodu przedwczesnego nie jest godne polecenia ze względu na możliwe zgniecenie guza, które pogarsza rokowanie mogącej być później wykonaną operacyi. W końcu przestrzega autor przed zabiegami, zmierzającymi do zmniejszenia czy usunięcia guza drogą pochwy, chyba że leży on tak nizko, że badając palcem przez pochwę lub kiszkę stolcową, można z łatwością dojść do jego górnej granicy. Autor poleca następujące postępowanie: W celu upewnienia rozpoznania należy chorą uśpić i w przypadkach guzów jajnikowych lub uszypułowanych mięśniaków skorzystać z uśpienia i próbować choćby całą ręką odprowadzić guz do jamy brzusznej, przyczem jednak nie wolno zbytnio forsować. Jeżeli usiłowania te nie doprowadzą do celu, należy otworzyć jamę brzuszną i tą drogą guz uwięznięty ręcznie wyciągnąć do miednicy dużej, poczem, zacisnąwszy szypułę klemami, usunąć go w całości. Po tymczasowem zamknięciu jamy brzusznej przystępuje się następnie do wydobycia płodu drogami naturalnemi. Tam, gdzie ujście macicy nie jest jeszcze zupełnie rozwarte, uskutecznia się to szybko zapomocą balonu; wyciągnięciem płodu musi się zająć asystent, który na razie przy operacyi nie brał udziału; w braku zaś pomocnika, dobrze jest, jeżeli operator, przystępując do tej części zabiegu, wdzieje rękawiczki. Po wydobyciu płodu zakłada się dopiero podwiązki na szypułę, usuwa klemy i czeka z zeszyciem powłok skórnych aż do odejścia łożyska. Ten sposób postępowania uważa autor za racyonalniejszy, aniżeli wykonanie cięcia cesarskiego, tembardziej, że taka rodząca zwykle była już kilkakrotnie badaną i nigdy nie można przewidzieć, czy zakażenie już nie wystąpiło. Wogóle kombinacya laparotomii — jako odrębnej operacyi — z cięciem cesarskiem pogarsza rokowanie. Tam, gdzie mięśniaki macicy nie leżą podsurowiczo na szypule, ale szeroko między więzadłami lub międzymięśniowo, tam ich nie wolno naturalnie wyłuszczać, lecz po natychmiastowem wykonaniu cięcia cesarskiego — usunąć całą macicę. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Sędziak. **Rak pierwotny migdałka językowego.** (*Nowiny lekarskie*, Nr. 4, 1904). Po przytoczeniu we wstępie piśmiennictwa tego przedmiotu, podaje autor następujący, spostrzegany przez siebie rzadki przypadek pierwotnego raka migdałka językowego. Chory 62-letni, który przebył kiłę przed laty 30 i nadużywał napojów wyskokowych oraz tytoniu, skarży się od kilku miesięcy na bole z przeszkodą w połykaniu i krwawienie z gardła. Przy badaniu uderza ziemista barwa policzków, woń z ust, gruczoły szyjne mocno obrzmiałe, ślinotok. Tony serca głuche, miażdżyca naczyń. Okolica migdałka językowego przedstawia się pod postacią guzowatego nacieczenia, wypełniającego obie boczne jamki; lewa połowa owrzodzenia, o brzegach twardych, wałowatych, dnie nierównem, przylega do mocno obrzękłej i czerwonej nagłośni. Lewa struna prawdziwa znajduje się w położeniu środkowem. Przetwory jodowe i arsen, zastosowane wewnętrznie, oraz kw. arsenawy miejscowo, potęgowały tylko wszystkie istniejące objawy, a więc krwawienie, ból przy połykaniu i ślinotok. Najlepiej chory znosi ortoform, który mu też ułatwia połykanie i łagodzi ból. Autor rozpoznał pierwotnego raka migdałka językowego z wtórnemi zmianami w krtani, obrzękiem, względnie nacieczeniem nagłośni, oraz porażenie lewego mięśnia rozwieracza głośni, zależne od ucisku na nerw krtaniowy dolny, wywartego przez rakowato zwyrodniałe gruczoły szyjne. Za kiłą przemawiałyby: wywiady i umiejscowienie choroby; przeciw niej zaś: ujemny wynik leczenia swoistego, wejrzenie owrzodzenia (nierówne, o brzegach twardych, obwałowanych, podczas gdy rozpadły kilak przedstawia się pod postacią owrzodzenia kraterowatego, o brzegach ostrych, podminowanych) i wreszcie krwawie-

nie, późny wiek i barwa ziemista skóry. Przeciw gruźlicy przemawia: brak jakichkolwiek zmian w płucach i wejrzenie owrzodzenia. (Przy gruźlicy stwierdzamy gruzełki prosówkowe na brzegach, dnie i w sąsiedztwie owrzodzenia; brzegi tego ostatniego są nierówne, podminowane, dno pokryte nalotem brudnym, ropiastym, z przeświecającą tu i owdzie ziarniną blado-różową). Natomiast przemawiają za charakterem rakowatym tego cierpienia umiejscowienie, woń z ust, zajęcie gruczołów podszczękowych, cbera, krwawienie i wiek późny. Obfite częste krwawienia w danym przypadku tłómaczą się częstą obecnością rozszerzonych naczyń na nasadzie języka i miażdżycą naczyń. Zarówno stan ogólny chorego, jak i zajęcie wtórne krtani, oraz gruczołów chłonnych na szyi tak powierzchownych, jakoteż prawdopodobnie głębokich (porażenie krtani), stanowią przeciwwskazanie dla poważniejszego zabiegu operacyjnego. *Spira.*

Prof. Döderlein. **O starych i nowych operacyach rozszerzających miednicę.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 72). Cięcie łonowe pomimo swoich zalet położniczych zostaje coraz bardziej zaniechane ze względu na niebezpieczeństwo uszkodzenia pęcherza, cewki moczowej, łechtaczki z następowym ciężkim krwotokiem, wreszcie na następowe przeszkody w chodzeniu. Unika się go tem chętniej, ile operacya cięcia cesarskiego została w ostatnich czasach tak udoskonaloną, że wykonanie jej przestało już być postrachem dla lekarzy. Autor wykonał 5 cięć łonowych: wszystkie operowane zupełnie wyzdrowiały, a z płodów 4 pozostało przy życiu; śmierć piątego również nie obciąża operacyi, lecz raczej należało ją odnieść do przedoperacyjnych usiłowań ukończenia porodu kleszczami. To też autor — jak i inni — przestrzega przed próbami zakładania kleszczy przed wykonaniem cięcia cesarskiego lub łonowego, gdyż usiłowania takie wpływają ujemnie na rokowanie dla płodów; raczej należy po nieudanej próbie kleszczowej ukończyć poród przez wymóżdżenie płodu, aniżeli narażać kobietę niepotrzebnie na tak ciężkie zabiegi. O ileby więc można uniknąć powyżej wymienionych ujemnych stron cięcia łonowego, o tyle zabieg sam ze stanowiska położniczego, jako metoda rozszerzająca wszystkie wymiary miednicy, ma zalety i może czasem oddać wielkie usługi. Dlatego Gigli zaproponował, by nie wykonywać przecięcia pierścienia miednicowego w spojeniu łonowem, lecz na zewnątrz od niego, przy chrząstce, przez przepiłowanie kości łonowej cienką piłką drucianą (*pubiotomia*). Van de Velde zaś prowadzi to cięcie jeszcze bardziej na zewnątrz (*hebotomia*) tak, że okolica narządu moczowego, łechtaczki i pochwy nie zostają zupełnie narażone, a i gojenie się kości, jako tkanki lepiej unaczynionej, odbywa się szybciej, aniżeli w chrząstce. Autor wypróbował tę metodę operowania i otrzymał dobre wyniki. Zauważył jednak, że nie trzeba zupełnie przecinać części miękkich aż do kości, lecz wystarczy zrobić małe cięcie (2 ctm.) nad guzkiem łonowym (*tuberculum pubicum*), aby przeprowadzić palec za kość łonową ku dołowi, gdzie znowu w wardze większej w okolicy dolnego brzegu gałęzi zstępującej kości łonowej robi się drugi otwór. Przez ten przewód przeprowadza się pod kontrolą palca zapomocą odpowiedniej tępej igły ostry drut, który ma przepiłować kość od dołu ku górze. Trzy przypadki w ten sposób operowane dały dobre wyniki. Krwawienie było zawsze małe, a rozszerzenie miednicy wystarczające, aby zapomocą kleszczy lub lepiej przez obrót wyciągnąć nawet duże płody; Zweifel radzi nawet, aby po operacyi czekać na poród dobrowolny. Po porodzie zakłada się na miednicę pas lub plaster przylepcowy, a nacięcia zaszywa się jedwabiem. Chore wstały już w 3 tygodniu i chodziły bez najmniejszej przeszkody. Dotychczas opisano już w piśmiennictwie 19 podobnie operowanych przypadków zawsze z dobrym wynikiem. Ze względu na to poleca autor tę operacyę, którą nazwał „hebotomia subcutanea" dalszym próbom w przekonaniu, że jeżeli i dalsze wyniki okażą się dobre, wówczas operacya ta usunie zupełnie cięcie łonowe, a także ograniczy zastosowanie cięcia cesarskiego, wykonywanego ze wskazań względnych. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Prof. Dr. Israel. **Zastąpienie obu moczowodów.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 25). Mało jest znany fakt, że puchlina nerkowa, powstała wskutek wrodzonego wadliwego ustawienia nerek, przebiega przez kilkanaście lat zupełnie bez objawów może nagle wystąpić, jako ostry stan chorobowy. Na ten fakt izwraca I. uwagę i przytacza historyę choroby chłopca 13-letniego, u którego dopiero skutek zakażenia treści wrodzonej puchliny nerkowej zwrócił uwagę na to cierpienie. Przyczyna puchliny nerkowej w tym przypadku polegała na nizkiem ustawieniu nerki, wskutek czego miedniczka nerkowa poniżej ujścia moczowodu przemieniła się z powodu niedostatecznego odpływu moczu w duży torbiel. Gdy operacya zachowawcza (t. j. przecięcie i zeszycie tego torbiela) okazała się niewystarczającą, zwłaszcza gdy jeszcze w ciągu leczenia wystąpiły zupełnie podobne objawy puchliny drugiej nerki, przystąpił Israel do operacyi, którą już był raz wykonał. Połączył mianowicie przetoki pęcherza i obu nerek zapomocą systemu rurek. Do pęcherza wprowadził rurkę, ściśle zamykającą otwór w pęcherzu; rurka ta rozdziela się ku górze na dwa ramiona, z których każde dąży do przetok, wytworzonych w nerkach. Chłopiec nosi te rurki już dwa lata, przyczem dwa razy w tygodniu zmienia się te rurki i przepłókuje się pęcherz i miedniczki nerkowe kwasem borowym. Mocz, z początku mętny, wyjaśnił się później zupełnie. Autor nie traci jednak nadziei, że uda mu się przez przeszczepienie moczowodów przywrócić naturalne połączenie. *Dr. Salzer.*

Darier. **Czteroletnie doświadczenia nad dioniną.** (*Ophtalmol. Klinik*, Nr. 13, 1904). Od czterech lat stosuje Darier dioninę w lecznictwie okulistycznem. Ból, występujący przy zastosowaniu tego leku, był przyczyną, że u wielu osób nie można było nim się posługiwać. Chorzy jednak ten krótkotrwały ból chętnie znoszą, gdy się im wytłómaczy wysoką wartość leczniczą dioniny. Dawka dioniny powinna być stopniowo podawaną bez poprzedniego wkraplania kokainy, która wywiera wpływ hamujący na działanie dioniny. Rozpoczyna się od roztworu 2% i 5%. Najsilniejsze działanie dioniny osiąga się po włożeniu dioniny w proszku wielkości główki od szpilki do worka spojówkowego. Gwałtowny odczyn, jaki po takiem zastosowaniu dioniny występuje, nie powinien przestraszać lekarza. Im silniejsze oddziaływanie, tem skuteczniejsze działanie. Dla usunięcia obrzęku można założyć opaskę uciskową na kilka dni. Oderwanie siatkówki leczy autor wstrzykiwaniami podspojówkowemi soli kuchennej z dodatkiem 0,01 do 0,02 dioniny. Dionina posiada własności odkażające. Wzmożone krążenie w przestworach limfatycznych spojówki i rogówki powoduje nietylko przepłókanie tych przestrzeni, ale sprowadza zarazem ze sobą limfocyty, służące dla ochrony ustroju. Przed operacyą zaćmy i jaskry stosuje autor 1—2 godzin przedtem dioninę; kokaina później dodana wywołuje w czasie operacyi znieczulenie zupełne. Przy ciałach obcych w rogówce, gdy kawałek metalu utkwił w miąższu rogówki i nie można go wydobyć ani dłutkiem ani magnesem, posypuje autor ranę rogówkową proszkiem dioniny. Wywołany w ten sposób miejscowy obrzęk rogówki powoduje rozluźnienie tkanki rogówkowej i łatwe wydostanie się na zewnątrz ciała obcego. Przy wrzodach rogówki, w początkowych okresach zakażenia po operacyi zaćmy, przy powierzchownych zapaleniach rogówki, działanie dioniny jest zbawienne. W ciężkich postaciach miąższowego zapalenia rogówki działanie dioniny pozostaje bez wpływu. Działanie znieczulające dioniny każe ją także stosować w przewlekłych zapaleniach tęczówki, jagodówki i twardówki. *Dr. Reis.*

Doc. Scholtz: **Działanie promieni Roentgena i radu.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 25, 1904). Porównywując działanie promieni Röntgena i radu, Scholtz utrzymuje, że używanie promieni radu o tyle jest korzystniejszem, że można je stosować tam, gdzie promieniami Röntgena nie możemy się dostać. Autor przytacza sześć przypadków tocznia podniebienia twardego i miękkiego, gdzie stosowanie promieni radu dało bardzo dobre wyniki. Do tego celu autor używa radu, zamkniętego w kapsułce, którą owija gutaperką i nasadza w miarę potrzeby na krótszy lub dłuższy drut wygięty. Oprócz tego w przypadku nie nadającego się do operacyi raka policzka po naświetlaniu radem znikły zupełnie nacieki nowotworowe. Autor postępował w ten sposób, że przykładał kapsułki, zawierające rad, do pojedynczych części skóry co drugi dzień na 10—15 minut. Od czasu wyleczenia ubiegło już $^1/_3$ roku bez wystąpienia jakichkolwiek objawów nawrotu. Autor wspomina jeszcze o ciekawem doświadczeniu, wykonanem zapomocą promieni Röntgena. Przez naświetlanie dolnej części brzucha u świnki morskiej wywołał zupełną bezpłodność i mikroskopowo wykazał „azoo- i nekrospermię". Naświetlanie trwało przez 280 minut w ciągu 50 dni. Autor wyciąga stąd wniosek praktyczny, że możemy promieniami X działać na narządy wewnętrzne, a więc i na nowotwory w nich istniejące bez wywołania objawów zapalnych lub owrzodzeń w skórze samej. Nakoniec dodaje, że udało mu się wywołać taką samą „azoo- i nekrospermię" u świnek zapomocą promieni radu w znacznie krótszym czasie, mianowicie przez naświetlanie po 100 minut w ciągu dni 20. *Dr. Salzer.*

Prof. Lewin. **Pomoc dla robotników zajętych przy wyrabianiu trucizn.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 25, 1904). Autor zwraca uwagę, jak mało pouczeni są robotnicy, pracujący przy wyrabianiu rozmaitych trucizn, o szkodliwem ich działaniu na ustrój ludzki i jak wielkie niebezpieczeństwo stąd dla nich wynika. Autor wylicza różne trucizny, a przedewszystkiem ołów, który w różnych swoich połączeniach tak szkodliwie działa na ustrój. Radzi więc, by o niebezpieczeństwach tych pouczano, jeśli możliwe, już w szkole ludowej. Jeszcze skuteczniejszem byłoby rozszerzenie w setkach tysięcy egzemplarzy broszur, któreby dokładnie opisywały te niebezpieczeństwa i ostrzegały przed niemi.

Dr. Salzer.

Dr. Weiger. **Leczenie zołzów i gruźlicy solanką.** (*Monatschrift für Kinderheilkunde*, B. III, Nr. 2). Opierając się na przypuszczalnej patogenezie zołzów i istnieniu „habitus lymphaticus“ starał się Witczak nadać leczeniu zołzów solankami naukową podstawę. Autor podawał dzieciom, używanym do doświadczeń, solanki (ze źródeł Goczałkowickich, Königsdorff-Jastrzomb, Reichenhal) rano i wieczór po $^1/_4$ litra, pilnując by nie wywołać wymiotów, ani biegunki, przeciętnie przez 4-tygodniowy okres czasu i przyszedł do wniosków następujących: 1) Leczenie chorych gruźliczych solanką jest bezskuteczne, a może nawet raczej szkodliwe. 2) Dzieci zołzowate znoszą dobrze picie solanki, okazują poprawę stanu ogólnego, zmniejszenie skłonności do nieżytów błon śluzowych, zmniejszenie gruczołów chłonnych w jamie nosowo-gardłowej. Wyjątkowo tylko u niektórych dzieci objawy zołzów pozostały bez zmiany. 3) Uzasadnienie naukowe wyników leczenia tą metodą, jak to chciał uczynić Dr. Rosenberg, jest bezpodstawne, gdyż spostrzegane przez autora zwiększenie leukocytów w ślinie ustnej nie zostało stwierdzone przez innych. *Dr. Bolesław Komorowski.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Gonosan podają w poliklinice dermatologicznej w Kilonii w świeżych rzeżączkach po 0·3 grm. 6 razy dziennie (Bering. *Therapie der Gegenwart*, 1904, lipiec) obok leczenia miejscowego. Szczególnie jednak wtedy, gdy zbyt gwałtowne objawy początkowe nie dozwalają jeszcze na leczenie miejscowe, działa i sam gonosan doskonale, a Bering stawia ten środek najwyżej między lekami balsamicznymi. Trzeba jednak działanie jego nadzorować, gdyż zdarzają się objawy uboczne, aczkolwiek rzadziej, niż po innych podobnych środkach. *Al.*

Dwutlenek wodu w leczeniu chorób skórnych i wenerycznych. (*Wiener med. Wochenschrift*, Nr. 5, 1904). Dr. M. Oppenheim używał tego przetworu w wied. klinice dermatologicznej i twierdzi, że stosowanie w rozczynie bądź zgęszczonym (30%), bądź rozcieńczonym, oddaje najlepsze usługi we wrzodach zgorzelinowych, w rozpadłych kilakach i w wrzodziejącem rtęciczem zapaleniu błony śluzowej jamy ustnej. W innych zmianach chorobowych skóry i błon śluzowych nie skutkuje H_2O_2 więcej od używanych dotychczas środków. W grzybicach skórnych (*favus*, *herpes tonsurans* i t. d.) należałoby czynić dalsze próby. *Baschkopf.*

Leczenie gośćcowego zapalenia stawów podskórnemi wstrzykiwaniami jodypiny. (*Therapie d. Geg.*, kwiecień 1904). Dr. Schuster zwrócił już dawniej uwagę na wpływ leczniczy podskórnie zastosowanej jodypiny, opisując przypadek wyleczenia rwy kulszowej i urazowego zapalenia stawu biodrowego. Obecnie, gdy najrozmaitsze sposoby leczenia zawodzą, leczy on tym sposobem zapalenie gośćcowe stawów, wstrzykując codziennie lub co 2—3-ci dzień 25% jasną jodypinę w bezpośrednie sąsiedztwo miejsc zajętych, t. j. wszędzie, gdzie można skórę unieść. Te wstrzykiwania, obejmujące 10—20 grm., należy robić o ile możności jak najbardziej bezgnilnie. Stwierdził on po tem leczeniu takie polepszenie, a nieraz i wyleczenie, iż zachęca do próbowania tego sposobu jako skutecznego w ciężkim gośćcu stawowym, opierającym się zwykłym środkom. Spotykamy się tu wprawdzie niekiedy, jak bywa w nerwobólach, tylko z przemijającem polepszeniem; godzi się jednak zastosować te wstrzykiwania, gdyż mają one przed wewnętrznem stosowaniem jodu tę zaletę, iż działają nietylko ogólnie, lecz także miejscowo, rozwijając wpływ odżywczy, wzmacniający, skutkiem czego można ich używać także u bardzo wyniszczonych chorych, gdzie podawanie jodu na wewnątrz jest przeciwwskazane. *Baschkopf.*

Znaczenie przetworów garbnikowych w leczeniu chorób jelit u osesków. (*Deutsche Aerzte Ztg.*, Nr. 5, 1904). Dr. M. K. Preiss przeprowadził badania porównawcze co do wartości leczniczej nowszych przetworów garbnikowych w cierpieniach przewodu pokarmowego osesków. W czystej niestrawności jelitowej skutkowała tylko tanalbina i to wtedy tylko, jeżeli podano poprzednio środek przeczyszczający (olejek rącznikowy). Lepsze wyniki osiągnął autor w ostrem i przewlekłem zapaleniu jelit. I tu oddawała tanalbina bardzo dobre usługi; tanoform działał dobrze tylko u dzieci starszych. W nieżycie jelita grubego zawiodły wszystkie te środki. Także w cholerze dziecęcej osiągnął autor dobre wyniki, stosując tanalbinę w połączeniu z kalomelem; tanoform okazał się skutecznym u dzieci starszych. W biegunce gruźliczej uzyskano zawsze polepszenie przy pomocy tanalbiny, podczas gdy tanoform i w tych przypadkach skutkował tylko u dzieci starszych. *Baschkopf.*

VI. Kongres internistów niemieckich w Lipsku (18—21 kwietnia 1904 r.)

Zestawił

Dr. Henryk Pisek.

I. Marchand (Lipsk) (Pierwszy referent): O miażdżycy tętnic. Poglądy swoje na tę sprawę chorobową określa autor w następującej formie: Wszystkie zmiany chorobowe w tętnicach, które prowadzą do rozległych i guzowatych zgrubień ścian tętnic szczególnie ściany wewnętrznej, skutkiem czego rozwijają się stany zwyrodnienia (zwyrodnienie tłuszczowe z swemi następstwami), stwardnienie i zwapnienie włącznie z wapnieniem warstwy środkowej, — należy zaliczyć do ogólnej miażdżycy tętnic. — Cała ta sprawa chorobowa jest zwyrodnieniem, pomimo że w jej przebiegu pojawiają się w części zmiany zapalne, w części zaś bujanie tkanki. Samoistny przerost warstwy środkowej, zarówno jak i kiłowe zapalenie ścian tętnic, średniego i drobnego przekroju, należy oddzielić od sprawy miażdżycowej. Bujanie tkanki łącznej w warstwie wewnętrznej jest w przebiegu zwapnienia tętnic przyrody przerostowej; — przyrost nowych elastycznych pierwiastków tworzy się drogą rozszczepienia, podczas gdy w sprawach przewlekło-zapalnych włókna powstają w podobny sposób, jak w tkance bliznowatej (Jores).

Miażdżyca tętnic jest w pierwszym rzędzie następstwem mechanicznego zadziałania nadmiernie zwiększonej (czynnościowej) pracy tętnic, — przepełnienie krwią, wzmożone parcie, — łącznie z wpływami niekorzystnymi, wynikającymi z ogólnych zaburzeń w odżywieniu, spraw zakaźno-zapalnych, dziedziczności i t. d — Zwapnienie tętnicy głównej, zajmujące szczególniej warstwę środkową i zewnętrzną, jest w większej liczbie przypadków pochodzenia kiłowego; niekiedy rozwijają się także ogniska kilakowe, atoli nie należy używać określenia „kilakowy“ na ogólne zgrubienie warstwy wewnętrznej, lecz „zwapnienie tętnic modzelowate“ (*schwielige Aortensklerose*) lub *aortitis, mesaortitis productiva Chiari.* — Prawdopodobnem jest, że sprawa chorobowa nagabuje w pierwszym rzędzie części elastyczne warstwy wewnętrznej i środkowej tętnic. Zwyrodnienie składników elastycznych pociąga za sobą wzmożone napięcie ściany tętnicy, któremu jednak przeciwdziałać może zgrubienie warstwy wewnętrznej: rozlane zgrubienie (Thoma) może mieć znaczenie wyrównywające. — Guzowata miażdżyca (*Knotige Arteriensklerose*) okazuje przedewszystkiem typ zwyrodnienia i wpływa bezwarunkowo szkodliwie na ściany tętnicy. — Zapatrywanie Thoma, że zgrubienie warstwy wewnętrznej jest następstwem zwolnionego prądu krwi, nie wytrzymuje krytyki. — Zwapnienie warstwy środkowej tętnic kończyn (szczególnie dolnych) różni się wprawdzie pod względem anatomicznym od zwykłej miażdżycy, — łączy się jednak częstokroć ze zgrubieniem warstwy wewnętrznej. — Ze stwardnienia tętnic kończyn nie można wnioskować o jakości tętnicy głównej lub innych naczyń. — Z miażdżycą nierzadko łączy się przerost lewej komory serca, jako objaw zwiększonych oporów w krążeniu. — Zamiast dotychczas używanej nazwy proponuje autor „atherosklerois“ lub „skleroatherosis“.

Romberg (Koreferent) (Marburg): Zmniejszona elastyczność stwardniałych tętnic jest najszkodliwszym czynnikiem dla krążenia, — przeszkoda, którą tylko tętniakowate rozszerzenie wyrównać zdołają. Dalszym hamulcem dla prądu krwi jest wązkie światło zwapniałej tętnicy. — Te zwiększone opory w krążeniu można typowo stwierdzić w przypadkach nadmiernej miażdżycy gałązek tętnicy płucnej, — rzadko zresztą się pojawiającej. — Odnośnie do ogólnego krążenia krwi, nie prowadzi zazwyczaj zwapnienie do zwiększenia oporów dla lewej komory serca, — sprawa bowiem chorobowa nie nagabuje całej sieci naczyń. Mierny przerost lewej komory serca można wykazać w przebiegu miażdżycy

aorty, jeśli nie jest tętniakowato rozszerzona. — Skutkiem miażdżycy krążenie jest daleko wyżej upośledzone podczas ruchu, aniżeli w spoczynku, — stwierdzić to można w tętnie i w działaniu nerwów naczynio-ruchowych. Wśród chorób poszczególnych narządów, najczęściej pojawiają się zmiany w sercu pod postacią przewlekłej niedomogi mięśnia sercowego; — często można stwierdzić zwapnienie tętnic wieńcowych serca; ważne miejsce zajmuje także dusznica bolesna (*angina pectoris*). — W rozpoznaniu różniczkowem między zwapnieniem aorty, a tętniakiem, należy zwrócić uwagę na objawy uciskowe i przemieszczenie narządów; — dla workowatych tętniaków prześwietlanie nie jest bez znaczenia. — Skutkiem miażdżycy tętnic nerki okazują skłonność do przewlekło-łącznotkankowych zapaleń; — obraz tego cierpienia bywa zazwyczaj zakryty regularną rzekomo, niedomogą wybitnie przerosłego mięśnia sercowego. — Z objawów mózgowych, pojawiających się na tle zwapnienia tętnic, najczęstsze są dolegliwości neurasteniczne, przechodzące czasem w zaburzenia psychiczne. — Cierpienia zmysłów i przewodu pokarmowego zdarzają się stosunkowo rzadko; interesujące są nerwowe zaburzenia w kończynach, z których n. p. okresowe chromanie (*claudicatio intermittens*) może być zwiastunem zgorzeli. — W szeregu czynników etyologicznych stoi na pierwszem miejscu nadmierna praca mniej lub więcej odpornych ścian naczyniowych, następnie, obok fizycznych wysiłków, wpływy nerwowe, wreszcie alkohol, tytoń, kawa i herbata. Miażdżyca nie jest zmianą starczą, lecz cierpieniem, powstałem na tle zużycia tkanek, występującem daleko wcześniej u mężczyn, aniżeli u kobiet. W leczeniu należy zwrócić uwagę na dostateczny i pokrzepiający sen, wybór odpowiednich solanek, ograniczenie, — ale nie zakaz, — alkoholu, tytoniu, kawy lub herbaty. W odżywieniu unikać przeważnie mięsnych i korzennych potraw, względnie przypraw; — dowóz płynów ma być ograniczony przy istniejącej skłonności do obrzęków, uwaga wreszcie na wypróżnienia. Ze środków aptecznych zasługuje na wzmiankę jodek potasu, który, — użyty przez dłuższy czas — wywiera pomyślny wpływ w pierwszych okresach choroby, szczególniej w objawach mógowych, dusznicy bolesnej, lekkiej niedomodze serca i t. p., zmian atoli anatomicznych nie zdoła usunąć. Najlepiej działają małe dawki: 0·50 3 razy dziennie. Innych skutecznych środków niema; nitrogliceryna działa tylko objawowo. Przy zmianach w sercu stosuje się naparstnicę i *„strophantus“* w małych dawkach u osobników 40—50 letnich, także kąpiele nasycone kwasem węglowym wywierają skuteczny wpływ.

III. Geisböck (Monachium): Praktyczne znaczenie mierzenia parcia krwi. Zdaniem mowcy zmiana w parciu może być dwojakiego rodzaju: przejściowa i trwała. Do pierwszej należą zmiany, pojawiające się w przebiegu chorób zakaźnych, szczególniej gruźlicy, w wzruszeniach umysłowych, po użyciu tytoniu, alkoholu i t. d., — wysiłki fizyczne łącznie z alkoholem podnoszą parcie daleko silniej. Trwałe wzmożone parcie pojawia się w przebiegu miażdżycy tętnic i przewlekłego śródmiąższowego zapalenia nerek. Następnie opisuje autor osobliwy zbiór objawów, który uważa jako samoistną postać chorobową, znamionującą się nadmierną policytemią: w rozmaitych tego rodzaju przypadkach naliczono 6—11 milionów czerwonych ciałek krwi. Zewnętrznie odznacza się to cierpienie nadzwyczaj czerwoną skórą, szczególniej na twarzy, kończynach i badaniu dostępnych błonach śluzowych, wreszcie różową siatkówką. Hemoglobina krwi wynosi 140—150%. Zarówno tętnicza, jak i żylna krew okazuje te same zmiany. Pomiary parcia krwi dały bardzo wysokie wartości, których innem cierpieniem wyjaśnić nie zdołano. Geisböck demonstruje jednego z takich chorych.

IV. Erb (Heidelberg): Okresowe chromanie na tle miażdżycy tętnic. Jako wczesny zwiastun zgorzeli przedstawia to cierpienie znamienny obraz: rozpoznanie jest łatwe; — najważniejszym i charakterystycznym objawem jest zupełny brak lub znaczne osłabienie tętna stopowego, zazwyczaj na obydwóch kończynach, atoli nawet przy zupełnym braku tętna nie są tętnice w całości niedrożne, lecz okazują zawsze bodaj drobne światło. Cierpienie występuje daleko częściej u mężczyzn — wskazuje na to własne doświadczenie autora i przypadki, podane w piśmiennictwie: Erb spostrzegał w ciągu lat 45 razy u mężczyzn, a 1 u kobiety; — literatura podaje 120 przypadków, tyczących się mężczyzn, a 7 u kobiet; w 22·7% można było stwierdzić kiłę, również i alkohol nie odgrywał ważniejszej roli w etyologii, natomiast tytoń zdaje się mieć pewne znaczenie. Wielu chorych było nadzwyczaj silnymi palaczami; — w jaki zaś sposób tytoń wywiera swój szkodliwy wpływ, dotychczas nie wyjaśniono.

V. Erb (jun.) (Heidelberg): Miażdżyca tętnic u zwierząt, wywołana drogą doświadczalną. Autor, chcąc wywołać sztuczną miażdżycę tętnic, wstrzykiwał wspólnie z prof. Nisslem w żyły uszne królików roztwór 1 : 1000 adrenaliny. Po 6 tygodniach można było stwierdzić rozlane zwapniałe zgrubienie naczyń, podczas gdy inne narządy zmian nie okazywały. U jednego królika zwiększano tak dalece stopniowo dawkę, że w przeciągu 2 miesięcy otrzymało zwierzę 16 cm³ adrenaliny: badanie pośmiertne wykazało obok jednego ogniska udarowego w mózgu (za życia był niedowład kończyn), tętniakowate rozszerzenia aorty, zwapnienie jej ścian, zarówno jak i innych tętnic. Drobnowidowe badanie jest jeszcze w toku; zwyrodnienia tłuszczowego dotychczas nie stwierdzono, natomiast wybujałości na wewnętrznej ścianie, nacieki i zwapniałe blaszki. Na podstawie tych wyników można powiedzieć, że: adrenalina, podana śródżylnie, sprowadza zmiany we wszystkich tętnicach ustroju, podobne do zwapnienia tętnic.

VI. Grödel (Nauheim): Wartość oznaczania parcia krwi w leczeniu miażdżycy tętnic. Jakkolwiek nie we wszystkich przypadkach zwapnienia tętnic stwierdzić się da wzmożone parcie krwi, to przecież objaw ten wzbudza co najmniej podejrzenie na istniejące stwardnienie tętnic, a to szczególniej w tych przypadkach w których istnieje marskość nerki. Niema wprawdzie środków, któreby trwale zmniejszały parcie krwi; zaleca się jednak uregulowanie sposobu życia chorych i wykluczenie czynników, prowadzących do częstego wzmożenia parcia; jod i przetwory azotu nie wiele zdziałają: przy powikłaniu z niedomogą serca dobrze skutkują małe dłużej podawane dawki naparstnicy, wreszcie mięsienie, kąpiele, gimnastyka, metodycznie przeprowadzone, wpływają korzystnie. Autor ostrzega przed wysyłaniem do wód tych chorych, u których żadnym innym środkiem nie osiągnięto poprawy.

VII. Bahrdt (Lipsk): Miażdżyca tętnic a ubezpieczenie na życie. Wśród ubezpieczonych na życie w lipskiem Towarzystwie ubezpieczeń wynosiła śmiertelność skutkiem zwapnienia tętnic i chorób następowych (udar serca, przewlekłe choroby serca, udar mózgowy, rozmiękczenie mózgu, zgorzel starcza) w ostatnich 11 latach 22% wszystkich przypadków śmierci, podczas gdy skutkiem gruźlicy tylko 7%. O ile ta ostatnie okazuje znaczny spadek śmiertelności, przy zwapnieniu występuje znaczny wzrost. Kiła nie odgrywa wybitnej roli, sam zaś Bahrdt nie przypisuje wielkiej wagi tym obliczeniom, które zresztą tyczą się tylko jednego towarzystwa. (C. d. n.)

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół z posiedzenia zwyczajnego odbytego dnia 19 maja 1904 r.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia przedstawia kol. Borzęcki chorą z zapaleniem dziąseł i nielicznymi pęcherzami na skórze tułowia. Gdy chora przybyła do oddziału, stan jamy ustnej był znacznie gorszy; wielka bolesność dziąseł utrudniała chorej jedzenie, a nerwobole w twarzy nie ustawały zupełnie. Ponieważ ob-

jawy te przy leczeniu ogólnem i miejscowem nie ustępowały, a odżywienie chorej bardzo podupadło, wykonano wyjęcie całego szeregu zębów, chociaż stan samych zębów był względnie dobry. Po wyjęciu zębów nastąpiło polepszenie, chora mogła więcej jeść i spać, a zmiany w jamie ustnej i na skórze zaczęły powoli ustępować. Kol. Borzęcki waha się w tym przypadku między rozpoznaniem pęcherzycy, a sprawy zakaźnej, spowodowanej przez wrzodliwe zapalenie jamy ustnej. W dyskusyi kol. Reiss wyklucza pęcherzycę ze względu na polepszenie, zaszłe po wyjęciu zębów. Następnie przedstawił kol. Borzęcki chorego, u którego nowotwór, wychodzący z podniebienia, zajął migdałek prawy i podstawę języka, sprawiając wskutek tego znaczne trudności w połykaniu. Wreszcie przedstawił kol. Borzęcki dwa przypadki kiły późnej dziedzicznej u chłopca 16-letniego i dziewczyny 17-letniej.

Następnie kol. Reiss przedstawił przypadek *sklerodermii (en bandes)* u chłopca 9-letniego. Zmiany znajdują się tylko na lewej połowie ciała, *„sclerodermia hemilateralis"*, a mianowicie: jedno ognisko bardzo niewielkie na powiece górnej lewego oka; drugie większe w postaci prostokątnego odcinka w okolicy sutka lewego, wreszcie rozległe zmiany na ramieniu i przedramieniu lewem w postaci szerokich pasm. Cała kończyna górna lewa jest znacznie chudsza od prawej. Kol. Reiss ma zamiar zastosować elektrolizę ogniskową (metodą Brocqua) z następowem przykładaniem w tych miejscach dobrze przylegających plastrów rtęciowych, wewnętrznie zaś przetwory arsenu.

W dalszym ciągu przedstawił kol. Reiss przypadek niezwykłego umiejscowienia strupnia woszczynowatego, mianowicie dwa ogniska tegoż na grzbietnej stronie przedramienia prawego. Badanie mikroskopowe wykazało obecność grzybka Schönleina.

Następnie przedstawił kol. Reiss chłopca czteroletniego ze zmianami na stopach i dłoniach w postaci bardzo znacznego rozlanego zgrubienia i zrogowacenia naskórka. Kol. Reiss rozpoznaje w tym przypadku: *hyperkeratosis palmae manus et plantae ped. congenita.* W dalszym ciągu przedstawił kol. Reiss chorego ze zmianami w jamie ustnej, przypominającemi *stomatitis mercurialis* i nielicznymi guzkami o sinem zabarwieniu centralnem na obu kończynach dolnych po stronie wyprostnej. Wywiady wykazują, że chory przed przybyciem do kliniki miał dreszcze i gorączkę. Kol. Reiss rozpoznaje: *erythema multiforme exsudativum* (Hebra) z analogicznem zajęciem błon śluzowych. Następnie przedstawił kol. Reiss przypadek *ichthyosis serpentina universalis* znacznego stopnia u chłopca 12-letniego.

Wreszcie przedstawił kol. Reiss wynik po leczeniu toczenia części chrzestnej nosa *(lupus tumidus)* zapomocą bromu. Wynik był bardzo dobry; brak zupełny guzków po obserwacyi trzechmiesięcznej, jako też brak wszelkich nacieków w partyach obwodowych.

Na tem posiedzenie zamknięto. Sekretarz *Dr. Stopczański.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 28 lipca.

* Dnia 16 lipca odbyło się uroczyste odsłonięcie pomnika Pasteura w Paryżu na »Place de Breteuil«, w obec przedstawicieli Akademii, Uniwersytetu i licznych tłumów gości zaproszonych z Prezydentem Republiki na czele. Postać największego geniusza, reformatora medycyny i higieny w XIX wieku, została wykuta w białym marmurze, z głową wzniesioną i okiem zwróconem ku prochom największego zdobywcy świata, złożonym pod kopułą katedry Inwalidów. Rysy postumentu uderzają podobizną. Mniej mu do twarzy w tej szacie senatora, w której go nigdy nikt za życia nie widział. U podstawy w czworoboku historya odkryć Pasteura, umiejętnie i artystycznie zebrana w całość; z boku anioł śmierci korzy się przed potęgą wiedzy, a chłopię pastusze swobodnie gra na fujarce. Warto przytoczyć parę wyjątków z mów, które wygłoszono:

„Prometeusz wiedzy jasne rzucił światło na ciemności, jakie panowały w biologii współczesnej. Zło zwalczył złem, stosując doń siły żywego ustroju, zmniejszając, stopniując jego moc i zmieniając szkodliwe jego działanie na ochronę ustroju od zarazka."

Grancher, towarzysz ostatnich walk i prac Pasteura nad szczepieniem wścieklizny, przytoczył kilka wierszy wspomnienia, poświęconego przez Pasteura słynnemu chemikowi J. B. Dumasowi w r. 1889:

„Pomiędzy ludźmi wielkiej wiedzy są jedni, którzy, zagłębiając się w studyach, mają dla ogółu rodzaj politowania lub pobłażliwej ironii. Nie dbając o jego opinię, zwracają się do szczupłego kółka uprzywilejowanych. A gdy i to kółko ich opuści, wystarcza im zagłębianie się we własnej jaźni".

„Są jednak i inni, którzy umieją cicho pracować, lecz umieją i stać na szerokich podstawach. Po za pracami własnemi, które im zapewniają pamięć u potomności, czują oni i myślą wspólnie z całem żyjącem społeczeństwem i serce mają otwarte na ogólnoludzkie uczucia. Są to podpory duchowe narodu".

„Są jeszcze inni, którzy zwalczają utarte formułki, ażeby wprowadzić nowe własne myśli. Życiem dla nich walka i zwycięstwo idei, dla której walczą; tutaj jak gdyby mówił o sobie."

„Umysł Pasteura nie rozumiał formułek. Wszędzie wprowadzał krytykę opartą na spostrzeganych faktach. Reformował chemię, biologię, wreszcie medycynę. A reforma ta sięgła odrazu do podstaw. Pomijając odkrycie zarazków i ważne stąd wyniki dla zapobiegania,— Pasteur dowiódł na przykładzie zarazka wścieklizny, że można nań oddziałać już po wniknięciu do ustroju. Tego nikt przed Pasteurem nie przewidywał i tę myśl zwalczali z początku najwięksi jego zwolennicy, z wyjątkiem Charcota, Vulpiana, Dujardin-Beametza i Brouardela. Aż wreszcie walka skończyła się zwycięztwem: — wszyscy musieli uznać powagę faktów spostrzeganych przez Pasteura, potwierdzonych przez Komisyę angielską z James Pagetem na czele. Tuż zatem powstały pracownie w Ameryce, Warszawie, Odessie, Neapolu i potwierdziły myśli mistrza."

Trzeba jednak przyznać, że zasługi wielkiego badacza, jeżeli i zostały ocenione, to jednak pamięć o nich za słabo się uwidoczniła podczas uroczystości. Przybyli prawie wyłącznie Francuzi; jeden przedstawiciel z Niemiec, kilku z Belgii, jeden z Anglii. Wieńce nadesłali: z Węgier Zakład Pasteurowski, z Niemiec Towarzystwo weterynarskie. Natomiast trzy wieńce polskie: od Komitetu narodowego (jako składkowego), od Uniwersytetu Jagiellońskiego i od miasta Krakowa z polskim i francuskim napisem, złożone zostały u stóp pomnika, zaś po skończonej uroczystości zostały zawieszone na grobowcu Pasteura w Instytucie Jego imienia. Towarzystwo lekarskie warszawskie było reprezentowane przez prof. O. Bujwida. *O. B.*

* Posada elewa płatnego (600 Kor.) przy katedrze dermatologii i syfilologii w Uniw. Jagiell. jest do obsadzenia. Podania przyjmuje dziekanat wydziału lekarskiego do dnia 30 września 1904 r.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellon. otrzymali: Zygmunt Siegel i Kazimierz Okuszko.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. lwowskim otrzymali: Zdzisław Szczepański, Władysław Januszkiewicz, Józef Klaften i Juliusz Stochknopf.

* Dr. Alfred Berggrün, lekarz powiatowy w Chrzanowie, mianowany został starszym lekarzem powiatowym.

* Dr. Władysław Dziewoński, mianowany został lekarzem okręgowym w Kętach.

* Dr. Jan Josse, koncepista sanitarny, przeniesiony został z Peczeniżyna do Nadwornej.

* Dr. Herman Pilzer został stabilizowany na posadzie drugiego lekarza miejskiego w Tarnowie.

* W Busku odbył się obchód jubileuszowy Dr. Juliana Majkowskiego z powodu dwudziestopięciolecia praktyki jubilata w tem zdrojowisku.

* W Berlinie i w Wiedniu pojawiły się pojedyncze przypadki ospy. Jeszcze 6 czerwca stwierdzono 2 przypadki tej choroby w Kromieryżu; obecnie, nie przybierając cechy nagminnej, pojawia się ospa w wielu miejscowościach Austryi, szczególnie w krajach wzdłuż Dunaju.

* Między 5 a 11 lipca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: drohobyckim (1 gm.), grodeckim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), lwowskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), nadworniańskim (1 gm.), rawskim (3 gm.), skałackim (2 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stryjskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), zaleszczyckim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Spengler mianowany został profesorem nadzwycz. sądowej medycyny w Lausannie. Dr. Pels-Leusden, chirurg w szpitalu berlińskim Charité, mianowany został profesorem.

Nekrologia. Dnia 23 lipca zmarł w oddziele chorób zakaźnych lwowskiego szpitala powszechnego Dr. Tadeusz Budzynowski, liczący lat 39, wychowaniec Uniwersytetu Jagiellońskiego, który przez lat 7 pełnił obowiązki lekarza okręgowego w Jaryczowie Nowym i tu pozyskał sobie przez sumienne pełnienie swych obowiązków powszechne zaufanie wśród ludu i szacunek u władz przełożonych. Padł on ofiarą duru plamistego, którego tłumienie wymagało niezmiernie mozolnej pracy i wielkiej ofiarności. Epidemia została już stłumioną, ale ś. p. Wład. Budzynowski przypłacił to własnem życiem. W ciągu ostatnich lat 8 jest to już trzecia ofiara tej dla lekarzy morderczej zarazy w powiecie lwowskim. Dr. Sobolewski w Winnikach i Dr. Rozłucki z Dublan, asystent sanitarny Namiestnictwa, padli również ofiarą swego zawodu i poświęcenia. Niech im ziemia będzie lekka.

Dr. Obtułowicz.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Nr. 14. Sędziak: Rozpoznawanie i leczenie raków krtani.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 8. Nartowski: Nerwowość, jej źródła i następstwa. Kmietowicz: W sprawie zdrojowisk i przemysłu zdrojowego.

— *Medycyna* Nr. 29. Moraczewski: O zawartości w produktach trawienia sernika. Borzymowski: Trzy przypadki zeszycia ran serca i teorya zszywania ran serca na spostrzeżeniach własnych oparta (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Z. 7. Korybut-Daszkiewicz: Do jakich praktycznych wniosków upoważniają nas najnowsze odkrycia na polu biologii mleka kobiecego i różnych zwierząt? Wisłocki: Kilka słów w sprawie karmienia dzieci. Fidler: Przyczynek do epidemiologii błonicy. Serkowski: Zarys semiotyki moczu (c. d.). Pełczyński Przypadki szybkiej mumifikacyi trupa dorosłego mężczyzny i pęknięcia serca w niezwykłem miejscu. Maybaum: Przyczynek do nauki o przeżuwaniu.

— *Gazeta lekarska* Nr. 29. Mięsowicz: Przypadek choroby Basedowa z zanikami mięśni i niedomogą wydzielniczą żołądka. Rzętkowski: Działania katalityczne i zaczynowe (dok.). Gębarski: Kilka uwag dotyczących odmy piersiowej (c. d.).

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 8. zawiera: Wydzierżawienie Krynicy.— Oddzielenie zdrojowiska Krynicy od gminy wiejskiej. — Działanie lecznicze Żegiestowa. — Zakopane.

— *Revue v neurologii, psychiatryi, fisikalni a diaetetické therapii* Nr. 7. Scherer: Případ Littleowy nemoci s rozsáhlým porencefalickým defektem. Vitek: Tic ruky. Přispěvek k otázce motorických obsessi (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 29. Dvořák: Endemie tyfová v kr. česk. zem. nalezinci a porodnici r. 1902 a 1904 (dok.). Lhoták: O látkách skupiny digitalinové. Ehler: Hernia supravesicalis properitonealis.

— *La Presse médicale* Nr. 56. Debove: Tętno stale powolne a histerya urazowa. Auvray: Zabiegi chirurgiczne w zgorzeli płuc: operacya, anatomia patologiczna i rozpoznawanie zgorzeli płuc. Labbe: Rozbiory chemiczne moczu: racyonalne tłómaczenie i wartość semiologiczna.

— Nr. 57. Pulein: Wpływ zapalenia żył na żylaki. Surmon i Boullanger: Rozpoznanie spotęgowanej kwasoty drogą badania substancyi skrobiowatych rozpuszczalnych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 29. Ziehen: Okresy rozwoju psychiatryi. Sinnhuber: Ruchowe objawy podrażnienia gardła i krtani. Criegern: Leczenie jednostronnego zaklęsnięcia klatki piersiowej. Spiethoff: Przyczynek do wykazania leczniczej wartości uczulania metodą Dreyera Groedel: Mechaniczna podnieta w płynącej kąpieli. Brugsch: Uwagi kliniczne i historya rozwoju wrodzonych nieprawidłowości skóry w okolicy kości ogonowej. Aron: Znaczenie gazów kiszkowych dla ustroju zwierzęcego w powietrzu zgęszczonem i rozrzedzonem.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 29. Dehne i Hamburger: Badania doświadczalne nad następstwami wstrzykiwań otrzewnowych surowicy końskiej. Müller: O zakażeniu brzusznem mikrokokiem tetragenus. Oefelle: Kał przy kamieniach żółciowych. Tamerl: Pęcherzyca przełyku.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 29. Voit i Salvendi: Przyczynek do nauki o białkomoczu Bence-Jonesa. Passim: Rozmaitość bakteryi a zjawiska aglutynacyi. Trommsdorff: Bakteryologia potu barwnego. Simon: Badania nad znieczuleniem miejscowem eukainą i eukainą w połączeniu z adrenaliną. Martin: Przypadek uwięźnięcia przepukliny przeponowej i przyczynek do chirurgicznego leczenia przepuklin przeponowych. Koch: Znaczenie patologicznej anatomii rdzeniowego porażenia mięśni dla plastyki ścięgien. Appel: Co się staje z ciałami połkniętemi? Fuchs: O katgucie jodowym. Bassewitz: Propozycye do indywidualnego zapobiegania żółtej febrze, na podstawie teoryi przerzutowej Finleya. Mansfeld: O gerbinie. Trautmann Modyfikacya reflektorów. Schultze: Neuropatologia a medycyna wewnętrzna.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 30. Gravitz: Wrzód żrący. Gravitz: Nowe doświadczenia z zakresu leczenia niedokrewności złośliwej. Helmbrecht: Maretyna, nowy lek przeciwgorączkowy. Joseph: Zmniejszanie wielkiego nosa. Pfeiffer: Badania nad sądowo-lekarskiem odróżnianiem krwi ludzkiej od zwierzęcej przy pomocy metody Marx-Ehrnrotha.

Redakcya otrzymała: Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi za r. 1900.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 29 (od 17/VII do 23/VII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 33, dz. 19; nieżywo: chł. —, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 15, kob. 17; zamiejscowych: męż. 9, kob. 15.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 8, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miejsc. — ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 6, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. 1, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. —. 21) nowotwory: miej. 1 ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 6, ob. 7. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. — 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob —. **Razem** miej. 32, obcych 24.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 3 sierpnia, o godzinie 6-tej popołudniu, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy*** posiedzenie z porządkiem dziennym: „Sprawy majątkowe Towarzystwa".

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr. **Jekels,** właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.

Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski,** docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).

Dr. **Witczak,** kierownik i właściciel Zakładu.

Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).

Dr. **Zanietowski Józef,** jun., lekarz zakł.

Kosów

lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.

Dr. **Tarnawski,** kierownik i właściciel.

Krynica.

Dr. **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens,** („pod Jeleniem").
Dr. **Ebers,** radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Kopff Leon,** lekarz c. k. Zakładu zdrojowego.
Dr. **Lewicki Stanisław,** asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.,** („pod Orłem").

Maryówka pod Lwowem.

Dr. **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakładu.

Ojców.

Dr. **Niedzielski St.,** dyrektor zakladu wodoleczniczego.
Dr. **Daniłowski Br.,** asystent dyrektora.

Rabka.

Dr. **Lang,** lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz,** lekarz zakładowy.

Swoszowice.

Dr. **Cholewicz Franciszek.**

Szczawnica.

Dr. **Gorski Ksawery,** lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Hammerschlag Rudolf,** (dom „pod Attylą").
Dr. **Kołączkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniezego i pensyonatu.
Dr. **Żuliński Edward,** (Willa „Alma"), (zimą w Meranie).

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski E.,** radca ces., lekarz zakł.
Dr. **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł

Zakopane.

Dr. **Majewicz Edmund,** Przecznica.

Żegiestów.

Dr. **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr. **Kümmerling,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr. **Feuerstein Leon,** („Hotel Continental").

Cieplice trenczyńskie.

Dr. **Filipkiewicz Stefan,** lekarz zakł.
Dr. **Wobr,** lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Franzensbad.

Dr. **Steinsberg,** („Goldener Brunnen").
Dr. **Zeitner Józef,** (dom „Stadt Paris").

Gleichenberg.

Dr. **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger" IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.

(Kąpiele morskie i piaskowe.)

Dr. **Oransz M.,** (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.

Dr. **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr. **Kaufmann Oskar,** (Sprudelstrasse, „Pascha").
Dr. **Kołaczkowski,** („Stadt Athen").
Dr. **Kostecki,** (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz,** (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau").
Dr. **Kropf Leon,** (Theatergasse, „Minerva").
Dr. **Maleszewski Wł.,** (Alte Wiese, „Drei Staffeln").

Kissingen.

Dr. **Chłapowski Franciszek,** radca sanitarny.
Dr. **Maciejewski J.,** (Villa „Elsa").

Kołobrzeg.

Dr. **Weissenberg Józef,** (zimą *Nervi*).

Marienbad.

Dr. **Dobija Fr.,** (Kaiserstrasse, „Weisser Schwan").
Dr. **Harajewicz Wład.,** (Villa „Wahnfried").
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").
Dr. **Schermant J.,** (Villa „Apollo").

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)

Dr. **Binder,** kier. i właściciel sanatoryum „Stefania".

Nauheim.

Dr. **Jankowski Fr.**

Rok XLIII. Kraków 6 Sierpnia 1904. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki pedyatrycznej Prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O cytologicznem badaniu wysięków i przesięków.

Podał

Doc. Dr. Ksawery Lewkowicz.

Zdawałoby się, że po wykryciu i wprowadzeniu do kliniki przez Ehrlicha w r. 1880 cytologicznego badania krwi, rozszerzenie tego sposobu badania na wszelkie płyny prawidłowe i nieprawidłowe i wyzyskanie jego wyników dla celów klinicznych nie powinno było dać długo na siebie czekać. Tymczasem, jeżeli pominiemy mniej ważne doniesienia Ehrlicha i Quinkego w roku 1882, pomiędzy pierwszą a drugą datą upływa okres 16-, względnie 20-letni, gdyż dopiero dzięki propagandzie Widala i jego współpracowników cytologia płynów patologicznych zyskała szersze zastosowanie. Tłómaczyć się to może okolicznością, że zwracano uwagę tylko na ilość składników komórkowych w tych płynach, a pomijano jakość. Mówiono ogólnie o ciałkach wypocinowych, nie przypuszczając, że można między niemi odnaleźć w zasadzie wszystkie odmiany białych ciałek krwi. Być może przyczynił się jednak do tego także zawód, jakiego doznała klinika co do cytologii krwi. Pierwotnie zdawało się, że cały szereg chorób będzie można odczytać wprost ze wzoru cytologicznego krwi; w miarę postępu doświadczenia szereg ten coraz bardziej szczuplał i spadł ostatecznie do jednej zaledwie jednostki chorobowej: białaczki. Nie znaczy to bynajmniej, żeby i przy innych chorobach nie można było uzyskać ze wzoru cytologicznego krwi cennej niejednokrotnie wskazówki dla rozpoznania lub rokowania, ale jedynie tylko w białaczce zachował on wartość bezwzględną.

To samo powtarza się i przy cytologii płynów patologicznych. Pierwotne wnioski tak Korczyńskiego i Wernickiego, jak i Widala i Ravauta, oparte na małej liczbie spostrzeżeń, były, jak się okazało, zbyt daleko idące. Mimo to korzyści badania cytologicznego są niejednokrotnie wielkie i badanie to zyska sobie niewątpliwie zasłużone prawo obywatelstwa wśród metod klinicznych, tembardziej, że chodzi o metodę, nie wymagającą złożonych przyrządów, łatwą w wykonaniu, nie zabierającą wiele czasu i szybko prowadzącą do wyników.

Zużytkowanie badania cytologicznego dla celów klinicznych należy datować od spostrzeżeń Korczyńskiego i Wernickiego (1), ogłoszonych w r. 1896. Tyczyły się one opłucnej i otrzewnej. W tym samym roku pojawiła się praca Winiarskiego (2), którego spostrzeżenia sięgają roku 1892, a który w zasadzie potwierdził wyniki Korczyńskiego i Wernickiego. Z pracy tej pojawił się w roczniku Virchowa i Hirscha za rok 1896 obszerny referat. Równocześnie prawie ogłosił Wenworth (3) spostrzeżenia odnoszące się do płynu mózgowordzeniowego. W następnym czasie zanotować należy pracę Bernheima i Mosera (4) z r. 1897 i pracę Pfaundlera (5) ze spostrzeżeniami cytologicznemi w zapaleniach opon mózgowordzeniowych. Pierwsze doniesienia Widala i jego współpracowników (6, 7, 9) pojawiają się w roku 1900. Prawie równocześnie pojawia się praca A. Wolffa (8), a wreszcie i moje doniesienia (10). Moje własne spostrzeżenia datują się od roku 1898, tyczą się głównie opon mózgowordzeniowych, ale także opłucnej i otrzewnej i były podjęte w łączności jedynie z ogłoszeniami Korczyńskiego i Wernickiego.

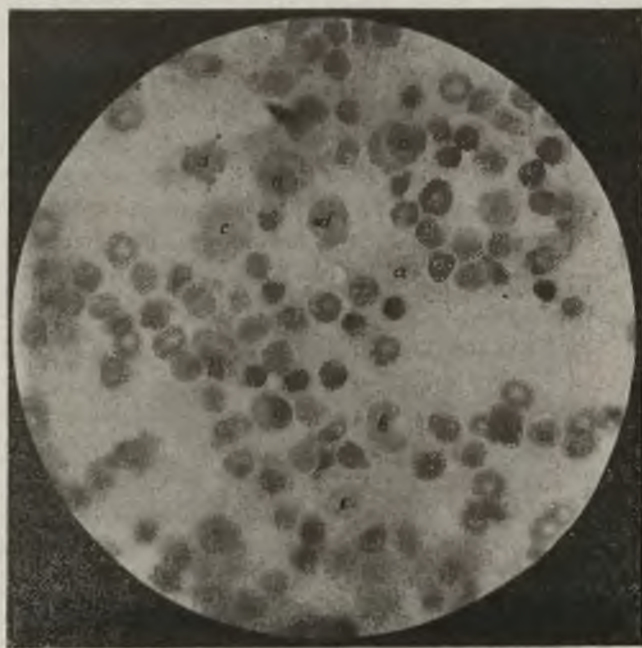
Ponieważ nowe pojmowanie wyników, jakie Widal wprowadził do badania cytologicznego, t. z. cytodyagnostyka, utrzymać się nie da, a samo badanie już przedtem było znane, zatem niesłusznem jest nazywanie cytologicznego badania nową metodą Widala. Zasługą Widala i jego uczniów jest tylko spopularyzowanie tego sposobu badania, jak to zdają się przyznawać także niektórzy badacze francuscy, np. Variot (79).

Technika. Wypociny ropne, lub silnie mętne, można bez poprzedniego przygotowania rozpostrzeć na szkiełku, gdyż zawierają one pierwociny komórkowe w dostatecznem zagęszczeniu. Wysięki o wejrzeniu surowiczem należy naprzód scentryfugować, najlepiej, jak to już zalecają Korczyński i Wernicki, w szkiełku z dnem lejkowatem. Osad uzyskany rozmąca się z cząstką płynu, pozostałą po zlaniu na dnie, zbiera włosowatą pipetką i rozpościera na szkiełkach. Po ustaleniu w piecyku przy 105—110°C barwi się jakimkolwiek barwikiem, służącym do zróżniczkowania rozmaitych odmian ciałek białych krwi, najlepiej tryacydem Ehrlicha. Dla zwykłych przypadków, mianowicie przy wysiękach o wejrzeniu surowiczem, barwienie to zupełnie wystarczy. Inaczej, gdy ciałka są zwyrodniałe, co szybko występuje w ropie. Trzeba wtedy zastosować kilka sposobów barwienia, nawzajem się kontrolujących. Innym znowu razem, celem wykazania zwyrodnień w ciałkach, wykrycia w nich glikogenu lub tłuszczu, trzeba użyć barwienia właściwego (Wolff 36); podobnie, gdy chodzi o uwydatnienie takich składników komórkowych, które przy tryacydzie się odrębnie nie barwią, np. komórek tucznych (Wolff 46, 97).

Niepożądanem powikłaniem jest wytworzenie się w płynie badanym skrzepu, który obejmuje część składników upostaciowanych i może zmienić obraz cytologiczny. Przy płynach łatwo krzepnących trzeba zatem albo naprzód płyn odwłóknić i dopiero centryfugować (Widal i Ravaut 6, Griffon 13), albo celem powstrzymania krzepnięcia dodać cytrynianu sodowego, lub kw. szczawiowego (Wolff 36), albo wreszcie, gdy skrzepik się już utworzył, kłócić go w płynie z kulkami szklanemi aż do maksymalnego zmą-

cenia, skrzepik następnie usunąć, a płyn scentryfugować (Widal 6).

Z błon surowiczych jedynie tylko opony zawierają także w stanie prawidłowym tak znaczną ilość płynu, że można z nich otrzymać materyał do badania cytologicznego. Wbrew pierwotnym twierdzeniom Widala (12) płyn ten zawiera stale małą ilość limfocytów (Lewkowicz 10, Widal 14). W obec tego celem odróżnienia chorobowego odczynu komórkowego musimy zwracać uwagę także na ilość tych składników. W płynie prawidłowym jest ich mianowicie tak mało, że po scentryfugowaniu nie otrzymujemy osadu makroskopowo widocznego (Lewkowicz 10, 47). Dokładniej można tę różnicę określić drogą liczenia przy pomocy kamery Zeissa. Sposób ten pierwszy zastosował Winiarski (2) do wysięków i przesięków opłucnej i otrzewnej. Otrzymywał on w 1 mm^3 przy wysiękach opłucnowych 270—9270 ciałek, najczęściej 1500—3000, przy przesiękach 60—300, przeciętnie 150. Przy wysysaniu płynów



Fotogram 1*). Wzór limfocytowy. Z przypadku zapalenia gruźliczego otrzewnej. Osad barwiony tryacydem Ehrlicha. *a*) Ciałka duże jednojądrzaste; *b*) ciałko jednojądrzaste przejściowe; *c*) ciałko jednojądrzaste z jądrem nietypowem; *d*) wolne jądra. Zresztą małe limfocyty, dające się rozpoznać po wązkiej obwódce pierwoszczy naokoło jądra, i ciałka czerwone. Powiększenie 500 : 1.

liczba ciałek rosła. Autor zwraca uwagę, że przy powstawaniu strzępów i skrzepów włóknika w płynie po wypuszczeniu liczba ciałek białych obniża się nieraz bardzo znacznie, dlatego trzeba liczyć zaraz po otrzymaniu płynu, nie czekając aż się utworzą skrzepy.

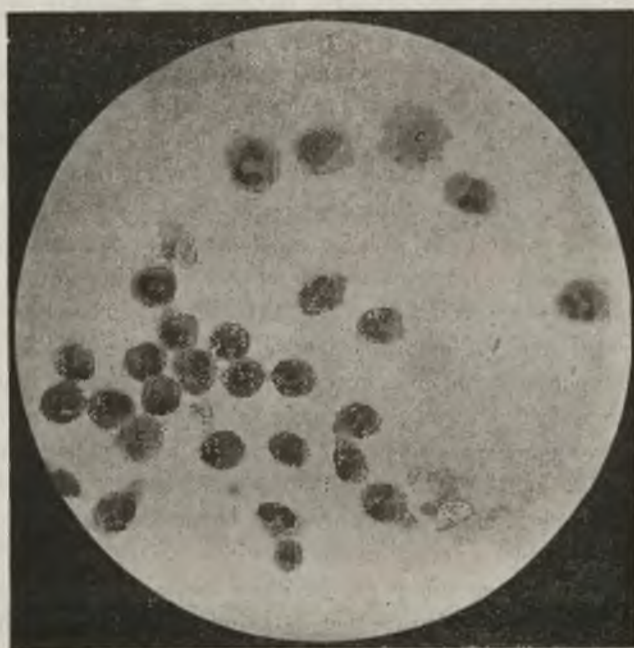
Gdy płyn jest bardzo ubogi w ciałka, jak to często się zdarza w płynie mózgowordzeniowym, trzeba go dla przeprowadzenia oznaczenia wzbogacić przez centryfugowanie (Laignel-Lavastine 24). Bierze się np. 5 ctm^3 płynu mózgowordzeniowego, centryfuguje przez 5—10 minut, zlewa, lub zbiera pipetą tyle płynu, że nad osadem zostaje tylko 0·5 ctm^3, osad w tej reszcie się rozmąca i w tym dziesięciokrotnie wzbogaconym płynie oznacza liczbę ciałek.

*) Fotogramy zostały wykonane w zakładzie weterynaryi prof. Nowaka.

Otrzymaną ilość trzeba podzielić przez 10. Według Laignel-Lavastina tylko wtedy można ilość limfocytów uważać za nieprawidłową, gdy jest większą niż 0,5 na 1mm^3. Takie ścisłe oznaczenie granicy może mieć znaczenie dla rozpoznania pewnych przewlekłych spraw zapalnych w oponach, przebiegających niekiedy tylko z małym odczynem komórkowym, jak to widzimy mianowicie w porażeniu postępującem i w wiądzie rdzenia. Tu pociągnięcie granicy między limfocytozą prawidłową a patologiczną jest też do pewnego stopnia dowolne (A. Delille i Camus 70).

Wzory. Badanie mikroskopowe osadów różnego pochodzenia poucza wkrótce, że między składnikami komórkowymi powtarzają się pewne stosunki, które za przykładem autorów francuskich nazywamy wzorami (*formules*).

Bardzo często (p. fotogram 1) limfocyty małe są prawie jedynymi składnikami, lub przeważają znacznie nad składnikami innymi, mianowicie nad ciałkami wielojądrzastemi. Mówimy wtedy o wzorze limfocytowym,



Fotogram 2. Wzór wielojądrzasty. Osad z płynu mózgowordzeniowego z przypadku zapalenia gruźliczego opon. Barwienie tryacydem Ehrlicha. *a*) Mały limfocyt; *b*) ciałko duże jednojądrzaste; *c*) śródbłonki. Zresztą ciałka wielojądrzaste, neutrofilne. Powiększenie 500 : 1.

a sprawę wypacania się tych składników nazywamy limfocytozą.

Gdy przeważają ciałka wielojądrzaste, mówimy o wzorze wielojądrzastym i polinukleozie (p. fotogram 2); jeżeli przytem między niemi ciałka eozynofilne są liczniejsze w stosunku do neutrofilnych, jak we krwi, to mówimy o eozynofilii.

Jeżeli przeważają wielkie komórki jednojądrzaste (duże limfocyty) mówimy o wzorze jednojądrzastym i mononukleozie.

Śródbłonki od dużych jednojądrzastych ciałek można odróżnić tylko wtedy, gdy mają kształt wielokątny, lub gdy występują w płatkach. Można wtedy mówić o wzorze śródbłonkowym i endoteliozie.

Wreszcie przy krwotokach do jam surowiczych osad może się składać głównie z ciałek krwi: wzór krwinkowy, erytrocytoza.

W wysiękach powstałych u chorych białaczkowych można stwierdzić ciałka białe bazofilne i myelocyty (Sicard i Monod 11). Wolff (46) znalazł w jednym przypadku wysięku opłucnowego przy wzorze limfocytowym 10% komórek tucznych; później jednak nie udało mu się po raz drugi napotkać podobnego wysięku (97). W płynach powstałych na tle nowotworowem mogą się znaleźć komórki nowotworu, lub inne trudno dające się określić. Przy puchlinie pochewki okołojądrowej zdarzają się nitki nasienne. W śpiączce murzynów znajdowano stale w płynie mózgowo-rdzeniowym trypanosomy. Tego ostatniego jednak, podobnie jak znachodzenia się bakteryj, zakresem cytologii zwykle się nie obejmuje.

W sprawach zapalnych, które dają przeważny odsetek badanych przypadków, głównymi składnikami komórkowymi płynu są małe limfocyty i ciałka wielojądrzaste, neutrofilne. Zwykle jeden z tych składników znacznie przeważa nad drugim. Mamy więc albo wzór limfocytowy, albo wielojądrzasty, mniej lub więcej czysty; rzadziej tylko zdarzają się stosunki pośrednie. Oba te wzory zapalne, do pewnego stopnia zasadnicze, służyły za punkt wyjścia tak Korczyńskiemu i Wernickiemu, jak i Widalowi. Obok zasadniczego wzoru i jego czystości pewne znaczenie mają jednak także przymieszki, n. p. obecność lub nieobecność śródbłonków, makrofagów, ciałek czerwonych.

Przegląd wyników. Piśmiennictwo cytologiczne wzrosło w ostatnich latach do tak niespodziewanych rozmiarów, że zebranie wszystkiego, co w tym zakresie wogóle napisano, napotyka na niemałe trudności i opuszczenie tego lub owego doniesienia nie da się uniknąć. Sądzę jednak, że to, co poniżej zostało zebrane, wystarczy zupełnie, aby się zoryentować w tem piśmiennictwie i wyrobić sobie dokładne pojęcie o przedmiocie.

Wysięki z wzorem limfocytowym.

Wysięki gruźlicze mają z reguły wzór limfocytowy. Stwierdzają to już do pewnego stopnia dla wysięków opłucnej i otrzewnej Korczyński i Wernicki (1), przytaczając zdania autorów, że wszystkie surowicze wysięki i te z ropnych, w których nie udaje się udowodnić zwykłych drobnoustrojów ropnych, mają tło gruźlicze i dowodząc, że wysięki prawdziwie surowicze cechują się wzorem limfocytowym. Wenworth (3) znajduje ten sam wzór w gruźliczem zapaleniu opon i radzi ten szczegół zużytkować do celów rozpoznawczych. Bernheim i Moser (4) znajdują w tem cierpieniu jednak czasem znaczną przymieszkę ciałek wielojądrzastych, wyjątkowo nawet wzór wielojądrzasty (jeden przypadek na 62). Wzór limfocytowy przy zapaleniu gruźliczem opon stwierdził także i Pfaundler (5).

Widal i Ravaut (6) w gruźliczem surowiczem zapaleniu opłucnej, w zapaleniu t. zw samoistnem lub „z zaziębienia“ *(a frigore)*, znachodzili stale wzór limfocytowy. Limfocytoza miała być prawie zupełnie czystą; obok limfocytów stwierdzano jeszcze tylko ciałka czerwone. Widal i Ravaut uważali to zjawisko za cechujące, dające się wprost zużytkować do rozpoznania. Nie dali się zachwiać w tem przekonaniu okolicznością, że u chorych ze staremi zmianami, z jamami, wzór był inny, gdyż można to było tłómaczyć oddziaływaniem treści jam, zakażonych z reguły drobnoustrojami ropnymi. W takich przypadkach stwierdzano polinukleozę. Ciałka wielojądrzaste były jednak skąpe, przytem jakby stare, zniekształtnione, chore, o jądrze rozkawałkowanem, ziarenkach neutrofilnych zmienionych, niewyraźnych.

Dopter i Tanton (30) podnoszą nieobecność śródbłonków w gruźliczych zapaleniach opłucnej, co Widal i Ravaut (33) tłómaczą szybkiem tworzeniem się błony rzekomej, uniemożebniającej złuszczanie się. I według Wolffa (45) śródbłonków zwykle niema, jednak wyjątki z tej reguły wcale nie są rzadkie. Barjon i Cade (59) znachodzili śródbłonki w $^1/_3$ przypadków. Przytem spostrzegali oni, że limfocytozę poprzedza często początkowa polinukleoza. Zato obecność płatków śródbłonkowych wprost wykluczałaby przyrodę gruźliczą (Ravaut, 41), gdyż te znikają po 3—4 dniach trwania choroby (Widal, Ravaut i Dopter 58). W zapaleniu gruźliczem opon znajdujemy przeciwnie często mniejszą, lub większą przymieszkę śródbłonków, jak na to już Bernheim i Moser (4) zwracają uwagę.

Doświadczenia na zwierzętach potwierdziły te wyniki. Otrzymano u świnki i u psa przez szczepienie gruźlicy limfocytozę opłucnową, mniej lub więcej czystą (Widal i Ravaut 12).

Podobne wyniki, jak w zapaleniu opłucnej, otrzymano także w zapaleniu gruźliczem otrzewnej (Dopter i Tanton 30, Grenet i Vitry 84), zapaleniu pochewki jądra (Tuffier i Milian 13, Dopter i Tanton 30), w zapaleniach gruźliczych stawów. Tu jednak w jednym przypadku liczba limfocytów i ciałek wielojądrzastych była równą (Dopter i Tanton 30).

Najważniejszymi były jednak wyniki, otrzymane w zapaleniu gruźliczem opon mózgowych: tu bowiem sprawa jest prawie bez wyjątku czystą, a przytem rozpoznanie może być z reguły stwierdzone badaniem pośmiertnem.

Widal, Sicard i Ravaut (7 i 9) najprzód w 3 przypadkach, potem w 12, stwierdzili tu wzór limfocytowy. Limfocytom towarzyszyła mniejsza lub większa, wogóle jednak nieznaczna ilość ciałek wielojądrzastych, a tylko w jednym przypadku po śmierci stwierdzono przewagę tych ostatnich (63 : 38). Znachodzą się także i śródbłonki, nie przeszkadzając jednak w oznaczeniu wzoru. Widal, Sicard i Ravaut uważają ten wynik za zupełnie stały i cechujący i zwracają się przeciw Bernheimowi i Moserowi (4), którzy stwierdzali w pewnych przypadkach wzór mieszany lub wielojądrzasty, a przytem znaczną przymieszkę śródbłonków. Zapatrywania Widala potwierdzają spostrzeżenia Grifona (13), Sousques i Guisernea (24), Laignel-Lavastinea (24), Faisansa (26), Bendixa (39) i innych.

Moje spostrzeżenia (10, 35 i 48) wykazały jednak dowodnie, że wzór limfocytowy nie jest tu wcale stałym. Z ogłoszonych już wyników okazuje się, że na 30 przypadków tylko w 24 był wzór limfocytowy z mniejszą lub większą domieszką ciałek wielojądrzastych. Domieszka ta wynosiła zwykle 1—5%, w dwóch jednak przypadkach była bardzo znaczną, gdyż dochodziła do 21 i 41% wszystkich ciałek białych. W 6 zaś przypadkach wzór był już wyraźnie wielojądrzasty z domieszką limfocytów, wynoszącą w 4 przypadkach 11—16%, w jednym 21%, w jednym 48%. Do tych spostrzeżeń mogę obecnie dodać 23 nowych przypadków, w których 16 razy stwierdzono wzór limfocy-

towy, 6 razy wielojądrzasty (z tych 2 przypadki bez badania pośmiertnego). Na 10 przypadków z polinukleozą, w których wykonano badanie pośmiertne, w 6 przypadkach znaleziono stare ogniska w oponach, najczęściej guzy serowate rozmaitej wielkości, usadowione w mózgowiu, ale dosięgające do opon. Z nowych moich przypadków jeden ogłoszony jest osobno, jako przypadek zbioru objawów Benedikta (93). Jak w tym i w paru innych z moich przypadków okazało się, polinukleoza w zapaleniu gruźliczem opon może być zużytkowaną do rozpoznania z pewnem prawdopodobieństwem guzów lub nacieków serowatych, zajmujących opony pierwotnie, lub następowo. Można było przypuszczać, że w tych przypadkach polinukleozy opon w gruźlicy, gdzie nie stwierdzono takich guzów w oponach mózgowia, mogą się one znaleźć w oponach rdzenia. Jednak wynik ujemny dokładnego przeszukania także opon rdzenia w jednym takim świeżo spostrzeganym przypadku przekonał mnie, że może istnieć polinukleoza przy zupełnie typowem zapaleniu gruźliczem opon, bez jakichkolwiek zmian starszych serowatych w oponach. Także stosunek odwrotny jest możebny: obecność gruzełków odosobnionych i mniej lub więcej czysta limfocytoza (Lewkowicz 10, Dainville 52, Nobécourt i Voisin 72).

Wysięki gruźlicze okazują często eozynofilię.

Przypadki polinukleozy w zapaleniu gruźliczem opon ogłosili: Marcou-Moutzner (37) jeden przypadek ze staremi zmianami w oponach; Guinon i Simon (50) 2 przypadki na 16 badanych; Concetti (60). Lutier (87) na 134 badanych przypadków 118 razy stwierdził limfocytozę, 10 razy polinukleozę, 2 razy wzór był pośredni, 4 razy zaś zmienił się w ciągu przebiegu choroby w jednym lub drugim kierunku.

Okazuje się z tych danych, że stwierdzenie limfocytozy w zapaleniu opon przemawia z wielkiem prawdopodobieństwem za gruźliczą przyrodą sprawy, mianowicie, jeżeli chodzi o odróżnienie od zapalenia zwykłego i zapalenia nagminnego, które, jak o tem będziemy mówić poniżej, przebiegają z reguły z polinukleozą. Z drugiej strony polinukleoza wcale nie wyklucza przyrody gruźliczej i nie powinna zachwiać rozpoznaniem, jeżeli obraz i przebieg choroby za niem przemawiają, a drobnowidowo i bakteryologicznie w płynie zwykłych drobnoustrojów ropotwórczych, meningokoka, pneumokoka i t. d. wykryć nie można. W takim razie polinukleoza świadczy z pewnem prawdopodobieństwem o równoczesnej obecności starszych zmian serowatych w oponach. (C. d. n.)



II. Przypadek kiłowego zapalenia stawu kolanowego [1]).

Podał

Dr. J. Fels.

Kiłowe schorzenia stawów uchodziły do niedawna za należące do bardzo rzadkich. Poznanie ich datuje się dopiero od czasów nowszych i do tej pory mało jest jeszcze rozpowszechnione. Już w tak zwanym drugim okresie wylęgania kiły, t. j. w okresie wybuchu osutki, albo podczas późniejszych nawrotów i w okresie utajenia zdarzają się bole w stawach bez obrzęków i zaczerwienienia skóry. Bole te mogą pojawić się we wszystkich stawach, częściej jednak w większych, niż w mniejszych. Występują one w stawie barkowym, a szczególnie w kolanowym. Zwykle bole są większe w nocy, niż we dnie. Rtęć i małe dawki jodku potasowego (0·5 dziennie) wywierają w takich razach wpływ korzystny. Prócz tej postaci kiłowego zapalenia stawów zdarzają się jeszcze dwie inne: zapalenie stawów pospolite na tle kiłowem i zapalenie stawów kilakowe. Pierwsza postać jest dość rzadka i polega na ostrem, podostrem lub przewlekłem zapaleniu z mniejszym lub większym wysiękiem do stawu i może wystąpić nieraz już we wczesnym okresie kiły, często już w okresie wybuchowym, równocześnie w kilku stawach tak, że postać przybiera obraz ostrego gośćca stawowego i bywa też dlatego określana, jako gościec kiłowy lub gościec kiłowy rzekomy. Przypadki te przebiegają wśród gorączki zwalniającej lub też przepuszczającej; obrzęki i bole przechodzą z jednego stawu na drugi, zupełnie jak w ostrym gośćcu stawowym; zmian w sercu jednak zawsze brak, a jodek potasowy dziwnie prędko, bo w kilku dniach, usuwa gorączkę i obrzęki stawów.

Kiłowe zajęcie jednego stawu zdarza się częściej w okresie kiły późniejszym, niż wcześniejszym. Obrzęk stawu występuje w sposób podostry lub przewlekły bez bolów i objawów zapalnych, zwykle w stawie kolanowym, rzadko w innych, n. p. w stawie łokciowym. Tu również jodek potasowy dobrze działa, choć nie tak szybko, jak w postaci wielostawowej. Postać ta ma wielką skłonność do nawrotów, dlatego leczenie przeciwkiłowe ma być energiczne. Kilakowe zapalenie stawów bierze swój początek albo z pierwotnych kilaków kości lub okostnej, do których następowo przyłącza się wysięk w stawie, albo też sprawa kilakowa powstaje pierwotnie w stawie. Poznanie tej sprawy jest zdobyczą czasów najnowszych. Prawie bezboleśnie lub wśród nieznacznych dolegliwości występuje wysięk surowiczy w stawie. Zauważono tę postać dotychczas w stawie kolanowym, skokowym, łokciowym i nadgarstkowym, częściej jednostronnie i tylko rzadko obustronnie. Nieraz obwinia się uraz, natężenie, skok i t. p., jako okolicznościową przyczynę schorzenia stawu, częściej jednak przyczyny tej wcale znaleźć nie można. Rozpoznanie kiłowych schorzeń stawów jest bardzo trudne, gdyż nie mają one żadnych objawów znamiennych dla kiły. Nieraz inne objawy kiły lub dokładne wywiady ułatwiają rozpoznanie. Dlatego w uporczywych wysiękach stawów, które nie ustępują działaniu leczenia, należy zawsze pamiętać o kile i spróbować leczenia swoistego, choćby nawet wywiady tego rozpoznania nie popierały. Najczęściej bierze się kiłowe zapalenie stawu za gruźlicze lub rzeżączkowe z wysiękiem.

O wiele mniej, niż schorzenia stawów w toku kiły nabytej, znane są zapalenia stawów, wywołane kiłą dziedziczną. Podręczniki chorób płciowych tylko nader pobieżnie wspominają o nich; podręczniki zaś chirurgiczne często wcale nie. Dlatego każdy nowy przypadek zasługuje na ogłoszenie. O ile mi wiadomo, to w ostatnim czasie Hippel [2]), prof. okulistyki w Heidelbergu, baczniejszą zwrócił uwagę na częstość schorzeń stawów na tle kiły wrodzonej, zachęcając tem samem do dokładniejszego spostrzegania i badania w tym kie-

[1]) Według wykładu mianego w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem w dniu 3 czerwca 1904.

[2]) Münchener medizin. Wochenschrift, Nr. 31, 1903.

runku. Jako okulista zauważył on, że dzieci z zapaleniem miąższowem rogówki, zdarzającem się bardzo często, choć jego zdaniem nie jedynie u chorych na kiłę dziedziczną, cierpią częstokroć na zaburzenia w stawach, a szczególnie w kolanach i zaczął pod tym względem zbierać spostrzeżenia dokładniejsze. Badał on 77 dzieci z kiłą wrodzoną, do których dodaje w końcu swego artykułu jeszcze osiem przypadków, dlatego obliczę i podam wyniki z 85 jego przypadków. Z tych 47 razy, więc w 55%, mógł on bądź osobiście, bądź na podstawie dokładnych wywiadów stwierdzić schorzenia stawów. Na tych 47 przypadków 45 razy były zajęte stawy kolanowe, sześć razy równocześnie z innymi stawami, raz staw łokciowy, raz kilka stawów naraz było zajętych; 41 razy schorzenia polegały na wysiękach w stawach, a z 45 zajęcia kolana 40 razy stwierdzono wysięki, które 37 razy obejmowały oba kolana, a trzy razy tylko jedno. Bosse na 46 przypadków kiły wrodzonej stwierdził 17 razy, więc w 37%, schorzenia stawów.

W zestawieniach Hippla nie przeważa płeć żeńska, jak u innych klinicystów. Zwykle zapadają na te schorzenia nie małe dzieci, lecz starsze, w okresie, kiedy już niema innych objawów widocznych kiły, najczęściej u osobników między 6—10 rokiem życia, lecz wcale nierzadko między 10—20, a nawet jeszcze później. U chorych na kiłowe schorzenia stawów tylko pięć razy nie było zapalenia miąższowego rogówki, które jednak występuje prawie zawsze później, co również utrudnia rozpoznanie kiłowej natury obrzęku stawów, gdyż przy istniejącej wypocinie w stawie u osobnika pozornie zdrowego rozpoznaje się tylko wtedy kiłę, kiedy lekarz z góry ma na myśli tę możliwość, lub jeśli wyjątkowo dokładnie w tym kierunku bada.

Schorzenia stawów na tle kiły dziedzicznej przebiegają najczęściej bez podniesienia ciepłoty; gorączka zdarza się tylko rzadko; rzadko też chorzy żalą się na bole; wielu nie radzi się wcale lekarza z powodu „grubych kolan“. W większości przypadków wyleczenie następuje po dłuższym czasie samoistnie, a tylko rzadko zdarzają się także zapalenia ciężkie i uporczywe, nawet sprawy ropne z wytworzeniem przetok lub postać zapalenia przewlekłego stawu kolanowego (tumor albus). Najczęściej spotyka się obustronny zwykły wysięk kolana surowiczy lub surowiczo-włóknikowy, powstający bez urazu. Nieraz próbowano przedtem leczenia chirurgicznego, np. nakłucia stawu, lub leczono chorych pendzlowaniem nalewką jodową, opatrunkami, kąpielami, leżeniem w łóżku, co zwykle nie odnosi skutku, a najlepiej tu działa jodek potasowy, który według doświadczenia Hippla w 4—6 tygodniach sprowadza wyleczenie. W jednym przypadku Hippla zrobiono nawet przedtem wycięcie łokcia. Zatem twierdzi Hippel, że schorzenia stawów z powodu kiły wrodzonej są dość częste i że chirurdzy i praktycy o wiele więcej przypadków mieliby do zaznaczenia, jeśliby pamiętali o możliwości etyologii kiłowej i zawsze w tym kierunku czynili dokładne badania.

Ja spostrzegałem tylko jeden przypadek kiłowego zajęcia stawu kolanowego, ponieważ jednak wykazuje on dobitnie trudności w rozpoznaniu tych zmian i stwierdza, jak mało jeszcze lekarze o nich myślą, pragnę go tu opisać i to w tym porządku, jak mi się przedstawiał aż do ostatecznego niezbitego rozpoznania.

Kiedy byłem jeszcze słuchaczem medycyny żalił mi się nieraz były mój kolega gimnazyalny, że od kilku lat cierpi na obrzęk kolana prawego, opierający się wszelkim zabiegom leczniczym; później zaś zgłosił się raz do mnie o poradę.

Wywiady. *A. K.*, lat 29, zastępca handlu maszyn rolniczych zgłosił się do mnie d. 10—X 1898 roku. Pochodzi z rodziny rzekomo zdrowej, ojciec żyje, jest zdrów, matka umarła na śpiączkę cukrzyczą w czerwcu tego roku w 51 r. życia Badany jest najstarszym bratem z 8-ga rodzeństwa, rzekomo zdrowego; jedna siostra umarła w 13 r. życia na dur brzuszny; jeden brat w 14 roku rzekomo na zapalenie wsierdzia. Badany był zawsze zdrów, prócz rzeżączki nie przebywał żadnych chorób, w szczególności zakażenia kiłowego. Przed 9 laty, zatem kiedy miał lat 20, zauważył «guz» na zewnętrznej stronie kolana prawego; nie może sobie przypomnieć, by się uderzył kiedyś w to miejsce. Obrzęk ten powoli objął całe kolano, lecz przez cztery lata chory mógł chodzić bez wszelkich bolów, poczem obrzęk zaczął się zesuwać ku łydce i po dłuższem chodzeniu stawał się czasami bolesnym. Również odczuwał nieraz badany niemiłe wpływ zimna na kończynę chorą. Lekarze podejrzywali gruźlicę stawu; w płucach i innych narządach nie znaleziono jednak żadnych zmian gruźliczych; stosowano nastój jodowy i kąpiele siarczane, przez co bole ustawały, lecz obrzęk jeszcze się powiększał i rozszerzył na łydkę; jeśli chory dłużej chodził, obrzęk obniżał się na stopę. Wtedy też chory sam zauważył, że w kolanie i w łydce znajduje się płyn i że oba te przestwory, napełnione cieczą, ze sobą komunikują, gdyż mógł przesuwać płyn z jednej jamy do drugiej. Niektórzy lekarze doradzali choremu operacyę, na którą on się nie zgadzał. Wreszcie wykonano nakłucie kolana, lecz bezskutecznie. Tak upłynęło znowu trzy lata. Ponieważ w dzień podczas chodzenia wytwarzał się zawsze obrzęk kończyny, dano choremu z Kasy chorych pończochę gumową, która zapobiegła powstawaniu przynajmniej większego obrzęku. Może przed rokiem chory spostrzegł plamę czerwoną na łydce; po kilku tygodniach z miejsca tego począł ciec płyn wodnisty, z początku mniej, potem coraz więcej obfity, lecz chory mimo to chodził; wydzielina stała się z czasem ropną, żółtą, zielonawą lub różową z małymi strzępami, a potem przedstawiała znowu gęstą zielonawą ropę.

Stan obecny. Osobnik silnie i dobrze rozwinięty, kościec i mięśnie dobrze wykształcone, podściółka tłuszczowa obfita, narządy oddychania, krążenia i trawienia nie wykazują żadnych zmian chorobowych; słuch i wzrok prawidłowe, zęby zdrowe i kształtne, na częściach rodnych niema blizn lub innych objawów podejrzanych; gruczoły pachwinowe nie obrzękłe, mocz przeźroczysty, zawiera kilka nitek, bez śladu białka i cukru. Prawe kolano i podudzie są obrzękłe, wogóle grubsze, niż lewe; chory jednak podaje, że kolano było w pierwszych latach choroby o wiele grubsze. Rzepka «skacząca»; na wewnętrznej stronie kolana znajduje się obrzęk, zawierający chełboczący płyn; dno tej jamy stanowi zgrubiała torebka. Skóra na łydce nieco obrzękła; pod nią daje się również wyczuć w głębi jamę; kolano tkliwe na ucisk. W środkowej części łydki skóra w obrębie dwugroszówki sinawo zabarwiona, a w środku tego miejsca otwór wielkości soczewicy o brzegach sinawych, podminowanych i wystrzępionych; z otworu tego uciskając od kolana wzdłuż łydki daje się wycisnąć płyn surowiczo-ropiasty, zawierający strzępki białe, niekiedy zaś krwawo zabarwione. Cała sprawa od początku zrobiła wrażenie schorzenia gruźliczego z opadowym ropniem w łydce i z przetoką gruźliczą.

Na to rozpoznanie zgodzili się także inni koledzy, chirurdzy i zaproponowano choremu zabieg operacyjny, na co on się zgodził, widząc, że choroba, istniejąca od 9 lat, przybiera w ostatnim czasie rozmiary coraz większe. Wtedy przedstawiłem jeszcze chorego Prof. Ziembickiemu, który zwrócił uwagę na lekkie zgrubienia goleni i rozpoznając zropiałe kilaki, zalecił leczenie rtęcią. Muszę przyznać, że ja i inni koledzy wątpiliśmy o słuszności tego rozpoznania, gdyż wejrzenie ranki i ropy było cechującą gruźlicze, a chory stanowczo przeczył i nie przyznaje się jeszcze do dnia dzisiejszego do przebycia jakiegokolwiek zakażenia kiłowego. Kolega Reichenstein zbadał jeszcze ropę, czy nie zawiera prątków gruźliczych; wprawdzie wynik był ujemny,

lecz to nie mogło jeszcze stanowczo wykluczyć sprawy gruźliczej. Kiedy zaś przedstawiłem choremu i jego ojcu, by przed operacyą spróbować leczenia, zalecanego przez Prof. Ziembickiego, chory się na to zgodził, a ojciec był nawet z tego rad i zaczął mi dobrowolnie opowiadać, że i jego żona nieboszczka przed wielu jeszcze laty również miała być operowaną z powodu jakiejś ciężkiej choroby kości, połączonej z długotrwałem ropieniem, gdy jednak jeden z lekarzy zaproponował ją wyleczyć bez operacyi, zabieg chirurgiczny odłożono, a leczenie wewnętrzne dało świetne wyniki. Zapytany o to cudowne leczenie, opowiadał dalej, że wcierano jakąś maść, że następnie chorej zbrzękł język i dziąsła tak, że ślina ciągle się sączyła i chora musiała leżeć w łóżku. To wyznanie naturalnie zupełnie wystarczało. Wprawdzie ojciec również przeczył przebyciu zakażenia kiłowego, lecz na jego wargach stwierdziłem zbyt podejrzane białe zgrubienia płaskie, które też po wyżyciu 30·0 jodku potasu zupełnie znikły. Chory sam również mi potem opowiadał, że i on sobie przypomina ową chorobę matki, a mógł on mieć wtedy najwyżej 6 lat; o ile słyszał, matka raz poroniła, czy było więcej poronień lub nieżywo urodzonych dzieci, nie wie.

Dnia 18/X chory rozpoczął wcierania, dziennie po 3·0 szaruchy, chorą łydkę i kolano pokrywano codziennie plastrem rtęciowym. Dnia 22/X nie dało się już wycisnąć wydzieliny z przetoki, łydka stała się twarda, nieco bolesna przy chodzeniu i tylko na wewnętrznej stronie kolana można było jeszcze stwierdzić chełbotanie w jednem miejscu. Z końcem drugiego okresu wcierań nigdzie nie było już chełbotania i przetoka zaczęła się zabliźniać. Dnia 6/XI obrzęk kolana i łydki był o wiele mniejszym; dnia 15/XII objętość kolana, mierzona nad rzepką, wynosiła po stronie prawej 36 ctm., po lewej 35, nad guzowatością goleni prawej 32·5, lewej 32 ctm., w środku łydki 33·5 i 33 ctm. Choremu wtarto 105·0 szaruchy w 7 okresach i wyżył jeszcze potem 30·0 jodku potasowego i od tego czasu odzyskał zupełne zdrowie, odbywa często daleką drogę pieszo i jak zapewnia, „kończyna prawa jest teraz zdrowszą od lewej“.

Tak więc chory, kilkakrotnie badany i leczony przez 9 lat, gdyby nie zdanie Prof. Ziembickiego, który od gruntu zmienił pogląd na naturę choroby, byłby kto wie, ile lat jeszcze cierpiał i jakie jeszcze zabiegi nie byłyby na nim przedsięwzięte. Choroba polegała pierwotnie na wysięku surowiczym w kolanie: czy to jednak był późny objaw kiły wrodzonej, czy też chory w dzieciństwie został zakażony przez rodziców, trudno dziś rozstrzygnąć.

W ostatnim czasie ogłosił Jordan[3]) dwa przypadki zapalenia stawów kolanowych, spowodowanego kiłą wrodzoną, gdzie również dopiero po różnych zabiegach, a nawet już po operacyi, doszło się do właściwego rozpoznania. Jeden z tych przypadków dotyczył zdrowego porucznika, który nie okazywał żadnych innych objawów kiły: w 22 roku życia wystąpiły wysięki w kolanach, które, jak już wykazano wyżej, są ulubionem i często jedynem usadowieniem kiły dziedzicznej późnej. Fournier i inni rozróżniają cztery postacie schorzeń kolana, wywołanych kiłą wrodzoną, a mianowicie 1) cierpienie kolan (*arthralgia*), polegające na bolach z chwiejnem nasileniem, występujące nieraz w nocy i szybko ustępujące po leczeniu jodkiem potasu; 2) prosty wysięk przewlekły; 3) guz „biały“ kiłowy i 4) schorzenie zniekształtniające z zesztywnieniem i przykurczeniem. Bardzo często patologiczne następstwa kiły wrodzonej późnej uważane bywają za gruźlicę i chorzy odbywają długie i bezskuteczne leczenie lub nawet poddawani bywają różnym operacyom. Z tego wynika, że w przewlekłych zapaleniach stawów, a szczególnie kolanowych, należy pamiętać zawsze o kile wrodzonej i to nietylko u dzieci, lecz także u ludzi młodych, nawet do 25—30 roku życia. W przypadkach wątpliwych, jakoteż w tych, u których leczenie zazwyczaj zostaje bez skutku, próba leczenia przeciwkiłowego jest wskazaną i musi ono być prowadzone energicznie i długo.

[3]) Münchener medic. Wochenschrift, Nr. 31, 1903.

III. *Ciała obce w uchu* [1]).

Podał

Dr. R. Spira,

kierownik ambulatoryum otyatrycznego w szpitalu izraelickim w Krakowie.

Ciała obce w przewodzie usznym stanowią dla lekarza praktycznego jedno z nader ważnych zadań i stanowią niestety jeszcze dość często powód do błędów w sztuce.

Etyologia. Ciało obce dostaje się do ucha bądź niezależnie od naszej woli, bądź zostaje wprowadzone z rozmysłem, przeważnie przez dzieci, które mają zwyczaj, bawiąc się, wkładać sobie do ucha różne przedmioty, najczęściej pestki z owoców, ziarna, paciorki, zwitki papieru, guziki, kamyczki, groch, bób itd.

Ciała obce u dorosłych zostają często wprowadzone do uszów celowo, jako przedmioty użyte do leczenia i po największej części włożone do ucha, dla ukojenia bolu zębów, np. kawałki czosnku, cebuli, waty, kamfory, siarki i t. p. Przypadkowo dostają się do ucha odłamki narzędzi, używanych do podrapania przy swędzeniu w uchu, jak kawałki zapałek, ołówka, wykłuwacza, źdźbła słomy, siana, kłosy, wata. Dalej mamy szereg przedmiotów, dostających się do ucha mimowolnie, np. odłamki słomy przy leżeniu w niej, różne owady, najczęściej muchy domowe, czarne chrabąszcze kuchenne, pchły, pluskwy itd.

Przy zaniedbanem ropieniu w uchu środkowem muchy domowe składają z upodobaniem w przewodzie usznym swoje jajka, które się później tam dalej rozwijają, wylęgają i tworzą całe kolonie poczwarek w uchu zewnętrznem.

Rzadko znajdują się tam ciała obce, umyślnie siłą do ucha wepchnięte, jak to ma miejsce u dzieci podczas zabawy.

Objawy podmiotowe. W większej części przypadków ciało obce może w uchu leżeć dłuższy czas, nawet latami, bez sprawienia dolegliwości i bez szkody dla chorego i najczęściej przypadkowo zostaje wykrytem. Ten szczegół jest nader ważny i o nim trzeba zawsze pamiętać, żeby nie silić się w każdym przypadku o gwałtowne wydobycie takiego ciała obcego, które jest zupełnie i pod każdym względem nieszkodliwe. Szczególnie przedmioty gładkie, okrągłe, jak pestki, ziarna, paciorki, kamyki, papier albo kawałki zapałek i t. p. nie wywołują żadnych objawów. A przecież widzi się często w takich przypadkach, jak chory, jego otoczenie, a nawet lekarze przejmują się trwogą i starają się na wszelki sposób i za każdą cenę wydobyć ciało obce jak najprędzej. Strach pochodzi z doświadczenia, że takie ciało obce bywa nieraz powodem ciężkiej choroby, a nawet zejścia śmiertelnego. Tymczasem zły przebieg w tych razach nigdy nie jest skutkiem działania samego ciała obcego, lecz właśnie następstwem niestosownych prób wydobycia go.

[1]) Ustęp z dzieła pod tytułem „Krótki zarys nauki o chorobach usznych“, które wkrótce wyjdzie staraniem „Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich im. Edwarda Korczyńskiego“.

W pierwszej chwili, pod wpływem strachu, chwyta się zwykle otoczenie, a często i lekarz, najniestosowniejszych sposobów i narzędzi (szpilki podwójnej, pętli, łyżeczki usznej itp.), przez co przewód uszny zostaje uszkodzony, a ciało obce głębiej wciśnięte. Zaprzestaje się tych zabiegów dopiero wtedy, gdy ucho zostaje okrwawione, a ciało obce, wklinowane w kostnej części przewodu, staje się nieprzystępnem dla oka i dla narządu. Wtedy dopiero posyła się po lekarza specyalistę.

Zresztą objawy zależą od położenia ciała obcego, które w pewnych przypadkach może sprowadzić szum w uszach i różne nerwowe objawy odruchowe skutkiem podrażnienia gałązek nerwu błędnego i troistego. Małe, twarde ciałka, jak ziarna śrutu, skutkiem ciężkości opadają i dostają się na błonę bęb., gdzie mogą wywoływać bole i silny szum w uszach. Kanciaste ciała ostre mogą powodować bole wskutek kaleczenia ścian przewodu, a pasorzyty żyjące sprawiają bardzo przykre dolegliwości skutkiem ruchów w przewodzie usznym.

Objawy przedmiotowe i rozpoznanie. Z naciskiem należy oświadczyć, że nigdy nie jest wolno rozpoznawać ciało obce w uchu przed osobistem przedmiotowem przekonaniem się o jego obecności. Przestroga ta mogłaby się wydać zbyteczną, a przecież tak nie jest. Często bowiem stwierdziliśmy, że lekarze na podstawie samych opowiadań dziecka lub rodziców zabierali się do wydobycia z ucha ciała obcego, którego tam wcale nie było; godzi się więc przestrzedz przed zbytnią ufnością w wywiady pod tym względem. W piśmiennictwie zanotowane są przypadki zejścia śmiertelnego wskutek uszkodzenia ucha, powstałego przy usiłowanem wydobyciu ciała obcego, którego wcale w uchu nie było, bądźto, że takie ciało wcale się do ucha nie dostało, a różne sensacye, pochodzące z innej choroby, kładzie chory na karb wmówionego w siebie ciała obcego, bądź też ciało obce, które się rzeczywiście do ucha dostało, jeszcze przed badaniem dzięki ruchom chorego i rękoczynom niespostrzeżenie samo z ucha wypadło. Osoby nerwowe, histeryczne, mogą różne sensacye w uchu kłaść na karb urojonego ciała obcego tak, jak to bywa w innych częściach ciała.

Zdarza się i tak, że ciało obce dostało się do jednego ucha, a chory lub otoczenie z powodu zapomnienia, lub dziecko pod wpływem strachu, wskazuje na ucho drugie. Doświadczenie poucza, że na podaniu chorych bezwzględnie w tym zakresie polegać nie wolno; należy zatem zawsze osobiście własnem badaniem o tem się przekonać. Jeżeli lekarz zawezwany został, nim jeszcze domownicy poczynili jakieś próby wydobycia, to po największej części już gołem okiem lub zapomocą reflektora dopatrzy ciało obce, leżące powierzchownie w zewnętrznej części przewodu usznego. Jeżeli zaś już poprzedziły próby wydobycia, badanie może stać się trudne, gdyż ciało obce zwykle zostaje w głąb zepchnięte, a ściany przewodu poranione, broczące, nabrzmiałe, nie pozwalają obejrzeć całego przewodu. W takim razie lekarz musi we własnym interesie zwrócić choremu uwagę na to, że przez poprzednie próby jego zadanie stało się o wiele trudniejszem i powinien na razie ograniczyć się do leczenia uszkodzenia albo zapalenia przewodu i oczekiwać cierpliwie czasu, w którym objawy zapalne ustąpią, a badanie dokładne będzie możebnem. Wtedy należy starannie przeszukać cały przewód, przyczem szczególną należy zwrócić uwagę, na zagłębienie między błoną bęb. a ścianą dolną przewodu, gdzie małe ciała obce mogą się ukryć przed okiem badającego. Nie znalazłszy ciała obcego w jednem uchu, powinien lekarz badać drugie, pamiętając o tem, że takie omyłki zdarzają się. Innym razem ciało obce może się ukryć pod warstwą woskowiny i mieć wejrzenie, łudząco podobne do czopka woskowiny, a dopiero po wydobyciu zostaje rozpoznane, jako ciało obce. Spostrzegłszy ciało obce, należy się przez dokładne badanie zgłębnikiem zoryentować o jego położeniu, jego własnościach, szczególnie o wielkości, powierzchni, zbitości i względnie o istnieniu uszkodzeń przewodu.

Leczenie. Najpewniejszym i najskuteczniejszym środkiem dla usunięcia ciała obcego z ucha jest wystrzykiwanie. Należy przytem używać wody letniej i silniejszego prądu z przerwami. Płyn, dostawszy się za ciało obce, odpływając, zabiera je ze sobą. Ten sposób wyjątkowo tylko może się nie udać, jeżeli się go stosuje w pierwszej chwili, a niezręczne próby nie wepchnęły ciała tego głębiej. Jeżeli wydobycie zwykłem wystrzykiwaniem nie udaje się, należy to sobie ułatwić tem, że chory nachyla głowę w stronę zajętego ucha, na dół, a prąd kieruje się pionowo ku górze. Napęczniałe ziarna grochu lub bobu można najpierw przez parę dni pozostawić, nie zatykając ucha, by wyschły, albo sprowadzić ten stan przez wkraplanie wyskoku szczerego lub gliceryny, przez co objętość ciała tego się zmniejsza i powtórne wystrzykiwanie łatwiej go wydobędzie. Nabrzmienie i zapalenie przewodu należy najpierw odpowiednio leczyć, a później dopiero przystąpić do wystrzykiwania.

Wydobycie ciała obcego z ucha należy do zadań lekarza łatwych i wdzięcznych, które jednak przez nieświadomość lub niezręczność może doprowadzić do następstw nawet zagrażających życiu. Niestety, zdarza się zbyt często i mimo przestróg należy jeszcze do porządku dziennego, że lekarz, ujrzawszy ciało obce, usiłuje je uchwycić szczypczykami, które ześlizgując się, cofają ciało obce coraz głębiej; naganna ta metoda kaleczy ściany przewodu, a nieraz nawet i błonę bęb., skutkiem czego może przyjść do ropnego zapalenia ucha środkowego, a nawet do zapalenia opon mózgowych. Nieraz udaje się wydobyć ciało obce z ucha przez wprowadzenie do przewodu aż do tego ciała pędzelka, zamaczanego w roztworze kleju: ciało obce przylepia się do pędzelka, z którym może być wyciągnięte na zewnątrz po stężeniu kleju. Rzadziej udaje się przy istnieniu przedziurawienia błony bęb. wypchnąć ciało obce z ucha przez silne wpędzenie powietrza, lub przestrzyknięcie ucha drogą trąbki.

Tylko tam, gdzie ciało obce jest wklinowane, a mimo kilkukrotnych w przerwach kilkudniowych powtarzanych usiłowań nie daje się wydobyć strzykawką i wywołuje zapalenie ucha, albo zatrzymanie ropy przy jednoczesnem istnieniu ropienia ucha środk., — dalsze czekanie może sprowadzić złe następstwa; albo jeżeli przez poprzednie próby błona bębenkowa została przedziurawioną, można i należy przystąpić do wydobycia ciała obcego zapomocą narzędzi przy unieruchomionej głowie chorego. Tu znowu należy trzymać się zasady, że u dzieci, a zwłaszcza u takich, które poprzednio nieudałemi usiłowaniami są przestraszone i rozdrażnione, narzędzi używać wolno tylko w znieczuleniu. U takich dzieci bowiem, niespokojnych i rzucających się, trudno uniknąć, mimo największej ostrożności i biegłości, skaleczenia ucha przy wprowadzeniu i użyciu narzędzi. Przytem po uśpieniu dziecka przed przystąpieniem do wydobycia narzędziami, należy raz jeszcze spróbować wstrzykiwań, gdyż takowe mimo poprzednich nieudałych usiłowań w ostatniej chwili przecież mogą się udać. Narzędziami takiemi są łyżeczki uszne, haczyki tępe i ostre. Narzędzie (haczyk) wprowadza się do przewodu pod kontrolą wzroku wzdłuż górnej ściany, między ciałem obcem a ścianą przewodu tak głęboko, aż dostanie się poza ciało obce. Potem zwracamy zagięty koniec haczyka ku dołowi, starając się przez podniesienie trzonu narzędzia uchwycić końcem jego ciało obce i przez ruchy w rodzaju dźwigni wypchnąć je na zewnątrz. Wystrzegać się należy szczególnie przy gładkich i okrągłych przedmiotach używania szczypczyków lub kleszczyków, które prędzej zaszkodzić mogą. Nieraz można sobie to zadanie ułatwić przez rozdrobnienie ciała obcego haczykiem ostrym lub ostrą łyżeczką i wydobycie go kawałeczkami.

Jeżeli się i to nie uda i zagraża niebezpieczeństwo ze strony dalszego przebywania ciała obcego w uchu, należy po nacięciu wzdłuż tylnego przyczepu muszli usznej takową wraz z tylną chrząstną ścianą oddzielić od przewodu kostnego, przez co przystęp do ciała obcego i uchwycenie go zostają ułatwione. W razie potrzeby dla rozszerzenia światła przewodu należy nawet oddłutować powierzchowną warstwę

górnej i tylnej ściany kostnej przewodu. To samo wskazanie może zachodzić, jeżeli ciało obce dostało się do jamy bęb. i nie daje się wydobyć w inny sposób. Po wydobyciu ciała obcego przykłada się napowrót oddzielony przewód błoniasty do swej podstawy kostnej, zaszywa się ranę zauszną, poczem nakłada opatrunek według zasad chirurgii.

Poczwarki, które trudno wydobyć wystrzykiwaniem, należy najpierw odurzyć wpuszczaniem do ucha dymu albo wkropleniem olejku terpentynowego lub wyskoku.

Ciała, pęczniejące w wodzie, jak kłosy i t. p. należy również pod kontrolą wzroku, u dzieci w uśpieniu starać się uchwycić narzędziami.

Po wydobyciu ciała obcego z ucha jednym albo drugim sposobem, pozostaje zwykle przez parę dni zadrażnienie ścian przewodu z wydzieliną surowiczą, które leczyć należy według zasad, na innem miejscu wyłuszczonych.

Streszczenie: 1) W przypadku ciała obcego w uchu należy się przedewszystkiem przedmiotowo przekonać o rzeczywistości jego istnienia.

2) Ciało obce w uchu należy w świeżych przypadkach usunąć li tylko zapomocą wystrzykiwań.

3) Jeżeli istnieją obrażenia po poprzednich próbach nieudałych, należy pierwiej starać się o ich wyleczenie.

4) Jeżeli sposób ten zostaje bez skutku i dalsza zwłoka może stać się niebezpieczną, wtedy wolno użyć narzędzi, lecz tylko pod kontrolą wzroku, przy dobrem oświetleniu lub zapomocą reflektora, a u dzieci tylko w znieczuleniu.

Kto tych przepisów nie trzyma się, łatwo może się dopuścić błędu w sztuce.

IV. Wyciągi.

Prof. Dr. Jacob. **O znaczeniu wlewań do płuc dla rozpoznania i leczenia gruźlicy płucnej.** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, Nr. 26, 27, 28). Praca ta, która narobiła w świecie naukowym w ostatnim czasie tyle wrzawy, rozkłada się na trzy części: a) Wstęp i przedwstępne doświadczenia fizyologiczne. b) Badania doświadczalne na zwierzętach, wykonane wspólnie z weterynarzem Bongertem. c) Technika i wyniki doświadczeń na ludziach, wykonanych wspólnie z Prof. Dr. Rosenbergiem. W części pierwszej wywodzi autor, że w ostatnich czasach żadna z chorób wewnętrznych nie dała tyle zajęcia światu naukowemu, jak właśnie gruźlica. Co miesiąc prawie pojawia się jakiś nowy lek przeciw gruźlicy, zalecany przez rozmaite znakomitości, a przecież wyniki, otrzymane z tych usiłowań, są co najwyżej minimalne. Przyczyną tego jest sposób stosowania leków: przez usta lub podskórnie środki te dochodzą wprawdzie do narządu, na który chcemy wywrzeć działanie, ale w tak znikomej dawce, że nie mogą wywołać żadnego odczynu. Gdybyśmy zaś chcieli podać w dawce naprawdę działającej, przedewszystkiem ustrój uległby otruciu. Te braki naprowadziły lekarzy na myśl, czyby nie można zadziałać wprost na płuca, a wynikiem tych rozmyślań było wprowadzenie wziewań do płuc. Jacob zarzuca tym wziewaniom, że i substancye wdychiwane nie dochodzą po płuc; większa ich część zostaje pochłonięta przez błonę śluzową górnych odcinków przewodu oddechowego. Stosowanie środków leczniczych zapomocą wstrzykiwań do płuc nie wytrzymuje krytyki naukowej; zostaje więc autorowi jedyna jeszcze droga, a mianowicie wlewanie wprost do płuc, doświadczenie, któreby fizyologicznie zdawało się niemożliwem; a przecież udało się autorowi w całym szeregu doświadczeń przedwstępnych wykazać, że nietylko jest to możliwem, ale nawet udowodnił na płucach zwierząt, którym wlewał pewne przetwory, że substancye te (jak błękit metylowy, salicylan sodowy) jednostajnie prawie rozchodzą się po całych płucach.

Tak więc dodatnio załatwił autor pytanie pierwsze, czy te wlewania są wogóle możliwe i rozpoczął doświadczenia nad pytaniem drugiem, o ile rozmaite lekarstwa działają na proces gruźliczy w płucach, co stanowi treść części drugiej. Do doświadczeń, wykonanych w tym celu, służyło pięć krów, u których zmiany gruźlicze były posunięte dość daleko. Środkami, używanymi do wlewań, były: hetol (0,004%), kreozot (0·1%), tuberkulina (0·1%), błękit metylowy (0·1%) i pyoktanina (0·1%). Z góry nadmienić należy, że najskuteczniejszymi lekami okazały się tuberkulina i kreozot. U wszystkich krów wykonano tracheotomię i zapomocą elastycznego kateteru gumowego o długości jednego metra wlewano te rozczyny przez kaniulę tracheotomijną. Doświadczenia te trwały przez sześć miesięcy, a zwierzęta znosiły dobrze te wlewania (do 500 gramów). Autor przytacza następnie dokładną historyę choroby i protokoły sekcyjne krów zabitych; wyniki otrzymane dadzą się określić w dwóch zdaniach: Wlewania wspomnianych rozczynów do płuc w dość znacznej nawet ilości są dla ustroju zwierzęcego zupełnie nieszkodliwe, następnie rozczyny te, stosowane do płuc w ten sposób, mogą działać leczniczo.

Weterynarz Bongert, który te doświadczenia na zwierzętach przeprowadzał, rozszerzył ich zakres o tyle, że tkanki gruźlicze, jako też i czyste hodowle gruźlicze, poddał wprost działaniu tych rozczynów w termostacie, a następnie zaszczepiał je pod skórę świnkom morskim. Chodziło bowiem o to, o ile te środki działają bakteryobójczo. Wynik otrzymany był podobny zupełnie do wyników, otrzymanych na zwierzętach. Tkanka gruźlicza pod wpływem kreozotu po 72 godzinach stała się dla świnki nieszkodliwą, a hodowla po upływie 24 godzin. Pod działaniem tuberkuliny straciła tkanka gruźlicza swoje własności zakaźne już po 51 godzinach. Inne środki, jak hetol, pyoktanina nie działają wcale bakteryobójczo. W ten więc sposób wykazał autor działanie bakteryobójcze kreozotu i tuberkuliny wprost na laseczniki gruźlicze, fakt dotychczas nieznany. W części trzeciej i ostatniej opisuje prof. Rosenberg udoskonalony przez siebie sposób wlewań do płuc. Znieczula mianowicie pierwiej błonę śluzową krtani zapomocą różnych środków znieczulających (jak kokaina, eukaina, adrenalina i t. d.), a następnie i oskrzela i wlewa przez cienki elastyczny cewnik 20—30 gramów rozczynu. Człowiek wlewania te także dobrze znosi; z początku powstaje wprawdzie silny odruchowy kaszel, ten jednak przyczynia się równocześnie do wydobycia mas śluzowych z oskrzeli głębszych. Nakoniec przytacza J. pięć przypadków gruźlicy u chorych, którzy wszyscy jako uleczeni opuścili jego klinikę. U ludzi tych zmiany gruźlicze w płucach były bardzo wybitne; bakterye Kocha zawsze można było w wielkiej liczbie wykazać w plwocinie. Pod koniec leczenia temi wlewaniami (głównie tuberkuliną) objawy przysłuchowe i wypukowe zmniejszyły się, lub nawet znikły zupełnie.

Na podstawie tych przypadków twierdzi więc J., że te wlewania do płuc nie tylko nie szkodzą, ale nawet, jak na swoich chorych mógł się przekonać, działają leczniczo. Na jeden jeszcze czynnik zwraca szczególną uwagę i przypisuje dlatego wlewaniom do płuc wielką wartość na przyszłość, a mianowicie na wielką ich wartość rozpoznawczą. Okazało się bowiem w ciągu doświadczeń, że aby wywołać odczyn ustroju na tuberkulinę przy podskórnem jej wstrzykiwaniu, musiano używać dziesięć razy większej ilości, aniżeli przy wlewaniach. Drugą korzyść stanowi to, że możemy zapomocą wlewań tuberkuliny rozpoznać gruźlicę płuc, gdy ustrój na nią oddziaływa; wstrzykiwaniami zaś podskórnemi możemy tylko stwierdzić gruźlicę w ustroju, bez możności jednak ścisłego jej zlokalizowania. Autor, który bardzo optymistycznie zapatruje się na swoje doświadczenia, zapowiada obszerną monografię o tym przedmiocie.

Dr. Selzer (Lwów).

Fränkel. **O wynikach operacyi przepuklin pachwinowych sposobem Bassiniego.** (*Münchener medicinische Wochenschrift*, Nr. 22, 1904). W przeciągu $4^{1}/_{2}$ lat operowano sposobem Bassiniego w szpitalu norymberskim na 208 chorych, 250 przypadków przepukliny pachwinowej. Z tych było 31 uwięzniętych, 201 nieuwięzniętych, a w 18 istniało tylko usposobienie do przepukliny. Przypadku śmierci nie było; jeden tylko chory uległ psychozie w związku z operacyą. Z 31 przepuklin uwięzniętych zgoiło się 24 przez rychłozrost, a z 219 nieuwięzniętych 202 czyli 92·2%. Na 143 przypadków badanych co najmniej po upływie roku stwierdzono 7 nawrotów, czyli 4·9%. W razie nawrotu przepukliny autor jest stanowczo za powtórną operacyą. Dodać należy, że w trzech przypadkach powstały po operacyi nerwobóle, które u dwóch chorych zupełnie zniknęły. Poglądy swoje co do leczenia operacyjnego przepukliny nieuwięzniętej streszcza autor w następujący sposób: 1) Bezpośredniem wskazaniem doszczętnej operacyi przepukliny jest niebezpieczeństwo jakiejkolwiek operacyi u danego chorego. O ileby niebezpieczeństwo to polegało na samej narkozie, to można w odpowiednich przypadkach operować w znieczuleniu miejscowem. 2) Polecić można operacyę doszczętną bezwarunkowo wtedy, jeśli leczenie paskiem przepuklinowym okazałoby się bezskutecznem. A przyczyna tego bezskutecznego leczenia paskiem tkwić może w samej przepuklinie, mianowicie jeśli jest niemożność odprowadzenia, szeroka brama przepuklinowa, albo też szczególna wrażliwość względem paska. 3) Także w przypadkach, w którychby można zastosować pasek, poleca autor w pierwszym rzędzie operacyę doszczętną, gdyż ta uchroni chorego najpewniej przed niebezpieczeństwem uwięźnięcia

i nie czyni go zależnym od paska. Dopiero wtedy, gdy chory nie zgadza się na operacyę, należy zaordynować pasek. Do radykalności w postępowaniu skłania autora okoliczność, że doszczętna operacya przepukliny pachwinowej, a szczególnie stosowana metoda Bassiniego jest operacyą, mającą śmiertelność, równającą się prawie zeru, po której to operacyi można się prawie we wszystkich przypadkach spodziewać gładkiego wygojenia w przeciągu około jednego tygodnia, a we wielkiej liczbie przypadków sprowadza stałe wyleczenie przepukliny. *B. Żmigród.*

Heinicke. **O odczynie amoniakalnym moczu przy fosfaturyi i o fosfaturyi i amoniuryi jako o przedmiotowych objawach chorób umysłowych.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 27, 1904). Autor badał mocz u całego szeregu obłąkanych kobiet w przypadkach pierwotnego pomieszania umysłu, przedwczesnego niedołęstwa umysłowego, niedołęstwa umysłowego starczego, szaleństwa połączonego z przygnębieniem i psychoz wieku przejściowego. Prawie we wszystkich przypadkach stwierdzał amoniuryę lub fosfaturyę jawną lub ukrytą. Przeważała raczej zwyczajna amoniurya nad fosfaturyą, a zmian odpowiadających analogicznie nasileniu objawów umysłowych, autor nie spostrzegał. W każdym razie wystąpienie fosfaturyi oznaczało zazwyczaj szczyt schorzenia. Poprawie stanu psychicznego odpowiadało zmniejszenie się amoniuryi. Fosfaturyę, połączoną z amoniuryą, lub samą amoniuryę należy uważać za przedmiotowe objawy powyższych chorób umysłowych. Freudenberg stwierdził poprzednio to samo przy neurastenii. *Blassberg.*

Prof. Dr. Jordan. **O późnych nawrotach raka.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 25, 1904). Na podstawie dwóch przypadków, a mianowicie raka sutka i raka języka, gdzie recydywy wystąpiły dopiero w 15, a nawet w 19 lat po operacyi doszczętnej, autor występuje przeciw zasadzie dotychczas wyznawanej, że raki, w których nawrót nie następuje w 3, a najpóźniej w 5 lat po operacyi, już bywają uważane za wygojone. J. twierdzi, że wystąpienie nawrotu zależy od rodzaju raka, że niektóre z nich bardzo długiego potrzebują czasu do rozwoju; kwestyonuje więc tem samem i operacye „ultraradykalne“, niemamy bowiem jeszcze doświadczenia z dłuższego okresu lat. Autor przyznaje, że przeważająca liczba raków nawraca przed zabiegiem dwóch lat, że jednak zawsze zostaje mały odsetek raków, rozwijających się powoli, gdzie nawrót i po 20 latach może wystąpić. Przedwczesnem więc byłoby dziś mówić o wyleczenia zupełnem raka i możemy najwyżej mówić o wyleczeniu dłużej trwającem. *Dr. Salzer.*

Arneth. **O leukocytozie przedśmiertnej.** (*Münchener medicinische Wochenschrift*, Nr. 27, 1904). Większość autorów uważa powstanie agonii jako takiej za czynnik, wywołujący leukocytozę przedśmiertną z powodu mechanicznych, chemicznych i innych zmian, zachodzących podówczas w ciele i w naczyniach. Przytem nie zwracają uwagi na rodzaj zmian, które agonię sprowadziły. Jedynie Limbeck kładzie nacisk na ten czynnik. Badania autora prowadzą go do wniosku, że leukocytoza przedzgonna nie da się zamieścić w szemacie patologicznych leukocytoz. Stan ciałek białych w agonii jest bardzo nierównomierny. Zależy on od chorób wywołujących agonię, z których każda okazuje sobie właściwy, typowy stan krwi. Stan krwi w agonii jest tylko stanem końcowym obrazu krwi, różnego stosownie do różnych chorób, jakie mamy przed sobą. *Dr. Blassberg.*

Baermann i Linser. **Przyczynek do leczenia chirurgicznego i histologii wrzodów, wywołanych promieniami Roentgena.** (*Münch. medicinische Wochenschrift*, Nr. 20, 1904). Wiadomą jest rzeczą, jakie zniszczenia w skórze wywołać mogą promienie Roentgena. Autorowie badali histologicznie owrzodzenia, wywołane tymi promieniami i znaleźli, że najpierw ulegają zniszczeniu naczynia krwionośne. Dla wyleczenia rozległych wrzodów autorowie pokrywali je w swoich przypadkach uszypułowanymi płatami, przeszczepionymi z sąsiedztwa. Z przeszczepionych płatów wychodzą do wrzodów nowe naczynia krwionośne bardzo szybko i umożliwiają wyleczenie. Takich wyleczonych przypadków owrzodzeń mają autorowie osiem. *B. Żmigród.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Bromipina. (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 21, 1904). Dr. Thumen (Wiedeń) podaje, iż bromipina Mercka jest cennym lekiem przeciwpadaczkowym, zmniejszającym napady tak co do ich liczby, jak i natężenia. W stanach nerwowych, szczególnie nerwowem biciu serca, lek ten wpływa uspakajająco i ogranicza napady zawrotu głowy u neurasteników. Uwagi godnem też jest, iż bromipina może usunąć przykre swędzenie skóry przy odmrożeniu. Jeśli uwzględni się dalej główne zalety, wyszczególniające bromipinę o tyle przed innymi przetworami bromowymi, iż nie sprowadza zaburzeń w żołądku i jelitach, ani wysypki skórnej, to okaże się wskazanem stosowanie jej wszędzie tam, gdzie potrzeba podać brom, szczególnie jednak też w tych przypadkach, w których potrzeba było dawniej przerwać leczenie bromem z powodu wystąpienia zatrucia bromowego. *Baschkopf.*

Teocyna jako lek moczopędny u dzieci. (*Archiv f. Kinderheilkunde*, z. 3 i 4, 1904). Na podstawie doświadczeń, przeprowadzonych w szpit. berl. pod kierunkiem prof. Baginskyego, twierdzi Dr. B. Gutmann, iż udało mu się uzyskać przy stosowaniu teocyny bardzo znaczne wzmożenie moczenia, a w następstwie ustąpienia objawów puchliny wodnej. Gdzie naparstnica i diuretyna, lub też obie razem połączone bezwarunkowo nie skutkowały, sprowadzała teocyna często jeszcze silne wzmożenie oddawania moczu. Szczególnie uderzające było jej działanie we wszystkich przypadkach, łączących się z wielkimi obrzękami, a tu przewyższyła wszystkie dotychczas stosowane leki (naparstnicę, strophantus i diuretynę). Jeżeli się jeszcze uda przez ulepszenie sposobu podawania wykluczyć nieprzyjemne wpływy uboczne teocyny (nudności i wymioty), to tem usuniętą będzie jedyna jej nieprzyjemna własność, a teocynę uważać wtedy będziemy za najlepiej działający środek moczopędny. Podawano ją w chorobach zastawek, osierdzia i mięśnia sercowego. *Baschkopf.*

VI. Kongres internistów niemieckich w Lipsku (18—21 kwietnia 1904 r.)

Zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy).

VIII. Hoppe-Seyler (Kilonia). Zmiany w trzustce w przebiegu zwapnienia tętnic. Na podstawie 16 spostrzeganych przypadków, z których w sześciu był także cukromocz, dochodzi autor do następujących wniosków: Tętnice okazują w trzustce te zmiany w ścianach, które zazwyczaj prowadzą do zaczopowania i marnienia (obliteratio) ich światła W przebiegu chorób naczyń, a szczególniej miażdżycy tętnic, pojawia się w trzustce bujanie tkanki łącznej i kurczenie (Schrumpfung) — niejednostajnie rozdzielone, — zmiany, mogące sprowadzić zupełny zanik tkanki. W następstwie rozwija się bardzo często cukrzyca, której rozmiary stoją w prostym stosunku do zmian w trzustce.

IX Strassburger (Bonn): Kliniczne znaczenie nowej metody do pomiaru rozkurczowego parcia krwi. Badanie kliniczne jeszcze zbyt mało uwzględnia różnicę, zachodzącą w mierzeniu rozkurczowego lub skurczowego parcia krwi; przyrządy, dotychczas w użyciu będące, podają najczęściej parcie skurczowe; niektóre podają rozkurczowe, lub oznaczają średnią wartość parcia; metoda, którąby służyła do pomiaru obydwóch rodzajów parcia, dotychczas nie istnieje. Wobec tego autor oświadcza, że zapomocą przyrządu Riva-Rocciego może określić tak parcie skurczowe, jak i rozkurczowe; pierwsze oznacza się w sposób zwykły, wysokość zaś parcia rozkurczowego otrzymuje się, jeśli pod wpływem wzmagającego się ucisku tętnicy ramieniowej tętno zaczyna się zmniejszać. Znaczenie pomiaru tych dwóch wartości parcia polega na tem, że podaje różnicę, zachodzącą przy każdem uderzeniu tętna, nazwaną przez autora „parciem tętna“ (*Pulsdruck*), zależnem w pierwszym rzędzie od pracy serca. Wysokość największego parcia stoi w ścisłym stosunku do parcia tętna, regulowanego pracą serca i napięciem naczyń. Dzieląc parcie tętna przez najwyższe parcie, otrzymuje się pewną wartość, zwaną „iloczynem parcia krwi“ (*Blutdruckquotient*), który, uwzględniwszy wysokość skurczowego parcia krwi, pozwala ocenić względną pracę serca, zachowanie się naczyń i zaopatrywanie tkanki w krew. W ten sposób można stwierdzić rozmaite stosunki w krążeniu, których dotychczasowemi metodami nie zdołano obserwować, chyba u zwierząt po otwarciu tętnic.

X. Deutsch (Frankfurt nad Menem): Nowy sposób badania tętna żylnego. Autor zdaje sprawę z równo-

czesnych badań zapomocą polygrafu Mackenziego i zwykłego sfigmografu: porównanie otrzymanych krzywych pozwala na ścisły rozbiór i dokładne oznaczenie tętna żylnego. Można więc odróżnić falę przeniesioną z tętnicy szyjnej, drugą falę przedskurczową uszkową i wreszcie trzecią spóźnioną skurczowo-komorową; z stosunku, zachodzącego między temi dwiema ostatniemi falami, można wnosić o stopniu zastoju w prawej komorze serca w przypadkach niedomykalności zastawki trójdzielnej. Jeśli w takim przypadku brakuje fala uszkowa, wówczas ma to swoją przyczynę w porażeniu przedsionka, a ze względu na rokowanie jest objawem niepomyślnym. Przez równoczesne zdjęcie tętna żylnego, sprychowego i ruchów serca, można w odpowiednich przypadkach oznaczyć pojedynczo stosunek różnych części serca do niemiarowości tętna. W znacznej rozstrzeni prawej komory można zamiast uderzenia koniuszkowego zauważyć skurczowe zapadanie się, pochodzące z prawej komory — objawy, które łatwo z sobą można pomieszać.

Trzecie posiedzenie poświęcono w całości nader ożywionej dyskusyi, tyczącej się sprawy zwapnienia tętnic.

Kisch (Maryenbad) zwraca uwagę, że wcale nie należą do rzadkości powikłania ogólnej otyłości (lipomatosis universalis) z przedwczesną miażdżycą tętnic; czynnikiem etyologicznym bywa tutaj nieodpowiednie tuczenie; krwotok mózgowy jest zazwyczaj w takich przypadkach przyczyną nagłej śmierci. Na 18 przypadków zgonu między 20—47 rokiem życia stwierdził autor 13 razy miażdżycę wyższego stopnia, a 6 razy krwotok mózgowy. Nader zwolniona akcya serca i nieregularne i nierównoczasowe tętno bywały przepowiednią nagłego zejścia.

Klemperer (Berlin) stwierdził, że miażdżyca tętnic pojawia się bardzo często u lekarzy; w tym względzie przypisuje winę brakowi odpoczynku i ustawicznej pracy narządu krążenia; pierwszymi objawami mają być napady dreszczów bez widocznej przyczyny. Co się tyczy rokowania, nie należy uważać zwapnienia, pojawiającego się w młodszym wieku, za niebezpieczne. Z programu leczenia wykluczyć należy zupełnie tytoń i wyskok; wprowadzenie do ustroju przetworów wapna z mlekiem jest bez większego znaczenia. Dobre skutki można osiągnąć leczeniem zapobiegawczem.

Gumprecht (Weimar) przeprowadził podobnie, jak Romberg, z tymi samymi wynikami, pletysmograficzne badania na kończynach „arteriosklerotyków“ nad wpływem zimna i ciepła na kurczenie się naczyń. Tylko w jednym przypadku bardzo wielkiego stwardnienia tętnic z parciem 170 mm. stwierdzono wielki wzrost, względnie nagły spadek wszystkich wartości po zastosowaniu ciepła, względnie zimna; przyrządem Riva-Rocci można było często wykazać podniesione parcie krwi. Również i ten autor zaleca w leczeniu jod w małych dawkach.

Criegern (Kiel) rozumie przez rozstrzeń układu naczyniowego następujący obraz chorobowy: tętno nitkowate, rozszerzenie tętnicy głównej piersiowej, napady tachykardyi względnie embryokardyi i uczucie tykania w końcach palców; objawy te spostrzegał autor w początkowych okresach zwapnienia tętnic i w przebiegu choroby Basedowa. Ze względu na leczenie zaleca sporysz.

Hirschfeld (Berlin) zwraca uwagę, że miażdżycowe zapalenie nerek w przebiegu gośćca jest częściowo następstwem działania kwasu moczowego, ale nie zagraża tak bardzo życiu, jak to powszechnie przyjmują.

Noorden (Frankfurt nad Menem). Parcie krwi przy zwapnieniu tętnic jest czasami dość znaczne i staje się przyczyna rozmaitych dolegliwości; najlepszym środkiem przeciw temu jest 5% wyskokowy roztwór nitrogliceryny; kołaczyki są mniej dobre, ponieważ ich skład chemiczny nie bardzo jest stały. Można dojść do 10—12 grm. dziennie bez obawy szkodliwych następstw. Noorden spostrzegał przy takiem leczeniu spadki parcia z 180—200 mm. na 100—120 mm. słupa rtęci, utrzymujące się 8—14 dni. Teoretycznego uzasadnienia przepisów dyetetycznych Rumpfa (dyeta uboga w wapno) nie uznaje autor w zupełności; przeprowadzenie zresztą tych zasad jest dla chorego nader uciążliwe.

Schott (Nauheim) zaznacza wczesne wystąpienie miażdżycy przy niedomykalności zastawek aorty; parcie krwi jest wzmożone w ciężkich zmianach, szczególnie w nerkach. Pod względem etyologicznym odgrywają pierwszorzędną rolę tytoń, młode wino i ciężkie piwo. Również i Schott zarzuca dyetę Rumpfa, sprowadzającą nierzadko ciężkie zaburzenia nerwowe. Dobra, mieszana dyeta, umiarkowany sposób życia, są najlepszem postępowaniem ogólno-leczniczem; nitrogliceryna tylko w 1% wyskokowym roztworze się zaleca, a racyonalnie stosowane CO_2-kąpiele nigdy szkodliwie nie działają.

Hofbauer (Wiedeń): Ściśle należy odróżnić napady dusznicowe, pojawiające się w przebiegu zwapnienia tętnic wieńcowych (*asthma cardiacum*), od trwałego „krótkiego tchu“ sercowo chorych (*dyspnoë cardiaca*), w którym to przypadku działa jeszcze jakiś inny, bliżej nieznany czynnik.

Agéron (Hamburg) obwinia w etyologii miażdżycy objadanie się i próżnowanie bardziej, aniżeli wiek i nadmierną pracę umysłową. Również i u lekarzy nie występuje ona tak często, jak to Klemperer sądzi. Niepoślednią rolę odgrywa nadmierne żywienie się istotami białkowatemi, wyskok, choćby nawet w małych ilościach i brak ruchu. Lekkie jarzyny i owoce, pomimo zawartości wapna można zalecić dla korzystnego działania na wypróżnienie.

Krause (Wrocław) zwraca uwagę na ważność prześwietlania dla stwierdzenia złogów wapna w ścianach tętnic w przebiegu okresowego chromania (*dysbasia intermittens angiosclerotica*); w miażdżycy nerek, mózgu, tętnic wieńcowych nie udało mu się złogów wykazać.

Jaksch (Praga) nie przypisuje w etyologii miażdżycy tak wielkiego znaczenia ogólnej nerwowości, częściej bywa odwrotnie: ogólna nerwowość jest następstwem miażdżycy. W leczeniach należy zupełnie usunąć wyskok, palaczom można zostawić tytoń w miernej ilości, działanie CO_2-kąpieli nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnione i dlatego nie można nic pewnego o tem powiedzieć. Przetwory jodu dobrze skutkują, szczególnie w połączeniu z dyetą ubogą w sól; ostrożność zaleca się jednak w podawaniu naparstnicy i większych dawek nitrogliceryny, pomimo że Noorden jest przeciwnego zdania.

Hochhaus (Kolonia): Tak zwane nerwowe przypadłości sercowe są bardzo często wyrazem rozpoczynającej się miażdżycy, nawet u osobników młodych; właśnie w takich przypadkach można stwierdzić wzmożone parcie krwi, jako pierwszy objaw. Przetwory bromu żadnego nie wywierają wpływu, natomiast po jodzie i naparstnicy można się spodziewać pomyślnego wyniku.

Gerhardt (Erlanga) zgadza się w zasadzie z zapatrywaniami Recklinghausena, Masinga i Strassburgera.

Dehio (Dorpat) przypisuje w etyologii okresowego chromania pewną rolę przeziębieniu, tem bardziej, że Zöge-Manteuffel i Schindleins zdołali wywołać u psów miejscowe zwapnienie tętnic przez dłuższe stosowanie zimna.

Smith (Poczdam) zaleca upusty krwi i prąd elektryczny (franklinizacya) w pewnych przypadkach miażdżycy.

Sauerbeck (Bazylea): Związek między miażdżycą tętnic a chorobami trzustki nie jest jeszcze dotychczas dostatecznie wyjaśniony; można się jednak zgodzić z zapatrywaniami Hoppe-Seylera. Podwiązanie przewodu trzustkowego u królików wywoływało po 5 tygodniach cukrzycę z 5% zawartością cukru w moczu; wystąpienie cukrzycy zależy od zaniku pewnych części trzustki.

A. Fränkel (Berlin) przypomina wpływ, jaki wywierają choroby zakaźne na rozwój zwapnienia tętnic; wielki nacisk kładzie na działanie jadów; także zakrzepy żylne i tętnicze, pojawiające się nierzadko w przebiegu chorób zakaźnych, uważa autor jako następstwo toksycznych zmian

ścian naczyniowych, wreszcie napomyka, że u dzieci jeszcze nie zdarzyło mu się widzieć miażdżycy. Obok okresowego chromania Erba stawia Frankel *dysphagia angiosclerotica*, która odznacza się bębnicą, znacznemi boleściami w jamie brzusznej, zawrotami i kałem o przenikliwej woni. Przeciwko dychawicy sercowej zaleca autor naparstnicę z morfiną; w dusznicy bolesnej należy być bardzo ostrożnym z przetworami naparstnicy, szczególniej zaś z CO_2-kąpielami.

Sattler (Lipsk) omawia częste umiejscowienie miażdżycy w naczyniach siatkówki; poczynającego się tamże cierpienia nie można na pewno oznaczyć, pomimo że wężykowaty przebieg i wązkość naczyń za temby przemawiały. W ciężkich przypadkach napotyka się wynaczynienie lub zatory tętnicy środkowej siatkówki.

Marchand (Lipsk) stwierdza w swem końcowem przemówieniu, że nazwy „zużycie“ lub „objawy zużycia“ należy jedynie przyjąć dla miażdżycy starczej; u osobników młodszych pojawiają się nieznaczne zmiany, wskazujące na zwyrodnienie ścian tętnicy głównej; okoliczności tej nie można winić za stosunki, zachodzące w naczyniach obwodowych. Wyniki tych nader zajmujących doświadczeń Erba młodszego nie należy porównywać z ludzką miażdżycą, w szczególności nigdy nie można stwierdzić u człowieka tak znacznych zmian w elastycznej tkance warstwy środkowej. Wyniki, otrzymane przez francuskich badaczy zapomocą zakażenia drobnoustrojami, zgadzają się w zasadzie z wynikami, otrzymanymi przez Erba.

Romberg (Marburg) bezwarunkowo zaleca, wbrew zapatrywaniom Jakscha, ostrożne podawanie naparstnicy w przypadkach miażdżycowej niedomogi serca.

XI. Brauer (Heidelberg). **Spostrzeżenia nad sercem.** Badania, tyczące się „rozkurczowego trzepotania klatki piersiowej“ (*diastolisches Vorschleudern der Brustwand*), były przeprowadzone na przypadkach *mediastino-pericarditis*, operowanych według zasad t. z. *cardiolysis*. Autor nie zgadza się z zapatrywaniem Friedreicha, uwzględniającego za mało występujący w takich razach rozkurcz, po usunięciu bowiem żeber również słychać ton: bezkostny płat skóry, pokrywający serce, wcale nie zadrga natychmiast po zamknięciu się zastawek, lecz cokolwiek później. U jednego n. p. chorego tak silnie wypuklał się wzmiankowany płatek skóry, że podnosił obciążenie, wynoszące 300 grm. Dalej Brauer wyjaśnia, że ton dodatkowy, odnoszony przez Friedreicha do wypuklania się kostnej ściany klatki piersiowej, nie odpowiada rzeczywistości, ponieważ nie jest ani tonem przedsionka, ani rozszczepionym drugim tonem. Jego przyczyna natomiast leży w pierwszym okresie rozkurczu, podczas którego występuje także ssące działanie komory sercowej. Typową postać podobnego trzepotania klatki piersiowej widział autor w jednym przypadku kurczącej się nerki, w okresie poczynającego się niewyrównania łącznie z rytmem galopującym.

XII. Deutsch (Frankfurt nad Menem): **Nowa metoda oznaczania tętna żylnego.** Zapomocą polygrafu Mackenziego można graficznie przedstawić tętno żylne, wątrobowe, uderzenie koniuszkowe serca równocześnie z tętnem sprychowem. Na krzywej, otrzymanej z żyły szyjnej, stwierdza się najpierw przedskurczową falę, pochodzącą z uszka sercowego, następnie falę, odpowiadającą tętnicy szyjnej, wreszcie trzecią spóźnioną falę skurczowo-komorową. Stosunek, zachodzący między falą uszkową a komorową, jest wyrazem zastoiny w prawem sercu i niedomykalności zastawki trójdzielnej, nadto wynikiem skurczu prawej komory i tegoż przedsionka. Czyste komorowe (jednofalowe żylne) tętno oznacza, że nadmiernie rozdęty przedsionek nie kurczy się więcej, ze względu na rokowanie bardzo to niepomyślny objaw. Kreśląc graficznie oprócz tętna sprychowego i żylnego lub wątrobowego, także i koniuszkowe uderzenia serca, lub tętnienie dołka podsercowego, można czasami stwierdzić sposób, w jaki uczestniczą obydwie połowy serca w istniejącej w danym przypadku niemiarowości. (Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie im. Edwarda Korczyńskiego.

XXVIII. Ogólne Zgromadzenie członków Wydawnictwa odbyło się dnia 18 lipca 1904 r. Pierwsze posiedzenie o godz. 6-tej wieczorem nie odbyło się z powodu braku kompletu. Drugie posiedzenie o godz. 7-mej wieczorem. Obecnych członków 12-tu.

Profesor Jaworski, przewodniczący w zastępstwie profesora E. Korczyńskiego, podaje powody nieobecności prezesa Towarzystwa. Następnie wspomina o śmierci trzech członków Towarzystwa: Prof. Trzebickyego, Drów Janiszewskiego i Piaseckiego. Pamięć ich obecni uczcili przez powstanie.

Dzięki staraniom Prof. Dra E. Korczyńskiego uzyskano rękopis «Otyatryi» Dra Spiry, oraz «Nowych leków» Dra Szurka. Dzieła te będą rozesłane członkom prenumeratorom, jako bezpłatne premium za r. 1903 i 1904. Z końcem r. 1902 majątek Towarzystwa wynosił 10.964 kor. 45 h.

Dochody Towarzystwa w r. 1903 wynosiły: wkładki członków: 153·52; sprzedane książki: 821 k. 99 h.; wylosowane obligacye oraz narosłe odsetki od walorów i książeczek wkładkowych: 2.520 kor. 48 h. Razem: 3,495 kor. 99 h.

Wydatki wynosiły: koszta administracyi: 316 k. 40 h. Zakupno listu kredyt. ziemskiego 1985 k. 07 h., wkładka na książeczkę Kasy Oszczędności m. Krakowa 200 kor. Razem 2501 kor. 97 h.

Czyli czysty dochód stanowi kwota 994 kor. 02 hal.

Wobec tego majątek Towarzystwa wynosił z końcem roku 1903 kwotę 11,958 kor. 47 h.

Stan funduszów, jak niemniej stan dzieł nierozsprzedanych i zaległych wkładek przejrzała szczegółowo Komisya kontrolująca (Dr. M. Buzdygan i Dr. J. Różecki) i znalazła wszystkie rachunki w należytym porządku; to też na podstawie sprawozdania tej Komisyi udzielono zarządowi absolutoryum za r. 1903.

Liczba członków Towarzystwa wynosi 334, a mianowicie: honorowych 4, czynnych 77, prenumeratorów 253.

Dr. Erwin Mięsowicz, Sekr. i administrator wydawnictwa.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 4 sierpnia.

* Redaktor główny „Przeglądu“ Dr. Kwaśnicki, wyjechał na kilkotygodniowy wypoczynek. Zastępować go będzie w redakcyi Prof. Dr. Ciechanowski (Wielopole 4).

* Rząd pruski ofiarował prof. Eiselsbergowi 32,000 M. płacy rocznej i gwarantował 25,000 M. czesnego: wspaniała ta materyalnie propozycya nie wpłynęła na postanowienie Eiselsberga, który ją „z powodów rodzinnych“ odrzucił — i pozostaje w Wiedniu. Wiadomość tę podają dzienniki polityczne.

* »Towarzystwo budowy zakładów dla leczenia tocznia« zakupiło w Wiedniu dom, który celowo przebuduje i przystosuje do leczniczych zadań i wymagań nowoczesnej terapii tocznia.

* »Wraczebnyj Wiestnik« (Nr. 27) zamieszcza następującą notatkę: »Znany badacz, Dr. Napoleon Cybulski, profesor fizyologii w Uniwersytecie Jagiel., powołany został przaz wszystkie wydziały na zaszczytne stanowisko rektora tej Wszechnicy. Dla nas, Rossyan, wybór ten nie może przejść niepostrzeżenie, jeżeli uwzględnimy, że prof. Cybulski całe swoje lekarskie wykształcenie otrzymał w naszej Wojskowo-lekarskiej Akademii, a po skończeniu nauk pozostawiony był przy niej dla dalszego doskonalenia się i jednocześnie pełnił obowiązki prosektora przy katedrze fizyologii za czasów profesorstwa księcia Tarchanowa. Już w tym czasie pracami swojemi, a w szczególności rozprawą o oznaczaniu bystrości prądu krwi, co doprowadziło do urządzenia „fotohemotachometru“ własnego pomysłu, przyswojonego następnie przez wszystkie europejskie podręczniki fizyologii, Cybulski zwrócił na siebie osobliwą uwagę świata uczonego, czego dalszem następstwem było ofiarowanie mu katedry fizyologii w Uniwersytecie Jagiel. W owe czasy był to pierwszy przypadek powołania na katedrę europejskiego uniwersytetu młodego uczonego, który przeszedł nauki tylko w rosyjskiej szkole. W dalszem swem życiu i działaniu prof. Cybulski dokonał szeregu badań fizyologicznych, utrwalających nabytą sławę wybitnego fizyologa, wytworzył szkołę młodych badaczy, z których niektórzy zajmują już katedry uniwersy-

teckie, a swoim kolegialnym stosunkiem do życia uniwersyteckiego zjednał sobie powszechną miłość i cześć, czego wybitnym dowodem jest właśnie wybór na rektora Uniwersytetu Jagiel. My, rosyjscy jego przyjaciele i czciciele, szlemy mu zdala pozdrowienie i najgorętsze życzenia, by w nowej zaszczytnej roli rektora zjednał sobie powszechną sympatyę i wysokie uznanie tyle drogiej dla siebie Wszechnicy«.

* Między 12 a 18 lipca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), buczackim (1 gm.), dobromilskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), lwowskim (2 gm.), nadwórniańskim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), rawskim (3 gm.), rzeszowskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), zaleszczyckim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.), żydaczowskim (1 gm.).

Nekrologia. Zmarli: Dr. Heisrath, profesor nadzwyczajny okulistyki — w Królewcu. Dr. Antoni Czechow, utalentowany i powszechnie znany powieściopisarz rosyjski, zmarł w Szwajcaryi w 44 r. życia. Dr. Jowan Zmaj, największy poeta serbski, zmarł w Kamienicy (Austrya), licząc lat 70. Dr. Albert Zauderer, dyrektor szpitala powszechnego w Brzeżanach i burmistrz miasta, zakończył życie w Brzeżanach, licząc lat 57.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 30. Wróblewski: Przyczynek do nauki o nowotworach złośliwych migdałków podniebiennych. Mięsowicz: Przypadek choroby Basedowa z zanikami mięśni i niedomogą wydzielniczą żołądka (dok.). Gębarski: Kilka uwag dotyczących odmy piersiowej (dok.).

— *Odczyty kliniczne* Nr. 185 zawierają: Wegschneidera: Sztuczny poród przedwczesny w praktyce. (Tłómaczył z niemieckiego Dr. Bartkiewicz).

— *Medycyna* Nr. 30. Moraczewski: O zawartości siarki w produktach trawienia sernika (dok.). Borzymowski: Trzy przypadki zeszycia ran serca i teorya zeszywania ran serca na spostrzeżeniach własnych oparta (dok.).

— *Głos lekarzy* Nr. 15 zawiera: Położenie materyalne lekarzy praktyków w miastach. — Protest Izb lekarskich przeciw § 43 *e*) ordynacyi dla lekarzy. — Taryfa lekarska. — Nad mogiłą. — Memoryał lekarzy Polaków w Wielkopolsce wystosowany do Izby lekarskiej prowincyi poznańskiej.

— *Lékařské rozhledy* Z. 7. Novák: Ileus strangulační u devčete pětiletého, zhojeny resekcí střevní. Chaloupecký: Incise stuhlé branky a sledující forceps.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 30. Matys: Conjunctivitis zvaná Perinaud'ova. Lhoták: O látkách skupiny digitalinové. Michal: Několik případů z chirurgie lebky.

— *La Presse médicale* Nr. 58. Auvray: Działalność chirurgiczna w zgorzeli płuc: technika operacyjna, wyniki, wskazania. Chavigny: Sekcya rdzenia pacierzowego: umyślne narzędzia.

— Nr. 59. Azoulay: Włókienka nerwowe podług metody i prac Remón y Cayala. Martinet: Wybór kwasu w terapii żołądka.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 30: Lassar: Dalsze próby szczepienia zakażonych kiłą szympansów. Mann: O jednym przypadku cukrzycy przemijającej. Detre i Sellei: Hemolityczne działanie sublimatu. Keibel: Dwa przypadki gruczolaka torbielowatego sutka. Aron: Znaczenie gazów kiszkowych dla ciała zwierzęcego w powietrzu zgęszczonem i rozrzedzonem (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 30. Wagner v. Jauregg: Leczenie endemicznego matołectwa istotą gruczołu tarczykowego. Vas: Stosunek cukrzycy do białkomoczu, zwłaszcza w schorzeniu nerek. Bail: Spotęgowana wrażliwość u zwierząt gruźliczych. Schumacher: Następowy zrost palców z paluchem.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 30. Bäumler: Wpływ nieprawidłowości kośćca klatki piersiowej na odgłos wypukowy płuca i na położenie serca. Rössle: Rola przekrwienia i wieku na powstawanie nowotworów. Doberauer: Leczenie ciężkich powikłanych złamań zapomocą otwarcia rany i czasowego odsłonięcia odłamków. Fink: Skutki jednorazowego leczenia kamicy żółciowej w Karlsbadzie. Werthe i Schumacher: Oznaczanie zawartości hemoglobiny zapomocą skali Tallquista. Selter: Woń stolca osesków. Elkan: Działanie maretyny, nowego leku przeciwgorączkowego, na gorączkę suchotników. Mayer: Leczenie wyprysku nowymi i najnowszymi środkami, wypróbowanymi na własnej osobie. Bamberger: Higiena palenia. Gassmann: Ciężkie zapalenie nerek po wtarciu balzamu peruwiańskiego z powodu świerzbu. Köhl: Przypadek śmiertelnego zatrucia odwarem makówek. Habermann: Osobliwy przypadek całkowitego przełożenia trzew. Vogel, Eversmann i Hegar: Czy należy zeszywać każde świeże pęknięcie międzykrocza?

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 31. Aschaffenburg: Zmniejszona zdolność prawnej odpowiedzialności. Passow: Anatomiczne badanie nad powstawaniem złamań przewodu usznego z przedstawieniem chorego. Apolant: Rozwój wsteczny raka myszy pod wpływem promieni radu. Kromayer: Leczenie łysiny plackowatej bezpośredniem opromienianiem zimnem światłem żelaza. Spengler: Nowe uodporniające postępowanie lecznicze przeciw suchotom zapomocą tuberkuliny perliczej. Rosenstein: Kliniczne doświadczenia z dekapsulacyą nerek w chorobie Brighta. Treitel: Zaburzenia słuchu w zakresie muzyki i mowy. Gravitz: Nowe doświadczenia z zakresu leczenia niedokrwistości złośliwej (dok.).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 30 (od 24/VII do 30/VII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 35, dz. 22; nieżywo: chł. 3, dz. 3. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 20, kob. 17; zamiejscowych: męż. 9, kob. 11.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych —. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. — ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. 2. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. 1. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 8, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —, 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. —. 21) nowotwory: miej. 2 ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 7, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. — 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob 1. **Razem** miej. 37, obcych 20.

Za redaktora odpowiedzialnego: **Prof. Dr. Stan. Ciechanowski.**

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone)

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr. **Jekels,** właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.
Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski,** docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).
Dr. **Witczak,** kierownik i właściciel Zakładu.

Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).
Dr. **Zanietowski Józef,** jun., lekarz zakł.

Kosów
lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski,** kierownik i właściciel.

Krynica.
Dr. **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens,** („pod Jeleniem“).
Dr. **Ebers,** radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Kopff Leon,** lekarz c. k. Zakładu zdrojowego.
Dr. **Lewicki Stanisław,** asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.,** („pod Orłem“).

Maryówka pod Lwowem.
Dr. **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakładu.

Ojców.
Dr. **Niedzielski St.,** dyrektor zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Daniłowski Br.,** asystent dyrektora.

Rabka.
Dr. **Lang,** lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz,** lekarz zakładowy.

Swoszowice.
Dr. **Cholewicz Franciszek.**

Szczawnica.
Dr. **Gorski Ksawery,** lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Hammerschlag Rudolf,** (dom „pod Attylą“).
Dr. **Kołączkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu.
Dr. **Żuliński Edward,** (Willa „Alma“), (zimą w Meranie)

Truskawiec.
Dr **Krzyżanowski E.,** radca ces., lekarz zakł.
Dr. **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł

Zakopane.
Dr. **Majewicz Edmund,** Przecznica.

Żegiestów.
Dr. **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr. **Kümmerling,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr. **Feuerstein Leon,** („Hotel Continental“).

Cieplice trenczyńskie.
Dr. **Filipkiewicz Stefan,** lekarz zakł.
Dr. **Wobr,** lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Franzensbad.
Dr. **Steinsberg,** („Goldener Brunnen“).
Dr. **Zeitner Józef,** (dom „Stadt Paris“).

Gleichenberg.
Dr. **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger“ IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.
(Kąpiele morskie i piaskowe.)
Dr. **Oransz M.,** (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.
Dr. **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr. **Kaufmann Oskar,** (Sprudelstrasse, „Pascha“).
Dr. **Kołaczkowski,** („Stadt Athen“).
Dr. **Kostecki,** (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz,** (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau“).
Dr. **Kropf Leon,** (Theatergasse, „Minerva“).
Dr. **Maleszewski Wł.,** (Alte Wiese, „Drei Staffeln“).

Kissingen.
Dr. **Chłapowski Franciszek,** radca sanitarny.
Dr. **Maciejewski J.,** (Villa „Elsa“).

Kołobrzeg.
Dr. **Weissenberg Józef,** (zimą *Nervi*).

Marienbad.
Dr. **Dobija Fr.,** (Kaiserstrasse, „Weisser Schwan“).
Dr. **Harajewicz Wład.,** (Villa „Wahnfried“).
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).
Dr. **Schermant J.,** (Villa „Apollo“).

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)
Dr. **Binder,** kier. i właściciel sanatoryum „Stefania“.

Nauheim.
Dr. **Jankowski Fr.**

Rok XLIII. Kraków 13 Sierpnia 1904. Nr. 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób zakaźnych szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie pod dyrekcyą Prof. Dra M. Jakubowskiego.

Przypadek ubocznego działania surowicy przeciwbłoniczej.

Napisał

Dr. Adam Gettlich,

sekundaryusz szpitala.

Rzadki, poraz pierwszy dopiero niedawno uwzględniony przypadek ubocznego działania surowicy przeciwbłoniczej spostrzegaliśmy w oddziale dyfterytycznym szpitala św. Ludwika.

Działaniem tem — najprawdopodobniej — zostają spowodowane zmiany w błonie śluzowej i w tkance podśluzowej krtani, przedstawiające obraz kliniczny, zbliżony bardzo do dławca błoniczego. Pierwszym, który zwrócił na tę okoliczność uwagę i sprawą tą się zajął, był prof. Mya (we Florencyi). W marcu zeszłego roku na posiedzeniu Towarzystwa pedyatrów włoskich w Rzymie[1]) opisał dwa przez siebie leczone przypadki błonicy gardła i krtani, leczone surowicą, w których następowe i późne wystąpienie objawów dławca przypisał działaniu tej surowicy. W kilka miesięcy później doniósł o trzecim podobnym przypadku (na zebraniu tego samego Towarzystwa pedyatr.). Jakkolwiek w toczącej się wówczas dyskusyi na wywody Mya i powszechnie się godzono, on sam przecież podnosił wątpliwości, uważając wypowiedziane przez siebie zdania tylko za przypuszczenie, zresztą bardzo uzasadnione. Nowe dopiero spostrzeżenie, dużo wybitniejsze od poprzednich, utwierdziło go w pierwotnym sądzie. Ogłosił je w „Monatschrift für Kinderheilk.", w zeszycie styczniowym z tego roku (B. II, Nr. 10). W przypadku tam opisanym Mya stosował surowicę przeciwbłoniczą w celu zapobiegawczym, zatem u dziecka, nieokazującego zmian błoniczych. Objawy cieśni krtaniowej, które obok osutki skórnej i pewnych oznak zatrucia ustroju w krótkim czasie po tem wystąpiły, przypisuje surowicy, a zmiany w krtani, wywołane jej działaniem, określa jako *„hypoglottisches Oedem aus Diphterieserum-Injectionen"*. Przypadek, spostrzegany w naszym szpitalu, okazuje wszystkie cechy, które Mya widział, opisał i określił powyższą nazwą, a przedstawia się jak następuje:

W połowie stycznia b. r. zgłosiła się do ambulatoryum szpitalnego matka z dwojgiem dzieci: jedno z ciężką błonicą gardła i krtani, drugie przyniosła, aby się upewnić, czy mu nie grozi również błonica (siostra tych dwojga dzieci już od paru dni na oddziale dyfterytycznym). Pierwsze przyjęto do szpitala, drugie zaś, u którego nie znaleziono żadnych zmian chorobowych, miało być zabrane do domu — po otrzymaniu zapobiegawczo dawki surowicy przeciwbłoniczej. Tymczasem matka, odniósłszy chore dziecko na oddział szpitalny, oddaliła się niepostrzeżenie, zostawiając w szpitalu i dziecko zdrowe. Umieszczono je oddzielnie, zaliczając jednak do chorych oddziału błoniczego: jemu to zawdzięczamy nasze spostrzeżenie.

Dziewczynka trzechletnia, bez zboczeń w budowie i odżywieniu, dotąd zawsze zdrowa. W chwili przyjęcia nie stwierdzono u niej żadnych zmian chorobowych, w szczególności gardło i drogi oddechowe przedstawiały stan zupełnie prawidłowy. Ciepłota ciała normalna.

Około godz. 11 rano (zaraz po przyjęciu) wstrzyknięto dawkę surowicy przeciwbłoniczej 1000 jedn. Behringa (z zakł. prof. Bujwida). W dniu tym stan dziecka pozostał niezmieniony.

Na drugi dzień rano spostrzeżono znaczne zmiany: osutka plamista, podobna do odrowej, zajmuje głównie tułów; na szyi i kończynach nieliczne tylko plamki. W gardle, na zapalnie rozpulchnionem i zaczerwienionem podniebieniu miękkiem, na całem otoczeniu wejścia do krtani i na tylnej części podniebienia twardego, tak samo zapalnie zmienionych, liczne, drobne plamki czerwone, nieco sinawe. Głos zachrypnięty, przy oddechaniu słychać chrzest („stridor") charakterystyczny w początkowym okresie dławca; oddech płytki, przyspieszony, kaszel szczekający. Ciepłota 38·6. Dziecko wczoraj wesołe, dziś ma wejrzenie chorego, leży z przymkniętemi oczami, obojętne, przy lada dotknięciu gniewa się i płacze. W nocy chora była niespokojna, zrywała się. Wczoraj późnym wieczorem wystąpiły wymioty. Po południu wszystkie wymienione objawy wzmogły się znacznie, przedewszystkiem oddech stał się silnie utrudniony, z częstym, wybitnie dławcowym kaszlem. Osutka obfitsza i żywsza. W gardle żadnej błony, ani nalotu, tylko dotychczasowe zmiany stały się wybitniejsze. Osłuchując płuca, stwierdzić można stosunki, jakie z reguły towarzyszą dławcowi błoniczemu. Ciepłota 38·8. Pod wieczór objawy cieśni krtani dosięgły znacznego stopnia. Z intubacyą zwlekano do późna, w którym to czasie dziecko zdołało zasnąć na dłużej; noc przeszła spokojnie. Następnego dnia oddech stał się znacznie spokojniejszy; osutka przybladła, natomiast na twarzy, szyi, kończynach górnych i pośladkach wystąpiły porozrzucane bąble pokrzywkowe. Ciepl. 38. Dziecko wogóle swobodniejsze.

Trzeciego dnia wszystkie powyższe objawy ustąpiły; zmiany na skórze nie pozostawiły śladu, również i na błonie śluzowej gardła. Głos nieco zachrypnięty. Po trzech dniach następnych dziecko opuściło szpital, zupełnie zdrowe.

Badanie bakteryologiczne wydzieliny z krtani i podniebienia miękkiego w kierunku błonicy, wykonane w drugim dniu, dało wynik ujemny.

[1]) Monatsschrift f. Kinderheilk. B. II., Nr. 4, S. 225.

W opisanym zbiorze objawów klinicznych dominującymi były objawy cieśni krtani tak, że chwilowo mogły odwrócić uwagę od innych, nie mniej ważnych; rozpoznanie dławca błoniczego narzucało się, jako najwięcej objawami usprawiedliwione. Nie uwzględniając na razie wyniku badania bakteryologicznego, które wykluczyło błoniczą naturę zmian wywołujących te objawy, (ani faktu wstrzyknięcia surowicy), już dokładniejsza obserwacya przebiegu nasuwa liczne w tym kierunku wątpliwości. I tak przedewszystkiem zastanowić musiało równoczesne wystąpienie tylu objawów, nie łączących się klinicznie ze sobą w prawidłowym biegu dotychczas znanych jednostek chorobowych. Ani silnej gorączki, ani wymiotów i ogólnego osłabienia nie powoduje dławiec błoniczy, szczególnie, gdy brak równoczesnych zmian błoniczych w gardle Prostszą i słuszniejszą jest rzeczą łączyć te zaburzenia w związek z osutką skórną i osutkowem zajęciem gardła. Wobec ich podobieństwa do osutki odrowej nasuwała się wątpliwość, czy nie z odrą mamy do czynienia — tembardziej, że jakkolwiek rzadkie, jednak znane są przypadki (opisuje je Heubner w ostatnim swoim podręczniku[2]), gdzie już w okresie nieżytowym występowały dość gwałtownie objawy dławca rzekomego, zmuszające niekiedy do zabiegu operacyjnego. A zatem, uważając opisywany przypadek za odrę, mielibyśmy wytłómaczenie równoczesnego z nią dławca. Że to jednak nie była odra, świadczy za tem brak wszelkich objawów zwiastunowych, nieprawidłowość osutki (twarz i kończyny wolne od osutki), obraz zmian w gardle, a niemniej i to, że zmiany na skórze i w gardle trwały tylko dwa dni, nie pozostawiając na trzeci ani śladu (wspólnie z resztą objawów).

Po wykluczeniu odry wypada myśleć jedynie o osutce surowiczej, a wystąpienie drugiej osutki tuż po pierwszej utwierdza nas w tem mniemaniu. Oddziaływanie to, jak wiadomo, nie rzadkie, a rozmaitość postaci, w jakiej się okazuje, oraz czasu wystąpienia i trwania, jest dużą. To jedno jest im wspólne, że są uważane za „niewinne“; podniesienie ciepłoty, przeważnie miernego stopnia, a często minimalne, lub żadne, jest jedynym prawie objawem, towarzyszącym tym oddziaływaniom; zaburzeń ogólnych wybitniejszych dotąd nie spostrzegano. Tak świadczą nietylko spostrzeżenia w naszym szpitalu, ale i obce[3]; przedewszystkiem daty statystyczne, zebrane z okresu czterech lat w klinice Ganghofnera w Pradze. W tym czasie na 1224 przypadków błonicy, leczonych surowicą, 81 razy spostrzegano wystąpienie osutki, jako oddziaływania, a w tej liczbie tylko dwukrotnie spostrzegano osutkę podwójną. Liczba tych ostatnich, widzianych w krakowskim szpitalu w ostatnich trzech latach, jest znacznie większa, lecz proporcyonalną do znacznie większej ogólnej ilości osutek. O jakichś zaburzeniach, któreby im towarzyszyły — odmiennie, niż przy osutkach pojedynczych, niema wzmianki w przytoczonych pracach, a nie widziano ich i w naszych przypadkach. To też i ta rzadsza postać osutki w naszym przypadku nie tłómaczy obecnością swoją według dotychczasowych spostrzeżeń tych, dość ciężkich równoczesnych zaburzeń, a przedewszystkiem objawów dławcowych.

Tak więc mamy przed sobą przypadek, dla wyjaśnienia którego powstaje wolne pole do przypuszczeń i domysłów. A jakkolwiek najbliższem i najsilniejszem z nich jest przypuszczenie działania ubocznego surowicy, jako przyczyny całego zbioru zaburzeń, a zatem i owych objawów dławcowych, to wypowiadamy je z całem przekonaniem dopiero dzięki poważnemu zdaniu Myai.

Według niego wstrzyknięta surowica wywołuje pewnego rodzaju zatrucie ustroju (analogicznie do zatrucia w mocznicy), wyrażające się, obok objawów ogólnych i osutki skórnej, naciekiem surowiczym w tkance podśluzowej krtani, a wywołany w ten sposób obrzęk ma powodować objawy cieśni. Mya określa dokładnie miejsce owego nacieku, mianowicie okolicę podgłośniową, podnosząc, że budowa anatomiczna tej części krtani, mianowicie wielka ilość luźnych, wiotkich włókien tkanki łącznej w warstwie podśluzowej, sprzyja właśnie tego rodzaju zapalnemu toksycznemu procesowi. Przyjmując takie tłómaczenie, trzeba równocześnie przypuścić u danego osobnika szczególną wrażliwość, idyosynkrazyę, wobec tego rodzaju toksyn. Tłómaczenie to jest — zdaje się — najbliższe prawdy. Bo, jakkolwiek przypuszczenie, że na błonie śluzowej krtani powstają zmiany, jak na skórze (pokrzywka), jest zupełnie racyonalne i tłómaczyłoby w danych okolicznościach, t. j. dzięki przypadkowo obfitszemu umiejscowieniu się pokrzywki we wspomnianej okolicy głośni, objawy cieśni krtani, to jednak jest ono może niewystarczające wobec dotychczasowych spostrzeżeń. Na tyle spostrzeganych osutek odczynowych, a szczególnie właśnie pokrzywek, nie spostrzegano dotąd nigdy równoczesnych objawów dławcowych A przecie warunki zewnętrzne, to znaczy mogące sprzyjać powstaniu powyższych zmian, były tak w tych, jak i w poprzednich przypadkach te same. Dlatego szukać wypada przyczyny u danego osobnika we właściwej mu wrażliwości w tym kierunku.

Tak było w przypadku Myai: Dziecko to (7-letni chłopiec) już dwukrotnie w swojem życiu oddziaływało podobną osutką: raz po zaszczepieniu ospy, drugi raz, w drugim roku życia, po spożyciu jakiegoś mięczaka morskiego. W obu razach wystąpiła silnie rozwinięta pokrzywka. Dziecko przez nas obserwowane nie okazywało dotąd takiej idyosynkrazyi, może dlatego, że w swojem krótkiem życiu nie miało dotąd, prócz zaszczepionej ospy, innej sposobności okazania jej.

W każdym razie nasz przypadek jest w całym przebiegu zupełnie analogicznym do opisanego przez Myaę, a tem samem jest drugim, dotąd wogóle spostrzeganym (nie licząc owych trzech pierwotnych, co do których sam Mya miał wątpliwości).

O ile rozpoznanie przyrody tego rodzaju zaburzeń nie przedstawia trudności w przypadkach, gdzie surowicę stosowaliśmy zapobiegawczo, szczególnie mając w pamięci przypadek Myai i jego teoryę, tak z drugiej strony może być wczesne zoryentowanie się w położeniu nie łatwe tam, gdzie ona była użytą jako lek. A w tych właśnie przypadkach

[2]) Heubner: Lehrb. d. Kinderheilk. B. I, Leipz. 1903.

[3]) Dr. G. v. Rittershain: «Erfahrungen über die in den letzten vier Jahren beobachtet. Serumexantheme» — aus Prof. Ganghofners Kinderklinik in Prag. (Jahrb. f. Kinderheilk. B. 55, S. 542).

(Tamże przytoczone): 1) F. Ganghofner: «Die Serumbehandlung der Diphterie». I. Supplementband zu «Handbuch d. speziell. Therapie innerer Krankheiten». — F. Pentzold u. R. Stintzing 1897.

2) C. Hartung: «Die Serumexantheme bei Diphterie». Jahrb. f. Kinderheilk. 42. Bd., S. 72.

3) U. Daut: «Zur Statistik der Serumexantheme». Jahrb. für Kinderheilk. 44. Bd., S. 289.

ocenimy wielkie znaczenie i praktyczną wartość spostrzeżenia Myai. Poznając w porę, że surowica — w danym razie — winną jest pogorszenia się stanu chorego, a w szczególności wystąpienia lub zwiększenia się objawów dławcowych, nie powtórzymy naturalnie wstrzyknięcia, a przedewszystkiem zachowamy się bardzo wyczekująco, zwlekając mianowicie, ile się da, z wykonaniem wskazanej intubacyi, czy tracheotomii.

Ta nowa ujemna strona surowicy przeciwbłoniczej nie powinna — jak słusznie zauważa Mya — osłabić naszego ku niej zaufania, nietylko dlatego, że jest zjawiskiem tak rzadkiem, lecz że nie zmniejsza równocześnie zbawiennego jej działania.

II. Z kliniki pedyatrycznej Prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O cytologicznem badaniu wysięków i przesięków.

Podał

Doc. Dr. Ksawery Lewkowicz.

(Ciąg dalszy).

Wyniki otrzymane w zapaleniu opon przenieść można z pewnemi zastrzeżeniami i na inne błony surowicze. I tak polinukleozę, stwierdzoną przez Widala i Ravauta u starych tuberkulików, tłómaczyćby należało nie tyle oddziaływaniem zakażonych wtórorzędnie jam, jak obecnością starych nacieków serowatych, przylegających do opłucnej.

Widal i Ravaut uważali początkowo wzór limfocytowy za zupełnie cechujący dla gruźlicy. Okazało się jednak wkrótce, że i inne cierpienia mogą przebiegać z tym samym wzorem.

Zapalenia kiłowe. Na pierwszem miejscu należy tu wymienić ze względu na częstość i znaczenie zapalenia kiłowe. Autorowie francuscy (Sicard i Monod 14, Babiński i Nageotte 22, Widal 47, Bélètre 63, Widal i Lemierre 77, Sicard i Touchard 89) udowodnili na znacznym materyale, że zapalenie kiłowe opon cechuje się także limfocytozą. Obok limfocytów spotykamy ciałka wielojądrzaste neutrofilne i eozynofilne, z reguły nieliczne, w niektórych jednak przypadkach w takiej ilości, że wzór staje się mieszanym lub wielojądrzastym (Sicard i Roussy 104). Nietylko w trzecim okresie, ale także w drugim, niejednokrotnie przy kile zupełnie świeżej, 3—5 miesięcznej, spostrzegano odczyn zapalny opon, świadczący o obecności sprawy zapalnej (Milian, Crouzon i Paris 47, Widal 47, Widal i Le Sourd 49, Milian 53, Bélètre 63, Thibierge i Ravaut 65, Sicard i Roussy 104). Ravaut (88) na 118 przypadków kiły wtórorzędnej miał 53 razy wynik dodatni. Sądzi on, że wtedy jest wskazanie do energicznego leczenia rtęciowego. Leczenie takie jest w stanie limfocytozę usunąć (Gaillard i d'Oelsnitz 80). Niekiedy ból głowy naprowadza na obecność zadrażnienia opon; innym znowu razem brak tego objawu. Kiła wtórorzędna z porażeniem nerwu twarzowego (Thibierge i Ravaut 61), zmiany kiłowe w tylnym odcinku oka (Lapersonne 69) łączą się z odczynem limfocytowym opon.

Jeżeli w kile dłużej trwającej, względnie trzeciorzędnej, stwierdzimy limfocytozę obfitą, należy przypuszczać zmiany głębsze mózgu, lub rdzenia. Przy limfocytozie lekkiej należy chorego dokładnie zbadać pod względem układu nerwowego (Beletre 63), często bowiem okazuje się, że przedstawia on objawy poronnie przebiegającego wiądu rdzenia, lub porażenia postępującego.

Wiąd rdzenia i porażenie postępujące łączą się z reguły z zapaleniem przewlekłem opon (Monod 14, Widal, Sicard i Ravaut 14, Babiński i Nageotte 22, Séglas i Nageotte 23, Laignel-Lavastine 24, Nageotte i Jamet 44). Da się to udowodnić nietylko obecnością odczynu cytologicznego, ale i innymi szczegółami n. p. obecnością w płynie białka (Widal, Sicard i Ravaut 73, Guillain i Parant 73). Zapalenie to napotyka się tak często, że przypadkowy zbieg okoliczności jest zupełnie wykluczony. Jeżeli wyjątkowo odczynu zapalnego nie znachodzimy, to przyjąć można, że zapalenie na stałe lub na pewien czas ustąpiło, co przecież tak często powtarza się przy wszelkich sprawach zapalnych kiłowych. Obecność przewlekłego zapalenia opon w wiądzie rdzenia i porażeniu postępującem, tak stale się powtarzająca i tak łatwo dająca się stwierdzić dzięki badaniu cytologicznemu, ma niewątpliwie doniosłe znaczenie, głównie dlatego, że długo z wielu stron przeczono istnieniu zmian zapalnych w obu tych cierpieniach. W ten sposób zaś zyskujemy jeszcze jedno ogniwo w łańcuchu dowodów, że oba cierpienia są wprost przyrody kiłowej, że nie należy ich uważać za wynik jedynie zwyrodnienia pewnych układów, czy samoistnego, jak chce Leyden, czy wywołanego jakimiś przypuszczalnymi jadami kiłowymi. Odpaść musi pojęcie zmian parasyfilitycznych, skoro istnieją bardziej uchwytne zmiany zapalne, mogące być punktem wyjścia zwyrodnień szlachetnych składników rdzenia lub mózgowia. Porażenie postępujące należałoby według tego uważać za zapalenie kiłowe opon i kory mózgowej, wiąd rdzenia według Nageottea (66) za zapalenie kiłowe opon i korzonków tylnych rdzenia (*neuritis radicularis posterior transversa syphilitica*) z następowem zwyrodnieniem protoneuronu czuciowego i związanych z nim neuronów dośrodkowych.

Obok tego teoretycznego znaczenia ma odczyn komórkowy w wiądzie rdzenia i porażeniu postępującem także znaczenie praktyczne, przedewszystkiem dla wczesnego rozpoznania tych cierpień i wczesnego zastosowania swoistego leczenia, a to tem więcej, że limfocytoza może poprzedzać wszelkie inne objawy cechujące, n. p. Argyll-Robertsona (Thibierge i Ravaut 65, Nageotte 66).

Co do samego wzoru limfocytowego, to i tu, mianowicie w porażeniu postępującem, podobnie jak w zapaleniu gruźliczem opon, napotykamy na liczne wyjątki. Ogłoszono cały szereg przypadków, w których wzór był mieszany (1 przypadek Joffroy 22 jeden Widal 22), albo w których wzór był wprost wielojądrzastym (2 przypadki przy drugiem nakłuciu podczas zaostrzeń z udarowym napadem: Widal i Lemierre 56, jeden bez napadu udarowego: Belin i Bauer 68, cztery przypadki: Ardin Delteil 94). Ostatni autor wprowadzał polinukleozę w związek z ostrością przebiegu choroby; Sicard jednak w dyskusyi zaprzeczył, żeby istniała równoległość między wzorem cytologicznym, a przebiegiem. I to zapatrywanie wydaje się słuszniejszem. Są przecież znane przypadki z wynikiem ujemnym (w porażeniu postępującem Laignel-Lavastine 24, Nageotte i Jamet 44, Gilbert, Ballet i Delherm 71, Ardin

Delteil 94, w wiądzie rdzenia Babiński i Nageotte 22, Delille i Camus 70, Widal, Sicard i Ravaut 71, Milian 75). W tych musimy przypuszczać, że sprawa zapalna ustąpiła, nie ustąpiły jednak zniszczenia, nie dające się wogóle już wyrównać, jakie ta sprawa sprowadziła w składnikach szlachetnych mózgowia, względnie rdzenia i jego korzonków. Wzór może do pewnego stopnia wyrażać, co się dzieje w oponach, nie odkrywa nam jednak, jak rozległą jest sprawa zapalna, jak jest rozłożoną, w jakim stopniu dotyka samą tkankę mózgową lub rdzeniową i które jej części.

Z innych cierpień układu nerwowego ośrodkowego jeszcze tylko twardziel rozsiana pociąga za sobą stałe limfocytozę (Carrière 17, Babiński i Nageotte 22), niestałe zaś przewlekłe zatrucie wyskokiem (przypadki ujemne: Widal, Sicard i Ravaut 14, Laignel-Lavastine 24, jeden dodatni Dufour 34). Pląsawica przewlekła daje wynik ujemny (Widal, Sicard i Ravaut 9, Babiński Nageotte 22), ostrą—limfocytozę (Sicard 67). Płyn mózgowordzeniowy niezmieniony znachodzimy w nerwicach, histeryi, neurastenii, padaczce, psychozach, otępieniu starczem, drżączce, myopatyach postępujących, porażeniu Landryego, w porażeniach połowiczych z różnych przyczyn, przy ogniskach i guzach mózgowych (zresztą p. n.), przy objawach mózgowych w przebiegu chorób zakaźnych ostrych np. duru, w zapaleniach nerwów obwodowych (Widal, Sicard i Ravaut 9, Monod 14, Widal, Sicard i Ravaut 14, Babiński i Nageotte 22, Seglas i Nageotte 23, Duppré i Devaux 23, Laignel-Lavastine 24, Nageotte i Jamet 44, Widal i Le Sord 62).

Zapalenie przednich rogów istoty szarej rdzenia (*poliomyelitis acuta*) świeże daje limfocytozę (Guinon Paris 80), lub wynik ujemny (dwa przypadki w 14-tym i 7-ym dniu choroby: Guinon i Rist 85), stare — wynik ujemny (Monod 14).

Limfocytozę znajdujemy prawie zawsze przy półpaścu (*herpes zoster*). Przypadki dodatnie ogłosili Brissaud i Sicard (16), Widal i Le Sourd (32) Dopter (31), Chauffard i Froin (61), Achard (64), Brandeis (103) z bardzo długiem trwaniem limfocytozy, Griffon (99) 9 przypadków dodatnich na 11, jeden przypadek ujemny Achard (61).

Wbrew wyżej przytoczonym podaniom można wyjątkowo przy objawach mózgowych w przebiegu duru brzusznego stwierdzić także limfocytozę opon (Méry 47, Achard i Paisseau 102). Wynik ten należy zestawić z wynikiem dodatnim badania bakteryologicznego, jaki otrzymałem w jednym podobnym przypadku (10) i uważać za objaw lekkiego surowiczego zapalenia opon. Podobnie ma się sprawa w grypie (Gendre i Terrien 105) i przy bólach głowy i zwolnieniu tętna, towarzyszących zapaleniu gruczołu przyusznego (Chauffard i Boidin 105, Dopter 105). Wreszcie także w jednym przypadku przypuszczalnego zatrucia acetonowego stwierdzili limfocytozę Bernheim i Moser (4).

Co do innych błon surowiczych, to należy jedynie dodać, że w zapaleniu opłucnej w przebiegu grypy, lub po grypie stwierdzono limfocytozę (Dopter i Tanton 30).

Limfocytozę można wywołać różnego rodzaju podrażnieniem błony surowiczej. I tak doświadczalnie u świnki morskiej wywoływano wstrzyknięciem podskórnem jadu błoniczego ostre zapalenie opłucnej z limfocytozą (Widal i Ravaut 12). W oponach może samo nakłucie lędźwiowe sprowadzić odczyn limfocytowy z dość znaczną nawet przymieszką ciałek wielojądrzastych, jak to widział Laignel-Lavastine (24) u chorego z rwą nerwu kulszowego w 8. dniu po pierwszem nakłuciu, w którem wynik był ujemny. Po krwotokach do opon (p. n.), po kokainizacyi rdzenia (p. n.) zjawia się często limfocytoza, poprzedzona niekiedy polinukleozą. Wreszcie, jak będziemy widzieć, zapalenia, które cechują się polinukleozą, o ile się kończą wyleczeniem, przechodzą przez okres końcowy limfocytozy. W innych przypadkach tych cierpień limfocytoza zastępuje znów wyjątkowo wzór wielojądrzasty, lub analogicznie w innych cierpieniach wzór śródbłonkowy.

Wszystkie te spostrzeżenia dowodzą, że limfocytoza straciła pierwotną swą, przypisywaną jej przez Widala wartość zjawiska cechującego dla zapaleń gruźliczych, a później i kiłowych i że w użytkowaniu jej do rozpoznawania tych cierpień trzeba zachować wielką ostrożność.

Wysięki z wzorem wielojądrzastym.

Ropa ma wzór wielojądrzasty. Ciałka ropne nie są niczem innem, jak ciałkami wielojądrzastemi neutrofilnemi lub eozynofilnemi. Ale także w płynach o wejrzeniu surowiczem, lub zbliżonem do surowiczego, często napotyka się wzór wielojądrzasty. Przy wysięku ropnym z opon, już przez rozcieńczenie w prawidłowym płynie mózgowordzeniowym, wysięk, jeżeli nie jest zbyt obfity, może otrzymać wejrzenie surowicze

Wysięki pneumokokowe, np. popneumoniczne wysięki opłucnowe, obok ciałek wielojądrzastych zawierają ciałka czerwone, skąpe limfocyty i śródbłonki, jako makrofagi obejmujące ciałka wielojądrzaste i ciałka czerwone w swej pierwoszczy. Tylko wyjątkowo napotykamy śródbłonki zlepione (Widal i Ravaut 6, 7, Dopter i Tanton 30). Śródbłonki, z początku liczne, w miarę zjawiania się ciałek wielojądrzastych stają się rzadsze i w końcu zupełnie znikają (Widal, Ravaut i Dopter 58). Wyjątki od powyższej reguły zdarzają się, ale rzadko (Patella 42, dwa przypadki zapalenia osierdzia diplokokowego z limfocytozą). Cechy dodatkowe wzoru nie są dla zapaleń pneumokokowych ściśle znamienne, gdyż zupełnie podobny obraz, mianowicie co do makrofagów, okazują także wysięki gośćcowe (Widal i Ravaut 7, Dopter i Tanton 30, Dopter 43, Wolff 45).

Wysięki o wejrzeniu surowiczem, ale wywołane przez drobnoustroje ropotwórcze, mają także z reguły wzór wielojądrzasty z mniejszym lub większym dodatkiem innych składników. Wymienić tu należy zapalenia streptokokowe (Widal i Ravaut 6), stafilokokowe, gonokokowe, np. zapalenie gonokokowe osłonki jądra (Widal i Ravaut 12), zapalenie stawów (Dopter i Tanton 30). Wyjątkowo i tu może się zdarzyć wzór limfocytowy, jak to stwierdziłem w jednym przypadku zapalenia stafilokokowego opłucnej (10 i 48), a Dopter i Tanton w jednym przypadku zapalenia gonokokowego stawów, przebiegającym bez gorączki.

Prątek durowy jest w stanie niewątpliwie sprowadzać zapalenia ze wzorem wielojądrzastym. Przytem zauważyć się daje względna obfitość wielkich ciałek jednojądrzastych, a eozynofilia bywa silniejszą niż we krwi (Widal i Ravaut 6). Podobne wyniki otrzymano w zapaleniu opłucnej doświadczalnem u świnki morskiej (Widal i Ravaut 12) i w zapaleniu opon doświadczalnem u psów (Widal, Sicard i Ravaut 9). Jeżeli wśród duru rozwinie się zapalenie opłucnej, a badanie wykaże przewagę limfocytów nad ciałkami wielojądrzastemi, to należy podejrzywać tło gruźlicze. Wstrzyknięcie płynu śwince morskiej nieraz wtedy da wynik dodatni. Przy lekkiem zapaleniu opon, które się rozwinęło w 14-tym dniu duru, stwierdzili Labbé i Froin (68) polinukleozę, która następnie przeszła w limfocytozę. W jednym przypadku zapalenia opon w czasie ozdrowienia po durze znaleźli Sicard i Monod (14) limfocytozę. Wreszcie w jednym przypadku zapalenia opłucnej durowego widzieli Widal i Lemierre (92) wzór śródbłonkowy. Obraz cytologiczny jest więc tutaj bardzo niestały.

W zapaleniu meningokokowem opon (zapaleniu opon nagminnem) wzór jest prawie zawsze wielojądrzasty (Bernheim i Moser 4, Lewkowicz 10, Griffon 13, Sicard i Brécy 20, Rendu 21, Babiński i Nagestte 22, Laignel-Lavastine 24, Appert i Griffon 28, Bendix 39, Léri 57). Neutrofilom towarzyszy mniejsza lub większa ilość limfocytów 0,3—3% i nieco śródbłonków. Dopiero z chwilą nastania wyleczenia następuje przejście w limfocytozę, która znów z chwilą nawrotu objawów ostrych może ustąpić miejsca polinukleozie (Labbé i Castaigne 19, Griffon i Gandy 28). Limfocytozę stwierdził Bendix (39) w przypadku trwającym od kilku miesięcy i odnosił ją do przewlekłości sprawy. Mononukleozę wreszcie stwierdzili Widal i Lemierre (65) w przypadku nerwobólów, trwających od czterech lat w łączności z zapaleniem nagminnem opon, a Variot (79) w przypadku ozdrowienia po tem cierpieniu.

W zapaleniu zrazikowem płuc z objawami mózgowymi można często stwierdzić odczyn zapalny w oponach. Wzór jest mieszany, lub przeważają ciałka wielojądrzaste. Nie da się z tego twierdzenia wyprowadzić żadnych wniosków co do ciężkości i dalszego przebiegu sprawy (Nobécourt i Voisin 74).

Przy zawale płuc stwierdzano polinukleozę opłucnej (Barjon i Cade 26).

Przy udarze upalnym zjawia się w części wypadków polinukleoza opon, która przechodzi następnie w limfocytozę (Dopter 95).

Wścieklizna u człowieka i wścieklizna doświadczalna u zwierząt przebiega z polinukleozą opon (Courmont i Lessier 15, Nicolas 92).

Polinukleozę można wywołać wstrzyknięciem różnych środków chemicznych. Wiedziano przecież już dawno, że olejkiem terpentynowym, krotonowym i t. p. można wywołać aseptyczne ropnie. Winiarski (2) stwierdził, że płyn otrzymany z wezykatoryi ma wzór wielojądrzasty i odznacza się wybitną eozynofilią.

Kokainizowanie rdzenia przez nakłucie lędźwiowe sprowadza polinuklozę, a następnie limfocytozę (Ravaut i Auberg 24); zastrzyknięcie jodu do pochewki jądra — polinuklozę z erytrocytozą (Dopter i Tanton 30). Po wessaniu krwi wynaczynionej do opon może nastąpić polinukleoza (Widal 78).

Wyjątkowo może się znaleźć polinukleoza przy nowotworach złośliwych (p. n.), w jamie brzusznej przy marskości wątroby (Dopter i Tanton 30), w sprawach gruźliczych i kiłowych (p. w.). (Dok. nast.)

III. *Pęknięcie błony bębenkowej* [1].

Podał

Dr. Rafał Spira,

kierownik ambulatoryum otyatrycznego szpitala izraelickiego w Krakowie.

Przedziurawień błony bębenkowej, będących następstwem chorób ucha zewnętrznego, środkowego, lub też samej błony, w pracy niniejszej nie poruszamy. Natomiast samodzielne pierwotne pęknięcia błony bębenkowej, które zawsze występują po urazie, mają wielkie znaczenie sądowolekarskie i dlatego bliższe poznanie ich przez lekarzy praktycznych jest bardzo pożądanem.

Etyologia. Przyczyny, wywołujące urazowe pęknięcie błony bębenkowej, mogą być bezpośrednie i pośrednie. Do bezpośrednich należą: ciała obce w uchu zewn., narzędzia, używane do dłubania w uchu, jak szpilki, druty, ołówki, rączki od pióra, wykłuwacze i t. p.; płyny, kwasy żrące w uchu zewn., albo też przedmioty umyślnie i z siłą do ucha wepchnięte, jak n. p. strzały i t. p. Dalej — pęknięcie takie może powstać bezpośrednio wśród pewnych rękoczynów leczniczych, do których należą silne przestrzykiwania ucha, niezręczne usiłowania wydobycia ciała obcego, gwałtowne wyrwanie czopka woskowinowego, przyczepionego do błony bębenkowej, oderwanie polipa, przyczepionego do błony bęben., nieostrożne sondowanie ucha zewn., zbyt dalekie posunięcie stożka przez trąbkę, zbyt silne przyżegania błony kwasami, lekami żrącymi, przy niezgrabnem zastosowaniu sondy Lucaego i t. p.

Pośrednie przyczyny uszkodzenia błony bębenkowej prawie zawsze są następstwem nagłego i znacznego wahania ciśnienia powietrza po jednej albo po drugiej stronie błony. Najczęściej policzek, uderzenie w ucho dłonią, spowodowuje pęknięcie błony bębenkowej, nawet już przy nieznacznej sile, jeżeli przypadkowo wejście do przewodu zostało nagle całkiem szczelnie zamknięte, a powietrze w przewodzie usznym doznało nagłego zagęszczenia. W podobny sposób wszelkie inne czynniki, wywołujące nagłe zagęszczenie lub rozrzedzenie powietrza w ucho zewnętrznem albo środkowem, mogą pociągnąć za sobą tosamo następstwo. Tu zaliczyć należy wybuchy, detonacye, zbyt silne zadziałanie głosu, uderzenie piorunu, wystrzał, nagłe zanurzenie głowy pod wodę, skok do wody, wstrząśnienie czaszki, pęknięcie czaszki, uderzenie głową, upadnięcie, głośny całus w ucho. Dalej uważano to uszkodzenie błony u robotników, pracujących w jaszczykach, przy nagłem wejściu do przestrzeni z powietrzem zagęszczonem, albo nagłem opuszczeniu takiego miejsca, dalej przy kichaniu, kaszlu, silnem wysiąknięciu nosa, u powieszonych i t. p. Heiman spostrzegał takie pęknięcie błony bębenkowej, wywołane przyłożeniem ucha do telefonu.

Z rękoczynów leczniczych, mogących być powodem tej choroby, wymienić należy: rozrzedzenie lub zagęszczenie powietrza w uchu zewnętrznem lub środkowem, mięsienie sposobem Delstanchego, wdmuchiwanie powietrza sposobem Valsalvy, Politzera lub zapomocą cewnika usznego.

[1] Ustęp z dzieła p. t. »Krótki zarys nauki o chorobach usznych« które wkrótce wyjdzie staraniem »Wydawnictwa dzieł lekar. polskich im. Edwarda Korczyńskiego«.

We wszystkich tych przypadkach zmiany chorobowe i odżywcze w błonie bębenkowej, obniżające jej odporność i podatność, stanowią czynniki, znakomicie sprzyjające powstaniu takiego pęknięcia o tyle, że uwarunkowują większą skłonność do tego uszkodzenia. Błona bębenkowa częściowo zbliznowaciała, zwapniała lub zanikła pęknie prędzej, niż błona prawidłowa; przy ścieśnionej, nieżytowo obrzękłej trąbce prędzej, niż przy trąbce o świetle prawidłowem.

Objawy podmiotowe są w pierwszej chwili bardzo znaczne. Chory uczuwa nagle gwałtowny huk albo trzask w uchu, połączony z mniejszym lub większym bólem. Czasem chory doznaje zaraz potem zawrotu głowy lub ogłuszenia, szczególnie przy pośredniem powstaniu przedziurawienia. Rzadziej występują wymioty, mdłości, chód niepewny i inne objawy nerwowe w następstwie wstrząsu, jak silny szum w uchu, zajęcie głowy i nawet utrata przytomności i zemdlenie. Zwykle wszystkie te objawy wkrótce ustępują, słuch przez jakiś czas jest nieznacznie upośledzony i chory tylko narzeka, że przy wysiąkaniu nosa powietrze mu z ucha uchodzi. Tylko tam, gdzie równocześnie nastąpiło silne wstrząśnienie błędnika, upośledzenie słuchu może dojść wysokiego stopnia i objawy zawrotu głowy, jakoteż zaburzenia równowagi mogą utrzymywać się przez kilka dni, a nawet dłużej. W pewnych rzadszych przypadkach słuch może po pęknięciu błony bębenkowej być lepszym, niż przedtem.

Objawy przedmiotowe. Badanie otoskopijne wykazuje w pierwszych dwóch dniach po uszkodzeniu przedziurawienie linijne, wązkie, podłużne, o brzegach ostrych, obrąbionych płynną lub zaschłą krwią. W najbliższem sąsiedztwie ubytku błona okazuje się zaczerwienioną. W otoczeniu widać kilka czarnych punkcików, pochodzących z zaschłej krwi, nieraz także małe skrzepy w zatoce przewodu ucha zewnętrznego na dolnym brzegu błony bębenkowej. W zupełnie świeżym przypadku wypływa czasem z ucha kilka kropel krwi. Nieraz widać równocześnie na głowie i na muszli usznej ślady zadziałania urazu, obrzmienia, otarcia skóry, podbiegnięcia krwi i t. p.

Rzadziej otwór w błonie bębenkowej jest ziejącym, połączonym z utratą substancyi, kształtu owalnego lub okrągłego. Brzegi mogą być nierówne, zębate, poszarpane, a nawet płatowe, co prawie wyłącznie ma miejsce w przypadkach, w których błona już przedtem była chorobowo zmienioną, szczególnie wobec zbliznowacenia błony bębenkowej i przy bezpośredniem jej uszkodzeniu. W takim razie widać przez ten otwór bladożółtą błonę śluzową jamy bęb., błyszczącą, czystą. Zdarzają się, chociaż rzadko, podwójne pęknięcia w jednej błonie, spostrzegane przy strzelaniu z dział. Gwałtowne wstrząśnienia, spowodowane ciałami wybuchowemi, mogą wywołać obustronne pęknięcia.

Po największej części przedziurawienie znajduje się bezpośrednio tuż za trzonem młotka i przebiega pionowo z góry na dół, albo w dolnej części błony, idąc więcej poziomo i kierując się jednym końcem ku pępkowi, drugim ku obwodowi błony, równolegle do kierunku włókien promienistych błony bębenkowej.

Próby słuchu wykazują stosunki prawidłowe, albo nieznaczne zajęcie narządu przewodzącego głos. Weber po stronie uszkodzonej, przewodnictwo kostne nieznacznie przedłużone, próba Rinnego jednak dodatnia. Jeżeli wstrząśnienie błędnika miało miejsce, wówczas próby te wskazują na zajęcie narządu, pojmującego głos.

W kilka dni po uszkodzeniu otwór może już się zamknąć, albo jeżeli jest jeszcze otwarty, to brakuje już zwykle wszelkich znaków urazowego jego pochodzenia.

Przebieg i rokowanie. Zwykle wszystkie objawy podmiotowe i przedmiotowe mijają w krótkim czasie. Zresztą przebieg może być różnym, zależnie od rodzaju urazu, od stanu błony bębenkowej przed urazem i od dalszego leczenia: 1) Jeżeli uszkodzone ucho było przedtem zdrowe i nie nastąpiło zakażenie rany, to zwykle po kilku dniach, a czasem nawet już po kilku godzinach wszelkie objawy ustępują, przedziurawienie się zamyka i słuch wraca po krótszym lub dłuższym czasie (od 3 dni do 6 tygodni) do stanu prawidłowego. Nawet oderwanie brzegu błony od pierścienia chrzęstnego na większej przestrzeni może się całkiem zrosnąć z przywróceniem prawidłowego słuchu. 2) Zdarzyć się może, że następuje ropienie ucha środkowego, które również dzięki nadzwyczajnej sile odrodczej błony bębenkowej kończy się w znacznej części przypadków zupełnem wyzdrowieniem; albo też pozostawia mniejsze lub większe upośledzenie słuchu. 3) Czasem pozostaje suche przedziurawienie, co jednak bardzo rzadko ma miejsce. 4) Nareszcie może pozostać przewlekłe ropienie ucha środkowego z wszystkiemi jego następstwami. Z tego wynika, jak niepewnem i trudnem jest rokowanie w pierwszej chwili po wypadku.

Wogóle pęknięcie, powstałe bezpośrednio, n. p. przez przebicie przedmiotem, użytym do drapania w uchu, albo gałązką podczas przedzierania się przez gęstwinę leśną i t. d. pociąga za sobą częściej ropienie uszne. Tak samo dzieje się przy umyślnych przedziurawieniach błony nieczystym przedmiotem, jak to czynią popisowi w celu uwolnienia się od służby wojskowej (Heiman), lub przy zanieczyszczeniu rany w błonie bębenkowej, przy jednoczesnem złamaniu kości czaszki, przy rozległem zniszczeniu błony z równoczesnem uszkodzeniem kostek słuchowych, następuje często silniejsze lub mniejsze ropne zapalenie ucha środkowego. Pęknięcia zaś, powstałe pośrednio, n. p. wskutek parcia powietrza, są przeważnie nieszkodliwe, goją się prędko i pozwalają przytem rokować dobrze. Jednakże wtedy może nastąpić wstrząśnienie błędnika, co się objawia niedosłyszeniem błędnikowem wyższego stopnia i dłuższy czas trwającem, z jego cechami, t. j. zawrotem głowy, szumem w uchu, niepewnym chodem i t. d., co, rzecz naturalna, znacznie pogarsza rokowanie. Wogóle jednak uraz, wywołujący pęknięcie błony bębenkowej, wyczerpuje na tem swoją siłę i nie działa na błędnik. Odwrotnie tam, gdzie nie przychodzi do pęknięcia błony, siła urazu, przenosząc się przez kostki słuchowe na błędnik, prędzej wywołuje jego wstrząśnienie. Pęknięcie błony bębenkowej skutkiem urazu należy zatem uważać, jako poniekąd szczęśliwy wypadek, jako środek ochronny dla ucha wewnętrznego.

Rozpoznanie przedziurawienia błony bębenkowej może być trudnem, jeżeli wązki szczelinowaty otworek znajduje się w cieniu przed trzonem młotka, albo w obrębie blasku świetlnego, lub też jeżeli jest pokryty skrzepem krwi albo grudką woskowiny. Za pochodzeniem urazowem przedziurawienia, w przeciwieństwie do przedziurawienia, pozostałego po ropnem zapaleniu ucha środkowego, przemawiają: 1) Ślady uszkodzeń w uchu zewnętrznem i w otoczeniu. 2) Wynaczynienia krwi w błonie bębenkowej i krwawienie lub skrzepiki na ostrych brzegach lub w otoczeniu pęknięcia. 3) Żółta jak kość błona śluzowa jamy bębenkowej. 4) Szeroki, głęboki, chuchający szelest przy osłuchiwaniu wdmuchiwań powietrza. Albowiem jeżeli przedziurawienie pochodzi z przebytej choroby błony lub jamy bębenkowej, powietrze, wpędzone przez trąbkę do jamy bębenkowej, uchodzi przez otwór w błonie bębenkowej, wydając szmer syczący i świszczący z powodu obrzmienia lub zgrubienia błony śluzowej jamy bębenkowej, błony bębenkowej, lub samych brzegów otworu. 5) Nareszcie szybkie zarastanie otworu, stwierdzonego po urazie w błonie bęb., czyni również prawdopodobnem urazowe jego pochodzenie, gdyż takie suche przedziurawienie, pozostałe po dawniej przebytem ropnem zapaleniu ucha środkowego, okazuje się po największej części stałem, a bardzo rzadko tylko zarasta później dobrowolnie.

Te są najgłówniejsze oznaki, cechujące świeże urazowe przedziurawienie błony bębenkowej. Jednakże nie są one zupełnie wolne od zarzutów i nie zawsze są pewne. Co do 1), to wszelkich uszkodzeń w uchu zewn. może brakować. 2) Tak samo może brakować podbiegnięcia krwi na

brzegach ubytku, jeżeli pęknięcie tyczyło się miejsca zanikłego lub blizny w błonie. Co do 3) i 4), to po wyleczeniu choroby trąbki i ucha środkowego może błona śluzowa jamy bęb., jakoteż szmer z przedziurawienia zachować się zupełnie tak, jak w przedziurawieniu urazowem. Nareszcie co do 5) zdarza się, że z jednej strony pęknięcie urazowe utrzymuje się dłuższy czas, a w końcu przecież się zamyka; z drugiej zaś, że otwór, pozostały po wyleczonej chorobie ucha środkowego, może przecież uledz zmniejszeniu się i szybkiemu zarośnięciu W kilka dni po urazie po ustąpieniu śladów świeżego urazu (krew na brzegach i w otoczeniu) rozpoznanie urazowego pochodzenia pęknięcia błony bębenkowej będzie zawsze bardzo utrudnione. Bezwarunkowo zaś niemożliwem będzie to rozpoznanie, jeżeli tymczasem nastąpi rychłe zarośnięcie pęknięcia, albo wystąpi ropne zapalenie odczynowe, które zaciera wszelkie cechy pęknięcia urazowego, t. j. wejrzenie błony bębenkowej, kształt przedziurawienia, kształt brzegów i t. d. tak, że choroba ta nie daje się odróżnić od samodzielnego zapalenia ucha środkowego.

Pewne znaczenie rozpoznawcze mają też wywiady, potwierdzające, że chory 1) doznał urazu, który zdołał wywołać takie pęknięcie i 2) że dawniej dobrze słyszący człowiek nagle, w chwili urazu, uległ upośledzeniu słuchu

Z tego wszystkiego, cośmy wyżej powiedzieli, wynika, że urazowe pęknięcie błony bębenkowej daje się jako takie łatwo rozpoznać li tylko w pierwszych dniach po urazie; później zaś obraz chorobowy nie łatwo odróżnić od przedziurawienia, powstałego z innych powodów. Z tego wynika doniosły obowiązek lekarza natychmiastowego zbadania narządu słuchowego w każdym przypadku uszkodzenia głowy, jak na to już przy innej sposobności wskazałem.

Orzeczenie sądowo-lekarskie. Z tego, cośmy w opisie „przebiegu“ powiedzieli, wynika, że w pierwszym czasie po powstaniu pęknięcia nie można wydać stanowczego sądu co do znaczenia i doniosłości uszkodzenia, że zatem z wydaniem orzeczenia należy poczekać najmniej 4—8 tygodni, aż się rozstrzygnie dalszy los pęknięcia w kierunku jednej z 4 wyżej wymienionych możliwości zejścia. Dla określenia stopnia uszkodzenia musimy się przekonać o stopniu niedosłyszenia. Przytem należy rozważyć, czy uszkodzony nie miał już przedtem słuchu przytępionego, czy nie istniała szczególna skłonność do pęknięcia błony, jak dawniejsze zmiany w błonie, czy równocześnie nastąpiło wstrząśnienie błędnika, co poznać można na podstawie wyników prób słuchu, na innem miejscu podanych. Wogóle zaś każde niepowikłane pęknięcie błony bęb. uważać należy jako lekkie uszkodzenie ciała, a tylko powikłanie z ropnem zapaleniem ucha środkowego, albo z silnem i trwałem wstrząśnieniem błędnika, kwalifikuje pęknięcie błony bębenkowej, jako uszkodzenie ciężkie. W jednym i drugim kierunku można będzie stanowczo orzec dopiero po dłuższej obserwacyi i kilkakrotnie powtarzanem badaniu, gdyż następstwa wstrząśnienia błędnika z czasem ustąpić mogą i różnorodne zejścia ropienia usznego nie dają się przewidzieć. Pomiędzy innemi należy także uwzględnić przy orzeczeniu skłonność chorych, udających się przed sąd, do udawania i do przesady.

Leczenie jest czysto zachowawcze i polega na spokoju i zatkaniu ucha watą albo gazą, w celu uniknięcia szkodliwych wpływów zewnętrznych na uszkodzoną błonę bębenkową. Choremu należy polecić unikanie silnego siąkania nosa, jak niemniej wszystkich środków leczniczych. Tylko w razie silnego przekrwienia błony bębenkowej należy zastosować leczenie przeciwzapalne, jak okłady lodowe, upust krwi i pędzlowanie okolicy ucha jodyną. Gdy jednak równocześnie nastąpi wstrząśnienie błędnika albo przychodzi do jakiej choroby następowej ucha środkowego lub wewnętrznego, tam należy te powikłania cierpieniami następowemi poddać odpowiedniemu leczeniu.

IV. Wyciągi.

Prof. Dr. Fürbringer. **O znaczeniu objawu Quinquauda, szczególnie w stosunku do nadużywania napojów wyskokowych.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 27). Rzecz bardzo ciekawa i dotychczas tylko we francuskiem piśmiennictwie omawiana. W r. 1893 lekarz francuski Quinquaud wykonał ze swoimi słuchaczami, aby wykryć wśród nich pijaków, następujące doświadczenie. Kazał im rozstawione palce ustawić prostopadle na swoich dłoniach, poczem dwóch słuchaczów oznaczył jako pijaków, u innych zaś stwierdził wynik ujemny. Dopiero w kilka lat później udało się Francuzowi Maridort, a potem Aubryemu doświadczenie to z dobrym wynikiem powtórzyć i wytłómaczyć. Zjawisko to zdarza się u nadużywających napojów wyskokowych. Maridort opisuje je w sposób następujący: Gdy badany ustawia rozchylone palce prostopadle na dłoni badającego, wywierając przytem lekki ucisk, badający czuje po kilku sekundach lekkie wstrząśnienia, tak jakby członki palców badanego uderzały o siebie i o dłoń badającego. Zależnie od natężenia tych wstrząśnień pojedynczych badający może mieć uczucie tarcia aż do uczucia trzaskania (*craquement*). Trzaskanie takie powstaje przy zniekształtniającem zapaleniu stawów tylko wskutek zmian na powierzchniach stawowych i przy silnym ruchu; zjawisko Quinquauda natomiast nie ma tej przyczyny. Aubry odróżnia na podstawie tego zjawiska pijaków i miernie nadużywających wyskoku, od abstynentów, u których zjawisko to wcale podobno się nie zdarza Fürbringer zaś, który zmienił nieco sposób badania, poleca bowiem zamiast wszystkich palców ustawiać tylko palec drugi i średni na dłoni, doszedł na podstawie szeregu badań do wyników nieco odmiennych. Wedle natężenia, z jakiem zjawisko Quinquauda występuje, rozróżnia on trzy stopnie zjawiska i podaje takie zestawienie:

Quinquaud	Abstynenci	Nadużywający wyskoku miernie	Nadużywający wyskoku średnio	Pijacy
brak zupełny był u	42 (29·5%)	85 (60%)	13 (9%)	2 (1·5%)
z średniem natężeniem	14 (6 „)	159 (66 „)	48 (20 „)	20 (8 „)
bardzo silny . .	4 (5 „)	31 (36·5 „)	24 (28·5 „)	26 (30 „)

Wynika więc stąd, że niewątpliwie istnieje związek między nadużywaniem wyskoku, a zjawiskiem Quinquauda, że u pijaków bardzo rzadko objawu tego brakuje, że jednak i u abstynentów może on się pojawić. Zliczając razem abstynentów i miernie pijących, jako niepijących, a resztę, jako pijących, otrzymuje F. u swoich 452 badanych osobników następujący wynik:

Quinquaud	Niepijący	Pijący
brak	89·5%	10·5%
średni	72 „	28 „
silny . . .	41·5 „	58·5 „

Wnioski, jakie Fürbringer stąd wysnuwa, są następujące: 1) Osobniki, u których niema objawu Quinquauda, według wszelkiego prawdopodobieństwa nie nadużywają wyskoku. 2) Osobników, u których jest średnio silny objaw Quinquauda, nie należy uważać za nadużywających napojów wyskokowych. 3) Silny objaw Quinquauda wskazuje na nadużywanie wyskoku w stosunku 3:2.

W porównaniu z zjawiskiem Quinquauda dawno znany objaw pijaństwa, drżenie rąk, pozwala z większem prawdopodobieństwem wnosić o nadużywaniu wyskoku; objaw Quinquauda zaś to ma za sobą, że mniej zwraca uwagę badanego i że służyć może do potwierdzenia rozpoznania, uzyskanego innym sposobem. Zjawiska Quinquauda brakuje u dzieci zupełnie, najsilniejsze jest między 40—60 rokiem życia, a potem znowu słabnie Trzeszczenia te można słyszeć także słuchawką. Zjawisko to stara się Fürbringer wytłómaczyć w sposób następujący: Pod wpływem nerwowym, wywołanym przez zatrucie wyskowe, powstaje pewien szczególny, dla oka jednak niewidzialny ruch, który wraz z niewidocznemi dla nas zmianami na powierzchniach stawowych staje się przyczyną owego tarcia i trzeszczenia. *Dr. Selzer* (Lwów).

Guinard. **O ropniach wątroby w przebiegu duru.** (*La Presse medicale*, Nr. 52, 1904). Ropnie wątroby w przebiegu duru bywają tak rzadkie, że zazwyczaj się o nich nawet nie myśli. Jest to fakt tem dziwniejszy, że drogi w jelitach są tak liczne i zakażenie tak łatwe; zapewne jest to następstwem faktu, że wiele ropni wątroby zostaje zupełnie zapoznanych. Autor opisuje przypadek, który badał poraz pierwszy w 77 dniu trwania duru Nakłucie silnie obrzękłej wątroby wykazało ropę. Badanie mikroskopowe i bakteryologiczne krwi i ropy wykazało istnienie paciorkowców i prątków durowych ponad wszelką wątpliwość, jakkolwiek pewną jest rzeczą, że sam prątek Ebertha może dać powód do powstania ro-

pni wątroby. Rzadkość tego powikłania w przebiegu duru stwierdzają też inni autorowie. I tak Romberg z Lipska na 677 przypadków, w tem 88 śmiertelnych, donosi tylko o jednym ropniu wątroby; Schultz (Hamburg) przytacza 3.686 przypadków duru z 362 przypadkami śmierci, atoli bez tego powikłania. Dopfer na 627 sekcyj zwłok po durze notuje 10 ropni wątrobowych, a Launois z Lugdunu znalazł w roku 1895 tylko jeden ropień na 71 sekcyj. *Dr. Blassberg.*

Gomar i Buvat. **O toksykomaniach.** (*La Presse médicale*, Nr. 54, 1904). W ostatnich latach z powodu rozszerzenia się morfinizmu niektórzy autorowie radzili zastąpić morfinę heroiną, która jest eterem diacetowym morfiny, lub dioniną, t. j. chlorowodorkiem morfiny etylowej. Morel-Lavallé polecał głównie heroinę i to w celach leczniczych przy morfinizmie. Mimo tego, że autor ten sam wyrażał wątpliwość o niewątpliwej pewności tego leku, leczenie heroiną rozpowszechniło się znacznie. Gomar i Buvat mieli w leczeniu trzy przypadki heroinomanii i jeden dioninomanii, w których stan fizyczny mimo małych dawek był bardziej podkopany, niż to ma miejsce przy morfinizmie, a złudzenia euforyi były mniejsze, niż po morfinie. Chorzy dotknięci tem cierpieniem ulegli nawrotowi. *Dr. Blassberg.*

Prof. Dr. Opitz. **O widokach wyleczenia i o leczeniu zakażeń połogowych.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1904, Nr. 25, 26, 27). Autor występuje przeciw bezwzględnemu operacyjnemu leczeniu zakażeń połogowych, zaleconemu przez Trendelenburga i Schultzego. Trendelenburg radzi podwiązanie lub wycięcie żył, wychodzących z macicy, już w początku gorączki połogowej zaraz po pierwszych dreszczach, Schultze zaś zaleca w takich razach całkowite wycięcie macicy. Opitz porównując statystykę śmiertelności po zabiegach operacyjnych z własną statystyką leczenia zachowawczego, stwierdza, że śmiertelność po leczeniu zachowawczem jest wybitnie mniejsza. Nadto, zdaniem Opitza, chcąc operować, trzeba rozpoznać, po której stronie żyły, wychodzące z macicy, uległy zapaleniu zakaźnemu (*thrombophlebitis*), a rozpoznanie takie jest niezmiernie trudne; zważyć też należy, że po pierwszym dreszczu już pewna ilość drobnoustrojów musiała się dostać do ustroju. Środki lecznicze, zalecone przez autora, są następujące: bezwzględny spokój, dobre odżywianie się chorej (podaje białko w postaci sanatogenu, puro, somatozy), podawanie wielkich stosunkowo ilości cukru, jako materyału, który najprędzej ulega spalaniu w ustroju; doprowadzenie wielkich ilości płynu *per os*, przez skórę lub przez odbytnicę. Obok tych środków dyetetycznych zaleca autor w pewnych razach używać surowic Tavela lub Aronsona i wstrzykiwać do żył collargol Credego. Występuje jednak autor przeciw tak ogólnie zalecanemu podawaniu wyskoku (Runge), ponieważ wyskok po chwilowem podnieceniu wywołuje osłabienie akcyi serca. *Dr. Selzer* (Lwów).

Swoboda (Wiedeń). **Leczenie krztuśca antytussyną.** (*Wiener klinische Rundschau*, Nr. 23, 1904). Nowy ten lek, przedstawiający się jako maść, bywa stosowany tylko zewnętrznie, w kształcie nacierań, względnie wcierań — oczywiście po poprzedniem obmyciu odpowiednich okolic ciała (szyja, piersi, plecy). Przyjemna woń, rozchodząca się po użyciu tego środka, jest dowodem, że antytussyna została należycie wtarta. Autor w 15 przypadkach zastosował tę maść, osiągając znakomite wyniki, nie umie jednak wyjaśnić, co właściwie jest czynnikiem działającym, czy mięsienie pod postacią tych wcierań, czy wdychiwania aromatycznych i lotnych istot, wytwarzających się po natarciu antytussyny, czy też istotnie wessanie bliżej nieznanych składników. W każdym razie warto — choćby dla próby — stosować w krztuścu antytussynę, tem bardziej, że jestto środek zewnętrzny, nie wywołujący żadnych ubocznych szkodliwych objawów. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Coester (Wiesbaden). **W sprawie rozpoznania i leczenia wiądu rdzenia.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 27 i 28, 1904). Na zasadzie swego długoletniego doświadczenia twierdzi autor, że rozpoznanie wiądu rdzenia czyni się w ogromnej większości przypadków za późno; w chwili bowiem stwierdzenia braku odruchów kolanowych i źrenicznych, choroba już jest zupełnie prawie rozwinięta, leczenie więc w tym okresie nie może dać wyników pomyślnych. Wczesne o ile możności rozpoznanie ma tedy doniosłe znaczenie.

Jakkolwiek nieznany jest dokładnie związek, zachodzący między wiądem rdzenia a kiłą, to przecież obecnie należy uważać kiłę za podstawę późniejszego wiądu, choćby już z tej przyczyny, że innych czynników, wiąd wywołać mogących, dotychczas nie stwierdzono. Do najwcześniejszych — prawie pierwszych — objawów wiądu należą błyskawicznie pojawiające się bole kończyn, uchodzące bardzo często za gośćcowe, niemniej różnego rodzaju uczucia w postaci mrowienia, cierpnienia nóg lub „głuchych“ bolów; uczucie zimna w końcach palców rąk lub upośledzone czucie bolu lub ciepłoty. Szczególne zaś ma znaczenie niejednakowy wynik badania symetrycznych części ciało. Wszystkie inne objawy należą już do późniejszych okresów wiądu.

Omawiając leczenie ma autor na względzie jedynie leczenie przeciwkiłowe, sądząc, że ono prowadzi bezwarunkowo przynajmniej do znacznej poprawy przez wstrzymanie niszczącej sprawy chorobowej, toczącej się w rdzeniu kręgowym. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Heitler (Wiedeń). **Uwagi o nagłej śmierci chorych na serce podczas snu.** (*Wiener medicinische Presse*, Nr. 26, 1904). Nagłe przerwanie czynności serca u chorych na serce nie jest wcale rzadkiem zjawiskiem; doświadczenie poucza, że występuje częściej w przypadkach pierwotnego schorzenia mięśnia sercowego, aniżeli w wadach zastawkowych — i to w rozmaitych okresach choroby: bądź u chorych, okazujących silne zaburzenia ze strony serca, bądź u chorych z nieznacznymi objawami, lub też u chorych, u których wprost żadnych zmian w sercu stwierdzić nie można, ponieważ sprawa sercowa przebiega w postaci utajonej. W każdym razie można powiedzieć, że śmierć w takich przypadkach zupełnie nie jest zawisłą od zmian anatomicznych: serce bowiem nie dlatego przestaje działać, że w danej chwili zmiany anatomiczne doszły już do takiego stopnia, iż dalsza czynność serca jest niemożliwa, lecz skutkiem chwilowego znaczniejszego nerwowego podrażnienia serca (Kundrat), okoliczność, którąby na zdrowy mięsień bez wpływu pozostała. O takich przypadkach śmierci można powiedzieć, że serce jeszcze nawet kilka lat mogłoby pracować pomimo powiększenia się zmian anatomicznych, gdyby nie owo nagłe nerwowe podrażnienie; za tem przemawia także znane doświadczenie Goltza, że przez opukiwanie brzucha żaby można u niej wstrzymać czynność serca, a nawet wywołać śmierć. Z bezpośrednich przyczyn, mogących pociągnąć za sobą śmierć wśród snu u chorych na serce, należy wymienić nagłe ruchy chorych, następnie podrażnienie serca przez narządy brzuszne, szczególniej żołądek i jelita, wreszcie przykre sny; co do ostatniej przyczyny przytacza autor jedno takie spostrzeżenie. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Konrádi. **O trwaniu życia bakteryi chorobotwórczych w wodzie.** (*Centrbl. f. Bact.*, 1904, T. 36, Nr. 2). Z przytoczonego przez autora piśmiennictwa wynika, że ważne pytanie, jak długo w wodzie nie giną bakterye chorobotwórcze, nie jest do dziś dnia ostatecznie rozstrzygnięte. Większość dawniejszych autorów przychyla się jednak do zdania, że zarazki duru, cholery i wąglika w wodzie studziennej szybko giną. Wbrew temu zapatrywaniu utrzymuje autor na podstawie własnych licznych doświadczeń z prątkiem durowym, wąglikowym i gronkowcem złocistym, iż bakterye te, dostawszy się do wody, walczą z bakteryami wodnemi zazwyczaj zwycięsko tak, że bakterye wodne giną po krótszym lub dłuższym czasie, a utrzymują się tylko bakterye chorobotwórcze. W niektórych wodach mogą bakterye chorobotwórcze zachować swą żywotność bardzo długo, coby może tłómaczyło, skąd zjawiają się nieraz po długiej przerwie z zagadkowego źródła w pewnych miejscowościach epidemie. Jednakże bakterye chorobotwórcze w wodzie wykryć jest niełatwo wogóle, a tem trudniej po dłuższem ich pożyciu w wodzie, ponieważ wtedy zmieniają się niektóre ich biologiczne właściwości. I tak n. p. prątek durowy, wyhodowany z wody, tworzy niekiedy w hodowlach bulionowych kożuszek, a gronkowiec złocisty traci swoją znamienną barwę. Ta trudność ma tem większe znaczenie, że bakterye takie, przebywając w wodzie, mogą jednak całemi latami zachować swe własności chorobotwórcze. Spostrzegane niekiedy wcześniejsze obumieranie bakteryi chorobotwórczych w wodzie zależy od dotykających je zmian degeneracyjnych. Wpływa na to także jakość wody: n. p. gronkowiec ginie znacznie szybciej w wodzie jałowej, niż w zwykłej wodzie wodociągowej. *C.*

Ghedini. **Spostrzeżenia anatomiczne i histologiczne co do trującego działania niektórych wyciągów z narządów.** (*Centrbl. für Bacter.*, T. 36, Nr. 1 i 2). W długim szeregu doświadczeń starał się autor zbadać, jakie skutki wywołują u psów wyciągi z trzustki, jajników, jąder, nadnerczy, gruczołu tarczowego, grasicy i tkanki nerwowej morskich świnek. Wyciągi te stosował autor w znaczniejszych ilościach i bardzo długo. Psy, u których stosował wyciągi przez 2—3 miesięcy, ginęły pomimo starannego żywienia i opieki. Badanie histologiczne zaś wykrywało u takich zwierząt znaczne zmiany we krwi, w śledzionie i gruczołach chłonnych, poczęści także w innych narządach. Stopień zmian był tem większy, im więcej zastosowano wyciągu, natomiast ani stopień, ani rodzaj zmian, zdawał się nie zależeć od jakości wyciągu, z wyjątkiem wyciągu z nadnercza. Na podstawie swoich badań ostrzega autor przed nieoględnem stosowaniem wielkich ilości wyciągów z narządów u ludzi bez ścisłych wskazań, co dziś tak często się dzieje, a może wywołać nieoczekiwane i groźne skutki. *C.*

Prof. Dr. Samter. **Przypadek mięśniaka odźwiernika.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 25, 1904). W przypadku, spostrzeganym przez autora, wszystkie objawy kliniczne przemawiały za rakiem odźwiernika; dopiero przy zabiegu operacyjnym okazał się guz jako mięśniak odźwiernika i jako taki dał się wyłuszczyć. Autor przytacza piśmiennictwo znanych dotychczas 57 przypadków mięśniaków przewodu pokarmowego, wykazując, że klinicznie trudno bardzo rozpoznać mięśniaka, gdyż przewlekłe nieżyty żołądka zwykle mu towarzyszą i przytem może przyjść do znacznej chcry. *Dr. Salzer.*

V. Kongres internistów niemieckich w Lipsku (18—21 kwietnia 1904 r.)

Zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy)

XIII. De la Camp (Berlin): W sprawie oznaczenia wielkości serca. Na zasadzie dokładnego określenia bezwzględnego stłumienia serca można wnioskować o prawdziwej jego wielkości, — nawet część serca, leżącą pod mostkiem a nie pokrytą płucem, można wypukiem oznaczyć; dla oznaczenia rzeczywistej wielkości serca najlepszem postępowaniem jest ortodiagrafia. Kombinując wypuk z przysłuchem nie można dojść do lepszych wyników, tyczących się granic serca: odgłos wypukowy zmienia się pod wpływem skóry, mięśni i kości. Metoda rzutowa (projekcyjna) Smitha również nie daje bezwzględnie dokładnych wyników. W dyskusyi Kraus (Berlin) powiada, że de la Camp na mocy swych doświadczeń przekonał się o złych wynikach, otrzymywanych zapomocą metody Smitha, a pomimo to na tej metodzie opiera się cała nauka o ostrej rozstrzeni serca, uznawanej przez wielu lekarzy. Wobec tego nie można się zgodzić z zapatrywaniami Smitha, — albowiem jego stanowisko umiejętnie nie jest uzasadnione.

Schrötter (Wiedeń). Wypuk jedynie zapomocą palców jeszcze dzisiaj ma swoje doniosłe znaczenie: tą metodą można granice serca możliwie dokładnie oznaczyć, — a promieniami Röntgena o tej dokładności się przekonać. Nowa metoda jest tylko wówczas dobra, jeśli istotnie coś nowego przynosi, lub rzeczy znane potwierdza — w przeciwnym razie jest ona bez znaczenia.

Turban (Davos) oświadcza, że stara metoda wypukowa łącznie z metodą dotykową Erba znakomicie się nadają do określenia granic serca. Czasami w przypadkach rozedmy płuc wyniki są mniej dokładne.

XIV. Wiesel (Wiedeń): Zmiany anatomiczne narządu krążenia w przebiegu duru brzusznego. Autor badał narząd krążenia w 12 przypadkach duru, zmarłych na szczycie choroby: w większości przypadków stwierdził w mięśniu sercowym przewlekłe zmiany łącznotkankowe (*myocarditis*), opisywane już przez Romberga, w tętnicach typowe zmiany w włóknach mięsnych, a szczególnie w tkance elastycznej warstwy środkowej, (zanik i rozpad ziarnisty włókien).

XV. Ortner (Wiedeń): Zachowanie się narządu krążenia w przebiegu chorób zakaźnych, a szczególnie duru brzusznego. Na 38 przypadków duru brzusznego znalazł Ortner 29 razy drugi ton nad tętnicą główną wzmocniony. Ponieważ wszystkie inne przyczyny takiego objawu dadzą się wykluczyć, dlatego przyjmuje autor jako prawdziwą i istotną przyczynę, towarzyszące zwiotczenie obwodowo-powierzchownych i głębszych naczyń, które — o ile naczynia włosowate powierzchowne wchodzą w rachubę, — klinicznie objawia się w takich razach przez dwubitność tętnic, rzekomą chybkość, tętnienie drobnych naczyń i dwubitność tętna włosowatego. Z uwagi dalej, że takie zwiotczenie obwodowo-powierzchownych naczyń może pociągnąć za sobą i obniżenie się parcia krwi, a Ortner stale stwierdzał parcie prawidłowe, dlatego trzeba również przyjąć pewną kompensatę w postaci równoczesnego skurczu głębokich naczyń, a w takich razach brak wzmocnienia II go tonu nad ortą, za czem przemawia takich 9 przypadków, w których nadto stwierdzono silniejsze uderzenie koniuszkowe, jako wyraz zwiększonej pracy serca. W przebiegu duru następuje śmierć skutkiem porażenia nerwów naczynioruchowych i zmian anatomicznych serca; wynika to z spostrzeżeń klinicznych autora i badań histologicznych, dokonanych przez Romberga i Wiesela. Ortner opisuje dalej, — jako dotychczas nieznany objaw, — dwubitność tętna włosowatego. W jednym przypadku lekkiej niedomykalności aorty stwierdził Ortner równocześnie z nasileniem drugiego tonu nad tętnicą główną malenie, względnie przycichanie rozkurczowego szmeru nad aortą, aż do zupełnego zniknięcia, powtórne pojawienie się szmeru z przycichaniem drugiego tonu aorty i to podczas bezgorączkowego okresu, spowodowanego piramidonem; — po usunięciu zaś piramidonu szmer znów przycichł, a drugi ton stawał się nasilonym. Dr. Wiesel znalazł w tym przypadku w sercu stare myokardytyczne zmiany obok świeżych; — ostatnich brakowało na zastawkach aorty. Podobne stosunki, jak w durze, znalazł autor w przebiegu grypy, gruźlicy prosówkowej, ropnicy i drugorzędnej kiły, połączonej z gorączką.

XVI. Hoffman (Düsseldorf): Nowa graficzna metoda i spostrzeżenia w sprawie sztucznej niemiarowości odsłoniętego serca. Badania swoje wykonał autor na chorym, na którym wykonano szeroką torakoplastykę: lewa połowa serca była jedynie cienkim płatem skóry pokryta. Zastosowawszy zmodyfikowaną metodę suspenzyjną Engelmana, mógł Hoffman wykazać skurcze drugorzędne (extrasystole), wywolywane prądem galwanicznym; także można było sztucznie wywołać zmiany w rytmie, które (podobnie jak u żab i zwierząt cieplokrwistych) są następstwem działania ino- i chromotropijnego.

W dyskusyi przypomina Hering (Praga), że już Ziemssen wywoływał skurcze drugorzędne bodźcami mechanicznymi na odsłoniętem sercu

De la Camp (Wiedeń) demonstruje przekroje zmarłych zwłok, w których granice narządów były otoczone drutem ołowianym i odnośne zdjęcia rentgenograficzne.

Rille (Lipsk) przedstawia chorego, dotkniętego bardzo rzadkiem cierpieniem, t. zw. *pityriasis lichenoides*, i omawia cechy różniczkowego rozpoznania ze względu na kiłę.

XVII. Neisser (Szczecin): O nakłuciu próbnem i nakłuciu czaszki. Pomimo, że zapomocą przyrządów wiertniczych można nakłuwać czaszkę, niema nigdzie wzmianki, jakoby nowoczesna chirurgia posługiwała się tą metodą rozpoznawczą. U 30 chorych nakłuwał autor 120 razy czaszkę zapomocą elektrycznego przyrządu wiertniczego, odnajdując w ten sposób ognisko chorobowe w celu następowej trepanacyi, lub też wprost jako postępowanie lecznicze. W jednym przypadku torbiela opony wydobyto 50 cm^3 płynu; powtórna operacya była w tym przypadku również pomyślna. W każdym razie jestto operacya poważna, a nawet nakłucie próbne winno być wykonywane na zasadzie dokładnych wskazań. Wreszcie przedstawia autor chorych, którzy bez jakichkolwiek złych następstw przebyli taki zabieg operacyjny.

XVIII. Ascher (Berno szwajc.): Przyczynek do fizyologii nerwów sercowych. Po opisaniu nowej metody, zapomocą której Ascher zbadał sposób działania nerwów serca, stawia autor następujące twierdzenia: sprawność nerwów sercowych zależy od odżywienia serca; nerw błędny o tyle jest zależny od ciepłoty, o ile nagła jej zmiana osłabia jego działanie, lub go zupełnie pozbawia działania. Pobudliwość nerwu błędnego zmniejsza się pod wpływem wzrastającego parcia śródsierdziowego; — atoli przystosowanie się może się zwolna wytworzyć. (Dok. nast.)

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 11 sierpnia.

* Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, zwołane na 3 b. m. w sprawach majątkowych Towarzystwa, nie doszło do skutku dla braku kompletu.

* Rządowy instytut szczepienia ospy ochronnej w Warszawie przeniesiony został do nowego, współczesnym wymaganiom odpowiadającego budynku przy ul. Nowogrodzkiej 82, postawionego kosztem 30.000 rubli według planów inż. Dziekońskiego i Dr. Polaka.

* W Kolonii otwartą zostanie 1 października b. r. Akademia medycyny praktycznej. Członkami jej zostali mianowani profesorowie: Bardenheuer, Hochhaus, Minkowski, Tillman, Borst, Siegert.

* Dyrekcya berlińskiej Charité nie odnowiła kończącego się kontraktu z prof. P. Jacobem, prawdopodobnie wskutek rozgłośnego zajścia w berlińskiem Towarzystwie medycyny wewn., w którem udowodniono Jacobowi, że widząc szkodliwość swoich »wlewań płucnych«, nie zaniechał ich, a w wykładzie swoim pominął milczeniem przypadek śmierci, wywołany temi wlewaniami.

* Konkurs na pracę na temat „Patologia i terapia jaglicy" z nagrodą 2000 koron, z terminem do 31 grudnia 1904 r. i dopuszczeniem wszystkich języków państwowych ogłasza węgierskie ministeryum spraw wewnętrznych.

* W Paryżu otwarto w Sorbonie biuro informacyjne w sprawach naukowych pod kierunkiem Dr. Blondela, a kosztem miasta.

* Nakładem Urbana & Schwarzenberga w Wiedniu zaczęło wychodzić nowe pismo p. t. „Centralblatt für physikalische Therapie und Unfallheilkunde", pod redakcyą prof. Hoffy i Doc. Bumma.

Mianowania i odznaczenia. Docenci Dr. Vesely i Dr. Syllaba w Pradze odznaczeni tytułem profesorów nadzw. Docenci Dr. Ehret w Strassburgu, Honl w Pradze i Fawicki w Petersburgu mianowani profesorami nadzwyczajnymi. Prof. Girard z Berna mianowany dyrektorem kliniki chirurgicznej w Genewie, prof. Delépine profesorem medycyny doświadczalnej i bakteryologii w Manchester, docent Szymanowski profesorem okulistyki w Kijowie.

Nekrologia. Zmarli: Prof. Scarenzio, dermatolog w Pawii.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 31. Koelichen: O organicznych cierpieniach układu nerwowego na tle tryprowem. Wróblewski; Przyczynek do nauki o nowotworach złośliwych migdałków podniebiennych (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 31. Nitsch: Uwagi nad metodą Pasteurowską zapobiegania wściekliźnie. Bornstein: Asthenia paroxysmalis.

— *Krytyka lekarska* Nr. 7. Kramsztyk: Organizacya prasy lekarskiej polskiej. J. Bieliński: Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.) Z. Kramsztyk: Przyjmowanie chorych do szpitala.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 8—9. Inż. Maślanka: Kanalizacya miasta Lwowa. Bier: Instytucya lekarzy szkolnych dla szkół miejskich miasta Krakowa. Panek: Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 31. Niederle: Processus vermiformis jako východiště invaginace ileocoecalni. Michal: Několik případů z chirurgie lebky (c. d.). Návrat: O samovraždě. Matys: Conjunctivitis zvaná Perinaud'ova (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 60. E. Saint-Jacques: II zjazd lekarzy francuskich Ameryki północnej. Faure: Wrażenia z Ameryki.

— Nr. 61. Tillaux: Zimne ropnie sutka. Pressat: Zapobieganie zimnicy w Suezie. Melun: Kilka uwag o technice przemywań cewki moczowej i pęcherza.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 32. Sinnhuber. Uraz, jako przyczyna niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Schittenhelm i Bendix: O losach kwasu nukleinowego, wprowadzonego do krwi. Conradi: O zakażeniu mieszanem prątkami durowymi i paratyfusowymi. Friedrich: Leczenie chirurgiczne ropnego zapalenia opon wskutek zapalenia ucha. Dapper: Leczenie cukrzycy środkiem tajnym »Djoeat« (Bauer). Barth: Nowe poglądy w leczeniu bezgłosu kurczowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 31. Wilms. Przyczyna kolki w chorobach jelit, kamicy żółciowej i nerkowej. Kothe: Badania ciepłoty stawów schorzałych i sztucznie przekrwionych. Heinecke: W sprawie działania promieni radu na tkanki zwierzęce. Nieberding: Przypadek meningocele anterior. Zacharias: Olbrzymi torbiel jajnikowy. Velhagen: O czaszce wysokiej i zaniku nerwu wzrokowego. Nöldecke: Niezwykłe uszkodzenie oka ciałem obcem. Voos: Nowe nosowe kleszcze tnące. Kricheldorf: Kopystka językowa z lampką. Härting: Coxa vara. Rössle: Rola przekrwienia i wieku w powstawaniu nowotworów. Roth: Historya medycyny i Hipokrates.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 31. Minkowski: W sprawie otwarcia Akademii medycyny praktycznej w Kolonii. Engel: O obniżeniu punktu marznięcia krwi u chorych na raka. Davids: Kilka spostrzeżeń o weronalu. Rzętkowski: Miażdżyca tętnicy głównej u królików po wstrzyknięciu adrenaliny do żył. Mass: O rzadko opisywanem rodzinnem cierpieniu nerwowem. Lilienfeld: Leczenie elektromagnetyczne.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 31. Hamburger i Reuss. Skutki wstrzykiwań różnych rodzimych białek. Zevi: Odczyn Gruber-Widala w żółtaczce. Pelzl: Botulismus. Hockauf: Zamiana korzenia goryczki z wilczą jagodą.

Redakcya otrzymała: 1) Dr. Stanisław Łagowski: Jędrzej Śniadecki i jego teorya jestestw organicznych. Odbitka z »Kosmos«. Lwów 1904. 2) Publications of Cornell University Medical College. Studies from the departement of Neurology. Vol. I. New York City 1904.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 31 (od 31/VII do 6/VIII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 28, dz. 24; nieżywo: chł. —, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 21, kob. 22; zamiejscowych: męż. 14, kob. 6.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych —. 2) gruźlica: miej. 12, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. — ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 2. 8) odra: miej. 1, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 4, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —, 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 6, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 6, ob. —. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 5, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob —. **Razem** miej. 43, obcych 20.

Za redaktora odpowiedzialnego: **Prof. Dr. Stan. Ciechanowski.**

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr. **Jekels**, właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.

Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski**, docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).

Dr. **Witczak**, kierownik i właściciel Zakładu.

Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).

Dr. **Zanietowski Józef**, jun., lekarz zakł.

Kosów

lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski**, kierownik i właściciel.

Krynica.

Dr. **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens**, („pod Jeleniem“).
Dr. **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Kopff Leon**, lekarz c. k. Zakładu zdrojowego.
Dr. **Lewicki Stanisław**, asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.**, („pod Orłem“).

Maryówka pod Lwowem.

Dr. **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Ojców.

Dr. **Niedzielski St.**, dyrektor zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Daniłowski Br.**, asystent dyrektora.

Rabka.

Dr. **Lang**, lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz**, lekarz zakładowy.

Swoszowice.

Dr. **Cholewicz Franciszek.**

Szczawnica.

Dr. **Gorski Ksawery**, lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Hammerschlag Rudolf**, (dom „pod Attylą“).
Dr. **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu.
Dr. **Zuliński Edward**, (Willa „Alma“), (zimą w Meranie).

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski E.**, radca ces., lekarz zakł.
Dr. **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł

Zakopane.

Dr. **Majewicz Edmund**, Przecznica.

Żegiestów.

Dr. **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr. **Kümmerling**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr. **Feuerstein Leon**, („Hotel Continental“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr. **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakł.
Dr. **Wobr**, lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Franzensbad.

Dr. **Steinsberg**, („Goldener Brunnen“).
Dr. **Zeitner Józef**, (dom „Stadt Paris“).

Gleichenberg.

Dr. **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger“ IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.

(Kąpiele morskie i piaskowe.)
Dr. **Oransz M.**, (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.

Dr. **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr. **Kaufmann Oskar**, (Sprudelstrasse, „Pascha“).
Dr. **Kołaczkowski**, („Stadt Athen“).
Dr. **Kostecki**, (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz**, (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau“).
Dr. **Kropf Leon**, (Theatergasse, „Minerva“).
Dr. **Maleszewski Wł.**, (Alte Wiese, „Drei Staffeln“).

Kissingen.

Dr. **Chłapowski Franciszek**, radca sanitarny.
Dr. **Maciejewski J.**, (Villa „Elsa“).

Kołobrzeg.

Dr. **Weissenberg Józef**, (zimą *Nervi*).

Marienbad.

Dr. **Dobija Fr.**, (Kaiserstrasse, „Weisser Schwan“).
Dr. **Harajewicz Wład.**, (Villa „Wahnfried“).
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).
Dr. **Schermant J.**, (Villa „Apollo“).

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)

Dr. **Binder**, kier. i właściciel sanatoryum „Stefania“.

Nauheim.

Dr. **Jankowski Fr.**

Rok XLIII. Kraków 20 Sierpnia 1904. Nr. 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

W sprawie lasecznika Lislea i Julliena w kile[1]).

Podał
Dr. Z. Sowiński.

Z doniesienia Lislea i Julliena[2]) dowiedziano się, że udało się tym badaczom stwierdzić we krwi żylnej chorego na kiłę obecność ciała ziarnistego, okrągłego, mocno łamiącego światło i przesączającego się przez sączek Chamberlanda. Lecz ciała te ani w hodowlach, ani po zaszczepieniu na zwierzętach wyników dodatnich nie dały. Nie dziwiło to nas, powiadają Lisle i Jullien, ponieważ widzieliśmy doskonale, że krew chorych na kiłę po skrzepnięciu jest nieszkodliwą; przypomnieliśmy sobie o sławnem doświadczeniu Pellizzariego, o szczepieniu otrzymanej przez upust krwi trzem młodym ludziom, z których tylko pierwszy się zaraził, ponieważ dwom pozostałym wstrzyknięto krew już skrzepłą i ostudzoną. Fakty te autorowie objaśniają z punktu widzenia spółczesnej chemii biologicznej: w surowicy krwi po skrzepnięciu znaleziono aleksynę, ciało, posiadające nader energiczne własności bakteryobójcze. W ten sposób autorowie, chcąc uniknąć wystąpienia podobnej aleksyny, po raz pierwszy przeprowadzili swe doświadczenia nad plazmą i płynem otrzymanym za pomocą pryszczydeł, plazmą, w której można było stwierdzić brak aleksyny. Plazma, otrzymana w sposób powyższy, zawierała drobnoustrój, podobny do lasecznika, który autorowie uważają za drobnoustrój istotnie chorobotwórczy kiły.

Uważając ze swej strony, iż metoda podobna nie odpowiada w zupełności ścisłym wymaganiom wiedzy, oraz wychodząc z założenia, iż przez pozostawienie pryszczydła (*mouche de Milan)* na czas tak długi — 12 i więcej godzin —, wytwarzamy najdogodniejsze warunki dla dostawania się z zewnątrz drobnoustrojów do pęcherza wskutek z jednej strony rozciągnięcia naskórka, a z drugiej wskutek rozwoju sprawy zapalnej na danem miejscu, postanowiliśmy uprzednio poddać badaniu bakteryologicznemu dwa czynniki, wchodzące w zetknięcie z sobą: — skórę i pryszczydło.

Ponieważ za jałowość skóry w mniejszym lub większym stopniu ręczyć możemy, jeżeli dokładnie i parokrotnie wymyjemy pewną jej przestrzeń, poddamy ją następnie dłuższemu działaniu wyskoku sublimatowego, więc najpierw zwróciliśmy baczną uwagę naszą na pryszczydło. Przy tej sposobności nadmienimy, iż sami przytoczeni autorowie spostrzegli, że im słabsze było pryszczydło i im dłużej pozostawało na skórze, tem częściej mogli stwierdzić obecność swego drobnoustroju w powstałym pęcherzu.

Zaszczepiwszy pryszczydło przez pociągnięcie na agarze glicerynowym, udało mi się po upływie doby spostrzedz wzdłuż tych pociągnięć warstewkę wilgotną, podobną do śmietanki. Badana pod drobnowidem warstewka ta uwydatniła obecność laseczników krótkich, o końcach zaokrąglonych, lecz nie rozdętych; robiły one wrażenie dwubiegunowych; pośrodku lasecznika spostrzegałem niewielką przestrzeń, która zaledwie nieznacznie, a czasem wcale nie barwiła się, co mimowoli nasuwało podejrzenie, czy owe miejsca puste nie są zarodnikami. W celu wyświetlenia tej wątpliwości ogrzewałem jedno- i dwudobową hodowlę na agarze w łaźni wodnej w ciągu 15—20 minut przy ciepłocie 58—60° C., poczem robiłem przeszczepienia, ale wyniki otrzymałem ujemne. Wobec czego możliwe wątpliwości usunięte zostały.

Lasecznik, o którym mowa, barwi się zapomocą wszelkich używanych barwików; należy jednak unikać przegrzania preparatu nad płomieniem, — w tym bowiem przypadku lasecznik znacznie grubieje. Zalecić także należy użycie płynów utrwalających, jako to: mieszaniny eteru z wyskokiem absolutnym, roztworu kwasu osmowego lub mieszaniny nasyconego roztworu wodnego sublimatu z kwasem octowym. Metodą Grama lasecznika zabarwić nie można. Zasiany na bulionie lasecznik Lislea już w końcu pierwszej doby tworzy w nim męty, a po paru dniach (3—4—5) powstaje lekki obłoczek, który nie gęstnieje i nie niknie.

Żelatyna rozpuszcza się powoli (6—8 dni), a ukłucie nie daje w następstwie charakterystycznego lejka. Płyn w probówce jest mętny i zawiera płatki, ma odcień słabo zielonawy; żelatyna się nie barwi.

Pociągnięcia z hodowli na płytkach żelatynowych po upływie 3—5 dni występują wyraźnie jako kółka z szarawym odcieniem, ale niezupełnie prawidłowego kształtu, o nierównych brzegach. Takie wejrzenie posiadają hodowle. Co się zaś tyczy sprawy rozpuszczania, to i tutaj odznacza się ono powolnością w występowaniu tak, iż dopiero po 15—16 dniach cała żelatyna w miseczce staje się płynną.

Na surowicy zgęszczonej drobnoustrój ten rozwija się niepostrzeżenie i nie wywołuje jej rozpuszczania. Na podłożach z dodatkiem płynu puchlinowego *(ascites)* rozwija się obficie. Rozwój na kartoflu nie przedstawia nic cechującego. Drobnoustrój szczepiony na mleku nie ścina go, lecz na powierzchni tworzy tłustą warstwę, podobną do śmietany; odczyn — zasadowy.

[1]) Referat w »Ross. Tow. syfilidolog i dermatolog.« w Petersburgu d. 8 grudnia 1901 r.

[2]) Bullet. med. 1901 (ref. patrz »Russ. żurn. kożn. i wienier. bolieźń.« T. II. str. 74). Semaine méd. 1901 p. 220. — »Deutsch. med. Woch.« 1901.

Laseeznik posiada ruchy dowolne. Kolonie odznaczają się często, choć nie stale, przykrą wonią. Zamieranie laseeznika następuje w przybliżeniu około 25—30 dnia, lecz jeżeli w tym czasie przeprowadzić hodowlę przez ustrój zwierzęcy, to udaje się przywrócić ją do życia. Wszystkie podłoża posiadają odczyn zasadowy; ciepłotę termostatu utrzymywałem w granicach 37—38° C. Dr. Korowin doniósł o swoich spostrzeżeniach [3]), w których zastosował tę samą niedokładną metodę pryszczydeł, pozostawianych na chorych kiłowatych przez 12 i więcej godzin; znajdował on w powstałym pęcherzu drobnoustroje, w najdrobniejszych szczegółach zupełnie takie same, jak laseczniki Lislea i Julliena. Jak widać z wyżej przytoczonego opisu, znaleziony przezemnie w pryszczydle lasecznik w zupełności odpowiada cechom lasecznika Lislea i Julliena; różnica zaś dotyczy jedynie czasu, w jakim rozpuszcza żelatynę. Należy jednak wziąć pod uwagę, iż własności naszych odżywek znajdują się pod wpływem nader wielu czynników, jakoto: gatunku żelatyny, gatunku mięsa, możliwości przegrzania żelatyny, a stąd zmniejszonej łatwości stężenia i t. p.; wszystko to są czynniki, posiadające nader poważne wpływy. Wreszcie oprócz tych, dających się usunąć czynników, należy znać w każdym poszczególnym przypadku skład odsetkowy samej pożywki, jeśli chcemy określić początek rozpuszczania jej przez ten lub inny drobnoustrój. O tej ostatniej okoliczności nie wspominają Lisle i Jullien; stwierdzają jedynie fakt późnego rozpuszczania żelatyny, pozostawiając na uboczu pytanie co do składu odsetkowego żelatyny w odżywce, użytej do hodowli ich lasecznika. Być może, że użyte przez nich podłoże posiadało większy odsetek żelatyny; w takim razie oczywiście rozpuszczanie się jej będzie wogóle dla każdego lasecznika następowało później i przez to samo pozorne różnice znajdą zupełnie naukowe uzasadnienie.

Szczepienia zrobiłem z dwóch pryszczydeł, lecz lasecznik znalazłem tylko w jednem. Zaledwie pierwsze hodowle poddałem badaniu drobnowidowemu i spostrzegłem, iż niektóre cechy znalezionego przezemnie lasecznika odpowiadają charakterowi drobnoustroju, opisanego przez Lislea i Julliena, bezwłocznie zająłem się ścisłem badaniem jego własności morfo- i biologicznych i przekonałem się, że nawet pojedyncze stwierdzenie tego lasecznika w pryszczydle zupełnie wystarcza do upewnienia się w mojem przypuszczeniu. Jeżeli bowiem wspomniany drobnoustrój znajduje się w pryszczydle, użytem w celu wywołania pęcherza, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w podobnych warunkach może on przedostać się do pęcherza, gdzie znajdzie jak najdogodniejsze warunki dla swego rozwoju. Wszystko to jest w zupełnej zgodzie z ogólnemi cechami biologicznemi drobnoustrojów; z tego też powodu dalsze badanie bakteryologiczne pryszczydeł uważałem za zbyteczne.

Przypuśćmy, że udało mi się znaleźć lasecznik ten tylko dzięki szczęśliwemu zbiegowi okoliczności; może być, że nie w każdem pryszczydle znajdują się one, lecz dociekania tego rodzaju doprowadziłyby mnie do innego wręcz pytania — o odsetkowej zawartości lasecznika omawianego w pryszczydłach. Równie ciekawą sprawą byłoby przekonanie się, w jakim stosunku znajduje się lasecznik do pryszczydła: czy jest on naleciałością przypadkową, zjawiając się już jako przypadkowy jego mieszkaniec, czy też gnieździ się on w kiszkach majki (kantarydy) jak n. p. *bacterium coli* u człowieka? Oczywiście, tę stronę sprawy potrafiłyby wyświetlić odpowiednie badania bakteryologiczne samego owadu. Lecz pytania te mają jedynie wartość teoretyczną.

[3]) Posiedzenie Ross. Tow. syfilidol. i dermatol. dnia 3 listopada 1901 r. w Petersburgu.

Jednocześnie zajmowałem się i bakteryologicznem badaniem krwi chorych na kiłę tak w okresie drugim — wylęgania, jak i w czasie pierwotnej osutki; we wszystkich przypadkach badałem chorych, którym rtęć nie była nawet miejscowo stosowaną. Krew otrzymywałem bezpośrednio z żył zapomocą wyjałowionej strzykawki i natychmiast robiłem szczepienia na wszelakich podłożach: stałych i płynnych; robiłem preparaty drobnowidowe, używałem najróżniejszych sposobów barwienia i utrwalenia. Taksamo świeżo wziętą krew umieszczałem w woreczkach kolodyonowych i wszywałem je do jamy brzusznej królików i świnek morskich. Szczepienia ze wspomnianych woreczków robiłem w różnych odstępach czasu, przebytego w ustroju zwierzęcym. Pomimo tego wszystkiego na zasadzie badania więcej niż 20 przypadków własnych mogę twierdzić, że lasecznik taki, jaki znaleźli Lisle i Jullien w płynie pęcherzy (*serosité vésicatoire*), — we krwi chorych na kiłę świeżą i nieuleczonych, — wcale nie istnieje.

* * *

II. Z kliniki pedyatrycznej Prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O cytologicznem badaniu wysięków i przesięków.

Podał

Doc. Dr. Ksawery Lewkowicz.

(Dokończenie).

Cierpienia przebiegające z wzorem śródbłonkowym.

Endoteliozę mniej lub więcej czystą napotyka się z reguły podczas całego przebiegu w przesiękach na tle chorób sercowych lub nerkowych. (Widal i Ravaut 6. Widal, Sicard i Dopter 58). Winiarski (2) mówi jednak o limfocytozie w przesiękach opłucnowych i otrzewnowych. Podobnie Dopter i Tanton (30) znaleźli w jednym przypadku wysięku osierdziowego na tle zapalenia nerek limfocyty ze znaczną przymieszką ciałek wielojądrzastych. Ci sami autorowie stwierdzili w jednym przypadku puchliny brzusznej na tle marskości wątroby wzór wielojądrzasty. Zwykle przy marskości wątroby wyskokowej w płynie jamy brzusznej stwierdza się śródbłonki i nieco limfocytów (Grenet i Vitry 84).

Przy samoistnej puchlinie pochewki jądra można znaleźć wzór śródbłonkowy, lub też wynik jest ujemny (Widal i Ravaut 12). Podobne wyniki mieli Dopter i Tanton (30), w jednym jednak przypadku limfocytozę.

Nowotwory złośliwe błon surowiczych sprowadzają wytworzenie płynów z wzorem z reguły śródbłonkowym mniej lub więcej czystym. Winiarski (2) pisze: „W przypadkach wysięków (otrzewnej), polegających na tle nowotworowem, stale znajdowałem dosyć znaczną ilość śródbłonków, co się zaś tyczy leukocytów, to otrzymałem wyniki

różne; niekiedy przeważała ilość limfocytów, innym razem leukocytów neutrofilowych". Rzeczywiście nowotwory, o ile sprowadzają tylko mechaniczne drażnienie, dają wzór śródbłonkowy; o ile zaś przyłączy się, lub przeważy podrażnienie zapalne, wzór może mieć znaczną przymieszkę ciałek białych, lub przejść zupełnie w limfocytowy, względnie wielojądrzasty. Czysty wzór śródbłonkowy otrzymywali Widal i Ravaut (6), podobnie Grenet i Vitry (84). Ten wzór uważał też Widal (38) za cechujący tak, że inne wzory, n. p. wielojądrzasty, uważał za objaw zakażenia wtórorzędnego. Tymczasem wzór ten przy nowotworach nie jest wcale rzadki. Znajdowali go Korczyński i Wernicki (1) Milian (53) obok znacznej przymieszki ciałek krwi, wreszcie Gombault i Halbron (82) w przypadku glejaka mózgu. W tym ostatnim przypadku zakażenie wtórne było chyba wykluczone. Dość często znajdujemy także przy nowotworach wzór limfocytowy (Grenet i Vitry 84, Boidin 101, przypadek lymphoadenoma mediastini) i krwotoczny (Labbé, Delille i Aiguinet 52, Milian 53). Co do opon znane są dwa przypadki guzów z wzorem limfocytowym (Achard i Laubry 26, Dufour 98), a pierwszy z nich jest nawet tem ciekawy, że ze względu na obraz cytologiczny wzięto go za zapalenie gruźlicze opon. Przy nowotworach napotykamy wreszcie czasem przymieszkę rozmaicie wyglądających komórek nowotworowych (Labbé, Delille i Aiguinet 52, Larrier 76, Grenet i Vitry 84).

Przy dobrotliwym torbielaku jajnika znaleźli Grenet i Vitry (84) płatki śródbłonkowe i nieco limfocytów.

Jeden przypadek wzoru śródbłonkowego mieli Widal i Lemierre (92) w zapaleniu opłucnej durowem.

Obecność śródbłonków, mianowicie w płatkach, jest ważną, choćby była znaczna przymieszka limfocytów, gdyż n. p. u chorego sercowego przemawiać to ma przeciw tłu gruźliczemu (Dopter i Tanton 30, Widal i Ravaut 33 Ravaut 41).

Płyny o wzorze jednojądrzastym.

Mononukleozę spotyka się rzadko i niezawsze można ją odgraniczyć od wzoru śródbłonkowego. Laignel-Lavastine (24) widzieli ją w jednym przypadku porażenia postępowego; Widal i Lemierre (65) w nerwobolach w 4 lata po zapaleniu nagminnem opon; Variot (79) w przypadku ozdrowienia po tem cierpieniu. Według Jarvisa (96), znajduje się ją przy śpiączce murzynów, polegającej, jak wiadomo, na obecności we krwi i płynie mózgowordzeniowym swoistego pasorzyta zwierzęcego: trypanosoma gambiense.

Erytrocytoza.

Erytrocytoza płynu mózgowordzeniowego zdarza się przy krwotokach do opon, lub w bezpośrednie ich sąsiedztwo. Trzeba jednak wykluczyć krwotok z obrażenia jakiegoś naczynia przy samem nakłuciu, co jest zwykle trudnem. Także i próba trzech rurek Tuffiera (40) nie jest zupełnie pewna. O wiele pewniejszym znakiem krwotoku jest występujące po pewnym czasie zabarwienie bursztynowo-żółte płynu, spostrzegane najpierw przez Barda (29), zdarzające się jednak także w zapaleniach i żółtaczce, a mające pochodzić od luteiny. Cytologicznie po wessaniu krwi wystąpiła w przypadku Widala (78) polinukleoza w 9-tym dniu, a potem limfocytoza w 13-tym dniu. W innych razach polinukleozy nie da się uchwycić, czy też ona się nie rozwija (Chauffard, Froin i Boidin 81, Chauffard i Froin 90). Cechującem dla poprzedzającego krwotoku może być stwierdzenie komórek śródbłonkowych, jako makrofagów, obejmujących ciałka czerwone krwi (Sabrazès i Muratel 83, 92).

Erytrocytozę stwierdza się często w cierpieniach stawów na tle wiądu rdzenia (Dufour 34).

Zapalenia opłucnej durowe mogą być krwotoczne. Stwierdza się wtedy względną obfitość wielkich ciałek jednojądrzastych (Widal i Ravaut 6).

Pochodzenie składników komórkowych.

Ciałka wielojądrzaste neutrofilne i eozynofilne pochodzą niewątpliwie z krwi i dostają się do płynów patologicznych, przepacając się przez ściany naczyniowe, jak to stwierdziły klasyczne doświadczenia Cohnheima. To samo można powiedzieć i o ciałkach krwi czerwonych. Co do limfocytów sprawa ta nie jest już tak jasną. To pewna, że limfocyty wysięków są w przeważnej liczbie identyczne z limfocytami małymi krwi. Twierdzenie Patelli (42), że to są jądra, powstałe po rozpadzie śródbłonków, nie da się utrzymać wobec typowej budowy tych tworów. Jednak, mianowicie w starszych wysiękach, trudności odróżnienia limfocytów od zmienionych jąder śródbłonków lub odłamków jąder ciałek wielojądrzastych mogą być wielkie (Wolff 8, 45). W jaki sposób limfocyty wędrują, czy do wysięków dostają się wprost z naczyń (Anglade i Chocreaux 27), czy z pochewki okołonaczyniowej (Widal i Lemierre 56), lub bujają w samej błonie surowiczej, trudno rozstrzygnąć. Wobec tego jednak, że w ostatnich czasach autorowie dowodzą, iż limfocyty mają ruchy czynne, że przy oglądaniu ich w komorze ogrzanej z nieruchomych przechodzą w ruchome (Jolly 54, Maurel 44), prawdopodobnem jest przedostawanie się czynne limfocytów do ognisk zapalnych, choć niewątpliwie bez porównania wolniejsze, niż odpowiednie przedostawanie się ciałek wielojądrzastych.

Śródbłonki identyczne co do istoty z komórkami tkanki łącznej pochodzą z powierzchni błony surowiczej. W stanie pierwotnym nieczynnym pozostają one w płynach aseptycznych. W pewnych wysiękach septycznych, n. p. w wysięku pneumokokowym, gośćcowym, występują one czynnie jako makrofagi, pochłaniając ciałka wielojądrzaste, ciałka czerwone krwi i wtedy zaciera się różnica z wielkiemi, jednojądrzastemi komórkami krwi (Widal, Ravaut i Dopter 58). Podobnie mogą się one zachowywać, jak to widzieliśmy, po krwotokach.

Zapatrywania.

Wydawało mi się korzystnem odłożenie na koniec omówienia zapatrywań autorów co do wniosków, do jakich uprawniają dane cytologiczne, a to dlatego, żeby módz przy omawianiu korzystać z nagromadzonego materyału przedmiotowego.

Korczyński i Wernicki (1) uważali wzór limfocytowy bez względu na obecność lub nieobecność drobnoustrojów za cechę właściwych surowiczych wypocin zapalnych. Sądzili oni, że w tych przypadkach należy korzystniej rokować, aniżeli przy wzorze wielojądrzastym. Wobec tego

że, jak obecnie wiemy, takie surowicze wysięki opłucnej i otrzewnej mają z reguły tło gruźlicze, lub przy innem tle łączyć się mogą z ciężkim stanem posoczniczym, na wniosek ten trudno się zgodzić bez zastrzeżeń. Przy zapaleniu opłucnej np. korzystniejszem będzie zapalenie pneumokokowe z wzorem wielojądrzastym, choćby nawet przyszło następnie do zropienia wysięku, aniżeli zapalenie na tle gruźliczem z wzorem limfocytowym. W zapaleniu opon zapalenie meningokokowe, choć często prowadzi do ropnego wysięku, jest korzystniejsze od bezwarunkowo śmiertelnego gruźliczego, które jednak ma wzór limfocytowy. Wypociny z wzorem wielojądrzastym mają według Korczyńskiego i Wernickiego „albo dążność do przejścia w dalszym ciągu w ropienie, albo też są przyrody rakowej“. W drugim przypadku wypocina często ma być podobną do mlecza i zawiera znaczną przymieszkę mniej lub więcej zmienionych, występujących częściowo w płatkach śródbłonków (wzór zatem mieszany). Wzór więc wielojądrzasty czysty byłby objawem, że wypocina o wejrzeniu surowiczem ma przejść w ropną. I ten wniosek nie zgadza się ze stwierdzonymi faktami. Tak często przecież w zapaleniach meningokokowych, pneumokokowych, wywołanych środkami chemicznymi, nie przychodzi mimo wzoru wielojądrzastego do zropienia wypociny.

Widal i Ravaut (6) na podstawie swoich spostrzeżeń doszli do wniosku, że każde cierpienie ma stały wzór cytologiczny, dający się wprost zużytkować do rozpoznania. I tak zdawało im się, że stały niezmienny wzór mają wysięki gruźlicze, pneumokokowe, durowe, przesięki chorych sercowych, lub nerkowych. Widal (38) w odpowiedzi na mój artykuł (35) wystąpił też ostro przeciw twierdzeniu, że tylko wysięki prawdziwie surowicze mają wzór limfocytowy.

„*Il est clair, que si tous les épanchements purement séreux et devant rester tels présentaient tous, qu'elle que soit leur nature, la même formule cellulaire, le cytodiagnostic n'existerait pas. Cette méthode, que j'ai proposée avec M. Ravaut pour l'étude des épanchements séreux est basée précisement sur ce fait, que la formule cellulaire varie suivant la nature d'une pleurésie séro-fibrineuse.*“

Tymczasem, jak o tem świadczy wymownie powyższe zestawienie, od reguł cytodyagnostycznych, podanych przez Widala, tyle się już nazbierało wyjątków, że twierdzenie, jakoby wzór zależał jedynie od przyrody zapalenia, musi upaść. Dlatego i cytodyagnostyka w zrozumieniu Widala traci podstawę bytu. To też nie używam tego wyrażenia, a mówię tylko o cytologii płynów.

Concetti (60) wystąpił z twierdzeniem, że wzór wielojądrzasty występuje w tych wysiękach, w których można wykazać w płynie badanym drobnoustroje, n. p. ropne lub gruźlicze. W innych przypadkach miałby być wzór limfocytowy. I to zapatrywanie nie da się utrzymać. Można napotkać przypadki zapalenia gruźliczego opon z prątkami, dającymi się stwierdzić drobnowidowo (10), przypadki zapalenia gronkowcowego opłucnej i t. p. z wzorem limfocytowym i przeciwnie zapalenia kiłowe, wściekliznowe opon z wzorem wielojądrzastym, a bez drobnoustrojów, dających się stwierdzić mikroskopowo lub hodowlami.

Także zapatrywanie Briona (86), że limfocytoza jest objawem zapalenia przewlekłego, a polinukleoza ostrego, zbyt ma wiele wyjątków. Wystarczy przytoczyć limfocytozę przy półpaścu, przy doświadczalnem zapaleniu opłucnej, wywołanem jadem błoniczym, w moim przypadku gronkowcowego zapalenia opłucnej, polinukleozę zaś w pewnych przypadkach porażenia postępującego i zapaleń gruźliczych.

To też sądzę i obecnie, że jedynem dopuszczalnem stanowiskiem jest zajęte przezemnie w moich poprzednich doniesieniach (48) stanowisko, zgodne z dawno przyjętemi zapatrywaniami anatomopatologów i niczego nie przesądzające. Chodzi o uznanie, do pewnego stopnia dowolne, że zapalenie, w którem powstaje wysięk ze wzorem wielojądrzastym, należy uważać bez wyjątku za ropienie, wysięk bowiem tylko ilością surowicy różni się od ropy. Właściwe surowicze wysięki miałyby w takim razie zawsze wzór limfocytowy i tylko w razie stwierdzenia tego wzoru bylibyśmy w prawie mówić o zapaleniu surowiczem.

Stwierdzenie obecności ropienia nie uprawnia, jak widzieliśmy, do wniosku prognostycznego, że wypocina, jeżeli dotychczas ma wejrzenie surowicze, ulegnie zropieniu, sprawa bowiem może się na każdym stopniu zatrzymać, lub zacząć cofać.

Ropienie, czyli gromadzenie się w ognisku zapalnem ciałek wielojądrzastych, polega według obecnych pojęć na tem, że czynnik, wywołujący zapalenie (lub zmiany, jakie tenże wywołał w tkance), wywiera zapomocą wchodzących w roztwór ciał chemicznych na wielojądrzaste ciałka krwi, obdarzone czynnymi ruchami amebowatymi, wpływ przyciągający, czyli, jak się wyrażamy, chemotaktycznie dodatni. W przeciwnym razie, przy chemotaksie ujemnej, ropienie powstać nie może i powstaje zapalenie surowicze. Przyjście do skutku ropienia zależy zatem od wzajemnego stosunku dwóch czynników, z jednej strony od zachowania się czynnika wywołującego zapalenie, z drugiej strony od oddziaływania na jego wpływy ciałek wielojądrzastych. Oba te czynniki przy tej samej przyrodzie zapalenia są zmienne, tem samem i wzór cytologiczny nie może być zawsze równy. Jeżeli weźmiemy za przykład jeden z drobnoustrojów ropotwórczych: gronkowca, to ten w zwykłych warunkach wywoła ropienie; w stanie jednak jadowitszym, albo w ustroju wyjątkowo mało odpornym, może wywierać na ciałka krwi wielojądrzaste wpływ odpychający. Powstaje zapalenie surowicze, jednak z ciężkiem posoczniczem schorzeniem całego ustroju, jak to miało miejsce w opisanym przezemnie przypadku zapalenia opłucnej (10, 48). Ale i poszczególne ciałka białe okazują niewątpliwie indywidualne różnice w zachowaniu się względem tychsamych jadów. I tak w jednym przypadku zapalenia gruźliczego opon na samym początku choroby, na 18 dni przed śmiercią, znalazłem w płynie mózgowordzeniowym limfocyty ze znaczną przymieszką ciałek wielojądrzastych (64·5 : 35·5). Poszukiwanie prątków gruźliczych wykazało w całym preparacie tylko dwa prątki gruźlicze wolne, a jedno ciałko wielojądrzaste, nadziane wprost prątkami gruźliczymi w liczbie około 25, — inne ciałka niezakażone. Musimy przyjąć, że prątki gruźlicze właśnie na to ciałko musiały wywierać wpływ chemotaktyczny dodatni, szczególniej potężny, a ciałko musiało mieć zdolność fagocytarną szczególnie rozwiniętą, jeżeli mogło zebrać z płynu ubogiego w prątki ilość tak pokaźną.

Wzór ropny widzimy jednak nietylko w sprawach, wywołanych przez drobnoustroje. Można go stwierdzić w chemicznem podrażnieniu błony surowiczej, albo skutkiem wpływu chemotaktycznego środka chemicznego na

ciałka białe, albo skutkiem zmian, które środek sprowadził w tkankach dotkniętych. Polinukleozę przy udarze upalnym należy tłómaczyć zmianami, wywołanemi w tkankach przez krążące jady. Zmiany nekrobiotyczne w ogniskach gruźliczych, kiłowych, zatorowych, w szybko rosnących nowotworach są, zdaje się, same przez się w stanie sprowadzić ropienie w obwodzie i zapalenie z wzorem wielojądrzastym dotkniętej błony surowiczej. Podobnie zachowują się zmiany, wywołane w tkance promieniami Roentgena, lub w wyższym jeszcze stopniu, promieniami słonecznymi po uczuleniu tkanki erytrozyną (Neisser i Halberstaedter 100)

Ciałka białe wielojądrzaste są w pojęciu Miecznikowa mikrofagami, a ich przeznaczeniem jest usuwanie drobnoustrojów, które wtargnęły do ustroju, lub co najwyżej szczątków, powstałych po rozpadzie komórek. Usuwanie całych składników komórkowych, np. ciałek krwi, ciałek ropnych, jest zadaniem makrofagów; jako takie funkcyonują śródbłonki, względnie wielkie jednojądrzaste ciałka krwi. Toteż łatwe do zrozumienia jest ich pojawianie się po krwotokach i przy lub po pewnych zapaleniach.

Znaczenie wzorów.

Endotelioza oznacza (co do tego nie ma różnic w zapatrywaniach) odczyn na podrażnienie mechaniczne (przesięki u chorych sercowych, nerkowych; podrażnienie mechaniczne przez wzrost nowotworu, przez czynniki urazowe).

Mononukleoza wskazywałaby, że w błonie surowiczej znachodziły się składniki komórkowe, w danych warunkach obce, np. ciałka czerwone, ciałka ropne, których na drodze makrofagocytozy ustrój starał się pozbyć.

Erytrocytoza oznacza sprawy krwotoczne: albo krwotoki skutkiem przerwania naczynia, albo (wzór mieszany z następnymi) przepacanie się ciałek skutkiem zmian zapalnych w ścianach.

Limfocytoza i polinukleoza oznaczają sprawy zapalne, pierwsza surowiczą, druga ropną. Wzór limfocytowy możnaby nazwać wzorem surowiczym, wielojądrzasty — ropnym

Wartość badania cytologicznego.

Badanie cytologiczne pozwala nam wglądnąć w jakość sprawy, która się toczy na błonie surowiczej, drogą pewnego rodzaju biopsyi, t. j. przeprowadzonej za życia częściowej autopsyi komórek. Przedewszystkiem pozwala ono niejednokrotnie rozstrzygnąć, czy w błonie surowiczej toczy się wogóle jaka sprawa chorobowa. To może być n. p. wyzyskanem — obok innych szczegółów badania płynu mózgowordzeniowego — dla wykazania obecności ostrych zapaleń mózgowordzeniowych, w odróżnieniu od zbioru objawów mózgowych, towarzyszącego chorobom zakaźnym ostrym, dla wykazania zapalenia gruźliczego w odróżnieniu od zaburzeń kiszkowych z zatruciem i objawami mózgowymi, dla wykazania wiądu rdzenia, lub porażenia postępującego w odróżnieniu od nerwic i t. d.

Ze wzoru jednak cytologicznego, względnie z toczącej się sprawy patologicznej, którą w ten sposób stwierdzamy, lub kombinacyi takich spraw, niepodobna wyprowadzać wniosków bezwzględnie obowiązujących, ani dla rokowania, ani dla rozpoznania przyrody etyologicznej cierpienia. Przy tym samym czynniku wywołującym, sprawa może się w dalszym przebiegu zmienić: ropienie może przejść w zapalenie surowicze, n. p. w zapaleniu meningokokowem, lub przeciwnie, zapalenie surowicze w ropne, jak to spostrzega się czasem w gruźlicy. Ten sam czynnik chorobowy może też, działając w różnem natężeniu, lub w różnych warunkach, wywołać sprawy patologiczne różne, raz ropienie, drugi raz zapalenie surowicze (gruźlica, kiła, stafilokok, pneumokok); raz mechaniczne podrażnienie, drugi raz zapalenie surowicze, lub nawet zapalenie ropne (złośliwe nowotwory).

Mimo to doświadczenie uczy, że pewne czynniki przecież najczęściej wywołują przedewszystkiem pewnego rodzaju sprawy patologiczne. Jeżeli się przytem zważy, że n. p. przy limfocytozie opłucnowej lub otrzewnowej sprawa w ogromnej większości przypadków polega na tle gruźliczem (podobnie co do opon, jeżeli się wykluczy sprawy kiłowe), a inne przyczyny, zdolne do wywołania zapalenia surowiczego, liczbowo schodzą na plan dalszy, to stwierdzeniu wzoru limfocytowego nie można odmówić znaczenia rozpoznawczego, jako środkowi pomocniczemu. Jednak nie wyklucza on z zupełną stanowczością innych spraw, n. p. przesiękowych, spraw zapalnych na tle zakażenia pneumokokowego, gronkowcowego, grypowego, a nie wyklucza nawet i tła nowotworowego. W zapaleniu opon mózgowordzeniowych będzie wzór ten przemawiał także za sprawą gruźliczą, lub w innych warunkach kiłową. Wzór wielojądrzasty jednakże wcale tych spraw nie wyklucza i może tylko wtedy znowu wskazywać na obecność rozleglejszych ognisk gruźliczych, lub kilakowych ze zmianami martwinowemi. Przymieszka śródbłonków, a szczególniej płatków śródbłonkowych, ma przemawiać przeciw sprawie gruźliczej.

Wzór wielojądrzasty przemawia w każdym razie raczej za sprawami, wywołanemi drobnoustrojami ropotwórczymi, lub do nich zbliżonymi (gronkowiec, pneumokok, gonokok, prątek durowy), za zapaleniem gośćcowem, wścieklizną, udarem upalnym. Zdarzyć się on może i przy nonowotworach. W przypadkach przesięku może przemawiać za zawałem w płucu. Pewne szczegóły drugorzędne wskazywałyby na pewną ściślej oznaczoną przyrodę. I tak obecność śródbłonków jako makrofagów wskazywałaby na zapalenie pneumokokowe, lub gośćcowe.

Wnioski, wyprowadzone z badania cytologicznego, posiadają więc dla rozpoznania przyrody cierpienia w różnych warunkach wartość różną, ale zawsze tylko względną. Dlatego obok tego badania należy wyczerpać wszystkie inne dostępne sposoby zbadania płynu otrzymanego, aby skupić o ile możności najobfitszy i najbardziej wszechstronny materyał, na którym się mamy oprzeć przy rozpoznaniu, a to tembardziej, że niektóre z tych sposobów, n. p. badanie bakteryologiczne, mogą dać wyniki wprost rozstrzygające. W przypadkach, gdy badanie bakteryologiczne może szybko doprowadzić do wyniku dodatniego, nikt nie będzie się opierał jedynie na wzorze cytologicznym dla rozpoznania przyrody cierpienia. Cytologia wchodzi w swe prawa tam, gdzie badanie bakteryologiczne nie daje żadnego wyniku, lub gdzie na wynik trzeba czekać długo, jak n. p. przy szczepieniu płynu śwince morskiej dla stwierdzenia gruźlicy, cytologia bowiem ma tę zaletę, że daje wyniki natychmiastowe. W każdym razie, nawet wtedy, gdy nie daje wyjaśnienia co do przyrody cierpienia, będzie ona miała dla klinicysty

wartość już przez to samo, że może posłużyć do ścisłego stwierdzenia jakości sprawy, toczącej się w zajętej błonie surowiczej.

Piśmiennictwo (chronologicznie): 1. Przegląd lekar. 1896. Nr. 17 i 18. — 2. Kronika lek. 1896. Nr. 12 i Referat w Virchow Hirsch. Jahresbericht 1896. — 3 Archives of Pediatrics 1896 przytocz. Bernheim i Moser (4). — 4 Wien. klin. Wochenschrift 1897, str. 468. — 5. Jahrbuch f. Kinderh. 1899. Bd 49. S. 274. — 6. Biol. 30. VI. 1900. — 7. XIII Congrès internat. de médicin. Paris 6. VIII. 1900. — 8. Ztsch. f. klin Medizin 1900. Bd. 42. S. 390. — 9. Biol. 13. X. 1900 i La Presse med. 1900. II. S. 123. — 10. Towarzystwo lek. krak. 7. XI. 1900, tosamo: Przegl. lekar. 1900. Nr. 48—52, tosamo: Jahrb. f Kinderh. 1902. Bd 55 S. 266. — 11 Hôp. 7. XII 1900. — 12. Biol. 22. XII 1900. — 13. Biol 5. I. 1901. — 14. Hôp. 18. I. 1901. — 15. Biol. 16. II. 1901. — 16. Hôp. 15. III 1901 — 17. Biol. 23 III. 1901 — 18. La Presse méd. 1901. I. S 190. — 19. Hôp. 29. III 1901. — 20. Hôp. 19. IV. 1901 — 21. Hôp. 3. V. 1901 — 22. Hôp. 24 V 1901 — 23. Hôp. 7. VI. 1901. — 24. Hôp. 21. VI. 1901. — 25. Biol. 22. VI. 1901. — 26 Hôp. 28. VI 1901. — 27. Neurol. 4. VII. 1901. — 28. Hôp. 5. VII. 1901. — 29. Biol. 6. VII. 1901. — 30. Hôp. 12 VII. 1901 — 31. Hôp. 20. VII. 1901. — 32. Hôp 26. VII. 1901. — 33 Congrès britanique de la tuberculose. Ref. w La Presse méd. 1901. Nr. 69. — 34 Hôp. 11. VIII. 1901. — 35. La Presse méd. 1901. Nr. 66. — 36. Berlin. klin. Woch. 1901 Nr. 34. — 37. Arch. génér. de médecine IX. 1901. Ref. La semaine méd. 1901. Nr. 46. — 38. La Presse méd. 1901. Nr. 80. — 39. Dtsch. med. Woch 1901 Nr. 43 — 40. Chirurg. 4. XII. 1901. — 41. Thèse. Paris 1901. Ref La Presse med. 1902. Nr. 30. — 42 Deutsch. med. Woch 1902. — 43. Biol. 11. I 1902. — 44. Hôp. 17. I. 1902. — 45. Berl. kl. Woch. 1902. S. 115. — 46. Münch. med. Woch. 1902. S. 226. — 47. Hôp. 14. II. 1902. — 48. Pédiatrie II. 1002. — 49. Hôp 21. II. 1902. — 50. Pédiatr. 15. IV 1902. — 51. Biol. 10. V. 1902. — 52 Anatom. 23 V. 1902 — 53. Anatom. 30. V. 1902. — 54. Biol. 7. VI 1902. — 55. Biol. 21. VI. 1902. — 56. Hôp. 4. VII. 1902. — 57. Biol. 5. VII. 1902. — 58. Biol 19. VII. 1902 — 59. Arch. génér. de médecine VIII. 1902. — 60. Riforma med 1902. Nr. 13. Ref. Revue mens. des maladie de l'enfance 1903. I. — 61. Hôp. 21. XI. 1902. — 62. Hôp. 28. XI. 1902. — 63. Thèse Paris 1902. Ref. La Presse méd. 1902 Nr. 98 — 64. Hôp. 5. XII. 1902 — 65. Hôp. 26. XII. 1902. — 66. La Presse méd. 1902. S. 1179. — 67 Le liquide céph. rach. Paris 1902. Ref. La Presse méd. 1903. Nr. 1. — 68. Hôp. 9. I. 1903. — 69. Biol. 10. I. 1903. — 70. Neurol. 5 II. 1903. — 71. Neurol. 5. III. 1903. — 72. Revue mens. des mal. de l'enfance 1903. III — 73. Neurol. 2. IV. 1903. — 74. Revue mens. des mal. de l'enf. 1903. IV. — 75. Dermat. 20. IV. 1903. — 76. Anatom. 8. V. 1903. — 77 Hôp. 15. V. 1903. — 78. La Presse médicale 1903. Nr. 44. — 79. La Presse médic. 1903. Nr. 46. — 80. Hôp. 12 VI. 1903. — 81. La Presse méd. 1903. Nr. 50 — 82 Neurol. 2. VII. 1903. — 83. Biol. 4. VII. 1903. — 84. Biol. 11. VII. 1903. — 85. Revue mens. des mal. de l'enfance 1903. VIII — 86. Centralbl. f. allg. Pathol u. path. Anat. 1903 Nr. 15. — 87. Thèse. Paris 1903. Ref. La Presse méd. 1903. Nr. 80 — 88. Hôp. 9. X. 1903. — 89. Hôp. 16. X. 1903. — 90. Hôp. 23 X. 1903. — 91 Biol. 7. XI. 1903. — 92. Biol. 21. XI. 1903. — 93 Przegl. lek. 1903. Nr. 48. — 94. Neurol. 3. XII. 1903. — 95. Hôp. 4. XII. 1903. — 96. La Presse méd. 1903. Nr. 101. — 97. Verein f. klin. Medizin (Berlin). 21. XII. 1903. — 98 Neurol. 7. I. 1904. — 99. Anatom 12. II 1904. — 100. Deutsch. med. Woch. 1904. Nr. 8. — 101. Hôp. 11. III. 1904. — 102. Hôp. 15. IV 1904. — 103. Biol. 23. IV. 1904. — 104. Neurol. 5. V. 1904. — 105. Hôp. 6. V. 1904.

Skrócenia:

Biol.: Société de Biologie.
Hôp.: Société médicale des Hôpitaux de Paris.
Neurol.: Société de Neurologie.
Pédiatr.: Société de Pédiatrie de Paris.
Anatom: Société anatomique.
Dermat.: Société française de dermatologie et de syphiligrafie.

Sprawozdania we własnych biuletynach, albo w La Presse médicale.

III. Wyciągi.

Rozprawy nad wykładem Prof. Jacoba „O wlewaniach płucnych" w Towarzystwie medycyny wewnętrznej w Berlinie. *(Deutsche mediz. Wochenschrift* 1904 Nr. 31 i 32). Nad głośnym odczytem prof. Jacoba o wlewaniach płucnych (Sprawozdanie w „Przeglądzie lekarskim" Nr. 32) rozwinęły się na posiedzeniu towarzystwa medycyny wewnętrznej w Berlinie w d. 4 lipca b. r. bardzo obszerne rozprawy, które na całą tę sprawę rzuciły zgoła odmienne światło i które są koniecznem uzupełnieniem pracy Jacoba; dlatego też należy rozprawy te bodaj w części streścić. Pierwszy zabrał głos w rozprawach Oestreich. Zapytał on mianowicie prelegenta, czy też ma oprócz wymienionych krótko przypadków wyleczenia gruźlicy u ludzi także przypadki, które śmiertelnie się skończyły i były sekcyonowane, by z tego można nabrać wyobrażenia o zmianach, zaszłych w płucach u suchotników, leczonych zapomocą wlewań. Oestreich występuje też przeciw twierdzeniu, jakoby tkanka granulacyjna i wytwarzanie się tkanki łącznej naokoło ognisk gruźliczych były wyłącznie wynikiem tego sposobu leczenia. Takie zmiany mogą powstać także i samoistnie; wogóle znaną jest rzeczą, że sprawa gruźlicza przebiegać może pod tak rozmaitemi postaciami, że trudno orzec, co należy położyć na karb leczenia.

Krytykę rzeczową, przytem wprost druzgocącą, wypowiedział prosektor Westenhoeffer. Przypomniał on, że już Schüller w r. 1877 wlewał większe ilości płynów królikom do oskrzeli bez żadnej szkody. Wspominając o spostrzeżeniach Bongerta, że tuberkulina działa zabójczo na prątki gruźlicze, przyznaje W. wprawdzie, że fakt ten nawet Kochowi nie był znany, nie jest jednak wyłączonem, że gliceryna zawarta w tuberkulinie (do 50%), niemało przyczynia się do tego wyniku. Co do wyboru materyału do doświadczeń przedwstępnych, to zdaniem W., krowy najmniej może do tego celu się nadają. U nich bowiem gruźlica przebiega bardzo powoli i łatwo samoistnie się leczy przez wytwarzanie się tkanki łącznej lub zwapnienie, który to fakt, znany już Virchowowi, właśnie skłonił Virchowa do ścisłego odróżnienia gruźlicy ludzkiej od zwierzęcej. Co się zaś tyczy samych wyników leczenia wlewaniami do płuc, to jeszcze pytanie, czy wlewań tych niemożnaby zastąpić przez wstrzyknięcie podskórne, nikt bowiem tego dotychczas nie próbował. — Sekcya krów nie wykazała nigdzie wstrzymania się sprawy gruźliczej, owszem protokoły sekcyjne mówią nawet o rozsianej gruźlicy prosówkowej świeżej i o świeżych ogniskach zapalnych.

Stosowanie tuberkuliny do wlewań płucnych celem ustalenia rozpoznania miejscowego, na co Jacob szczególną zwraca uwagę, nie jest także rzeczą nową. Takie samo wyniki otrzymali dawniej Kapralik i Schrötter, stosując tylko wziewanie tuberkuliny.

W. zarzuca wprost Jacobowi, że wcale nie wspomniał o jednym śmiertelnym przypadku gruźlicy, leczonym wlewaniami. U chorej tej, 24-letniej dziewczyny, wykonano 6 wlewań płucnych, a ostatnie trzy przez umyślnie w tym celu założoną ranę tracheotomijną. Tracheotomia ta nie była wskazaną, gdyż nie było żadnych zmian w krtani. Protokół sekcyjny opisuje następujące zmiany w płucach: mniejsze i większe jamy w płatach górnych, w całych prawie płucach jednostajne zwątrobienie serowate i liczne świeże ogniska zapalne. Ten wynik wlewań tuberkuliny wprost do płuc przypomina najzupełniej obrazy sekcyjne płuc w czasie, gdy stosowano tuberkulinę na wielką skalę podskórnie (w r. 1891). Zauważono bowiem wówczas w płucach powstawanie mnogich ognisk nieżytowych zapalnych, które jednakże później ulegały zserowaceniu i rozmiękały, a Virchow wówczas radził stosować tuberkulinę u tych tylko osobników, które mają dość siły, aby te ogniska rozmiękające, powstałe jako odczyn na wstrzyknięcie tuberkuliny zupełnie wykrztusić, inaczej bowiem ogniska takie przyczyniają się tylko do dalszego mnożenia się ognisk gruźliczych. Otóż Jacob, wiedząc o tym szkodliwym wpływie tuberkuliny, wstrzykiwanej podskórnie, nie powinien był używać jej do wlewań, które działając wprost na miąższ płucny, większe jeszcze muszą sprawiać szkody i to uważa W. za najcięższy zarzut, jaki można uczynić doświadczeniom Jacoba.

Litten wziął udział w rozprawach głównie ze stanowiska klinicznego. Przedewszystkiem udowadnia L., że ilość 30 gr., wlewanych do płuc, jest za małą, aby mogła istotnie zadziałać na tak wielki obszar, jaki płuca stanowią. Litten zarzuca Jacobowi, że nie wykonywał przy doświadczeniach na krowach równocześnie doświadczeń porównawczych, w którychby tylko wstrzykiwał tuberkulinę podskórnie. Dobrym wynikom, otrzymanym wrzekomo u ludzi zapomocą wlewań, nie dziwi się L. wcale. Jeżeli bowiem chorym, którzy zimę przebyli wśród bardzo złych warunków życiowych, damy na wiosnę i świeże powietrze i dobre pożywienie, to wówczas napewno stwierdzimy przyrost wagi ciała i lepsze ich wyglądanie. Wyrok ostateczny moglibyśmy wydać dopiero wtedy, gdybyśmy zobaczyli chorych tych po roku i stwierdzili, że to polepszenie zdrowia trwa i nadal. Przy końcu podnosi Litten, że wziewania oddają te same usługi, co wlewania.

Przeciw używaniu osobnych cewników do wlewań występuje Klemperer. Twierdzi on, że zwykłą strzykawką krtaniową można wlać i większe ilości do płuc, a na dowód tego przytacza cały szereg autorów, którzy te wlewania śródkrtaniowe lub śródtchawiczne wykonywali, o których to autorach z wyjątkiem Mendla (Paryż) Jacob ani słowem nie wspomina. Autorami tymi są: R. Botey (Barcelona 1890), nasz laryngolog warszawski T. Heryng (1894), następnie Masini, Walter Downie, Bronner, Barton (1896), Thompson (1901), Anderson i Mendel (1899), Wszyscy ci stosowali wlewania te (zapomocą strzykawek krtaniowych) w rozmaitych chorobach, a głównie w gruźlicy, zachwalali swoje sposoby z początku, a później jakoś wszyscy pomilkli, dowód, że tą drogą gruźlicy nie możemy wyleczyć.

Salomon poddaje ostrej krytyce wyniki leczenia Jacoba, udowadnia, że równały się one prawie zeru. Przecież, powiada S., z pięciu przypadków nie możemy nic wnosić o wartości sposobu leczenia. Zwraca wreszcie S. uwagę na szczegół, przez innych mowców jeszcze nie podniesiony. W opisie techniki wlewań płucnych nie radzi Rosenberg stosować wlewań tych u suchotników, skłonnych do krwotoków, przy znieczuleniu bowiem błon śluzowych następuje bardzo silny kaszel odruchowy. A czyż, — zapytuje S. — istnieją wogóle suchotnicy, nie skłonni do krwawień?

Levy nie może sobie wyobrazić, w jaki sposób tak małe ilości tuberkuliny, wlewanej do płuc, mogą leczniczo działać. Z liczb, podanych przez prof. Rosenberga, wynikałoby, że 0·1 cm³ działa na płuco, ale przecież wobec obszaru płuc jest to conajmniej wątpliwem.

Max Wolf dziwi się, że Jacob na podstawie zaledwo pięciu przypadków uważa swój sposób leczenia za dobry. Dopiero długoletnie śledzenie wyników pozwoli wysnuwać pewniejsze wnioski. Wyniki, stwierdzone u zwierząt, zdaniem Wolfa wprost przemawiają przeciw wlewaniom. Bujanie łączno-tkankowe naokoło ognisk gruźliczych zdarza się i u krów nieleczonych, a co się tyczy ludzi, to Wolf może każdej chwili okazać jamy gruźlicze, otoczone taką warstwą tkanki bliznowatej i to u osobników, nie leczonych wcale lub tylko objawowo. Wolf oświadcza w końcu, że swoim chorym jaknajusilniej odradzać będzie leczenie się wlewaniami płucnymi.

Schroetter broni swego sposobu wziewania do płuc (praca ogłoszona w *Wiener kl. Wochensch.* Nr. 21 i 22) i twierdzi, że chociaż doświadczeń swych jeszcze nie ukończył, to jednak już jest pewne, że ilość tuberkuliny, potrzebnej przy wziewaniach do wywołania odczynu jest większą, aniżeli ilość, używana do wstrzykiwań. Ważnym jednak warunkiem jest, aby chorzy wdychiwali jak najdelikatniej rozpyloną tuberkulinę.

Bongert przeciwstawia zarzutom, podniesionym w rozprawach, szczegóły, które dla niego są rozstrzygające, a mianowicie, że u wszystkich krów, leczonych sposobem Jacoba, ogniska wyleczone widać w dolnych i tylnych częściach płuc, a więc tam, gdzie lek bezpośrednio mógł działać, że wyraźną jest ścisła granica między temi ogniskami, a ogniskami gruźliczemi niegojącemi się, znajdującemi się w wyższych częściach płuc, do których tuberkulina dostać się nie mogła, że wreszcie w tym czasie oglądnął tysiące płuc krów gruźliczych i nigdzie tak wyraźnego odgraniczenia nie widział.

Na zakończenie rozpraw zabiera głos Jacob. Przeciw wątpliwościom co do leczniczej wartości tuberkuliny, które wyraziło kilku mowców, przytacza Jacob to, że wielu wybitnych klinicystów, jak Möller, Leyden, Fraenkel i t. d. używa tuberkuliny w celach leczniczych. Bardzo ostro, zarzucając mu wprost złą wolę, zwraca się J. przeciw Westenhoefferowi, który przytoczył protokół sekcyjny chorej, leczonej wlewaniami płucnemi ze skutkiem, zdaniem Westenhoeffera, wprost szkodliwym. J. twierdzi, że chora ta była straconą już wtedy, gdy zaczęto u niej stosować wlewania, a tracheotomię wykonano u niej tylko dlatego, że wystąpił nagle obrzęk głośni, grożący wprost uduszeniem. Jacob nie zarzuca wziewaniom, wykonanym przez Schroettera i Kapralika, szkodliwego działania, ale jest przekonany, że większą część cząsteczek płynu rozpylonego pochłaniają błony śluzowe górnego odcinka dróg oddechowych; na dowód tego przytacza spostrzeżenie jakiegoś dentysty berlińskiego, który swoim chorym dawał rozmaite płyny do płukania ust, a ślady płynów mógł później wykazać w moczu, skąd wnosił, że nawet błona śluzowa jamy ustnej silnie wchłania płyny. Na inne zarzuty nie odpowiada J. „z powodu spóźnionej pory“, odsyła więc do swojej monografii, która wkrótce się pojawi i w której postara się zbić wszystkie zarzuty, uczynione wlewaniom.

Wywody Jacoba nie zyskały u zebranych żadnego uznania. Dla faktycznego sprostowania przemawia jeszcze Westenhoeffer zastrzegając się najsolenniej przeciw podsuwaniu mu jakichś ukrytych zamiarów. O śmierci owej chorej, u której stosowano wlewania płucne, powinien był oznajmić sam Jacob, a nie prosektor. W. odczytuje historyę choroby, z której wynika, że u tej chorej zaczęto wlewania do płuc na $1^1/_2$ miesiąca przed śmiercią, a nie 14 dni, jak Jacob twierdzi, i że po wlewaniach zawsze stan chorej się pogarszał, a polepszał się, gdy je przerywano. W. stwierdza, że obraz sekcyjny u tej chorej, leczonej wlewaniami tuberkuliny do płuc, bardzo był podobny do sekcyi owych przypadków, w których wstrzykiwano tuberkulinę podskórnie w celach leczniczych. W. uważał za swój obowiązek wspomnieć o niepomyślnym wyniku właśnie dlatego, że Jacob wymienił tylko pomyślnie przebiegające przypadki, a o tym jednym niepomyślnym przemilczał.

Dr. M. Selzer (Lwów).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 4 grudnia 1903 r.

Przewodniczy kol. Łukasiewicz.
Obecnych członków 44.

I. Kol. Wiczkowski omawia przypadek „lymphaemii“ ostrej. Obraz kliniczny wobec braku obrzęku gruczołów z jednoczesnem rozpulchnieniem i krwawieniem błony śluzowej dziąseł, naprowadzał na myśl gnilca (skorbutu). Badanie krwi rozstrzygnęło rozpoznanie. Prelegent zwraca uwagę 1) na powstawanie we krwi składników, których zazwyczaj nie ma; 2) na ich odmienny stosunek jakościowy (w tym przypadku na 70% leukocytów 30% leukocytów wielojądrzastych). Badania w kierunku ropnicy dały wynik ujemny. Sekcya potwierdziła rozpoznanie.

Kol Kučera przedstawia preparaty gruczołów z wyżej przytoczonego przypadku i objaśnia je.

Kol. Gluziński A. omawia ze względu na podobne do siebie objawami stany chorobowe: 1) białaczkę rzekomą; 2) gruźlicę gruczołów chłonnych i 3) »lymphosarcomatosis«.

W przypadkach tych rozstrzygającym jest skład krwi. Ze stanowiska anatomicznego podzielićby można tę grupę chorób na trzy działy: 1) o zmianach ograniczonych (gdzie zmiany nie przechodzą po za tkaninę gruczołu (białaczka rzekoma); 2) przechodzących po za granicę tkanki gruczołowej (»lymphosarcomatosis«); 3) częściowo przechodzących, a częściowo nie przechodzących po za granicę gruczołów.

Ze stanowiska leczniczego podzielić można na przypadki ostre i przewlekłe. Gruczoł albo 1) nie wytwarza do krwi, powiększając się zarazem; albo 2) wytwarza do krwi, powiększając się zarazem; albo 3) nie powiększa się, ale wytwory swoje wysyła.

Prelegent omawia na podstawie badań klinicznych różne zachowania się składu krwi w każdym poszczególnym przypadku, wyciągając stąd wnioski rozpoznawcze.

Kol. Reichenstein demonstruje preparaty krwi w mowie będących przypadków.

Kol. Selzer (Demonstracya chorej). W przypadku demonstrowanym badanie płynu otrzewnowego zapomocą metody Jousseta daje wynik dodatni, wskazując na sprawę gruźliczą otrzewnej. Cały obraz chorobowy przemawiałby za marskością wątroby pochodzenia sercowego, niezależnie od zmian otrzewnowych.

Dyskusya: Kol. Reichenstein przytacza 2 przypadki, w których badanie wysięków opłucnowych sposobem Jousseta w klinice chorób wewnętrznych dało wynik dodatni.

Kol. Gluziński A. odnosi wrażenie, że cały obraz chorobowy odpowiada *„polyserositis tbc.“*

Kol. Pisek jest tego samego zdania, tem więcej, że nie znajduje powiększenia śledziony odpowiednio do zmian marskości wątroby.

Zabierają głos koll.: Pisek, Gluziński, Wiczkowski, Merunowicz (*j*). *Dr. J. Świątkiewicz.*

Posiedzenie naukowe z dnia 18 grudnia 1903 r.

Przewodniczy kol. Łukasiewicz.
Obecnych członków 49.

I. Wybór Komisyi matki.

Wybrano w brzmieniu wniosku zarządu kolegów: Feuersteina, Hermana, Kučerę, Łukasiewicza, Macheka, Marsa, Meyera, Papéego, Radzikowskiego, Eljasza, Schramma, Schmitta, Świątkiewicza J., Wechslera, Zgórskiego, Ziembickiego.

II. Kol. Tatarczuch. *Radium-bromid*, jako środek leczniczy w chorobach skórnych. Prelegent opisuje zmiany, powstające na skórze pod wpływem radu. Zmiany te można podzielić na 3 stopnie: I. stopień — obrzmienie i zaczerwienienie; II. stopień — pęcherze; III. stopień — owrzodzenie. Rozporządzając bardzo niewielką ilością „radiumbromidu“, bo 0·005, wywoływał zmiany, wystawiając na działanie promieni w 2 przypadkach ogniska łuszczycy, w jednym przypadku zdrową skórę. Dochodzi do przekonania, że większą ilość radu można

zastąpić dłuższem naświetlaniem. Prelegent demonstruje przyrząd i płytę fotograficzną po naświetleniu.

W *dyskusyi* zabierają głos koledzy: Skałkowski i Leszczyński.

III. Kol. Rydygier A. przedstawia chorą, u której operowano gruczolaka sutka cięciem na granicy skóry sutka i klatki piersiowej od dołu. Tą drogą wydobyto gruczolak, a blizna jest zupełnie niewidoczna.

IV. Kol. Herman przedstawia kleszcze własnego pomysłu o odpowiedniem wygięciu, wykonane u Georgeona we Lwowie, które mogą zastąpić pomoc niezbędnego dotychczas asystenta przy zabiegu operacyjnym gastroenterostomii.

W *dyskusyi* zabierają głos koll.: Ziembicki i Wehr, radząc, by opisał i ogłosił szybko ten pomysł, który wielkie usługi oddać może przy tych operacyach.

IV. Kol. Hołobut: »Ośm przypadków tężca urazowego, leczonych wstrzykiwaniami zawiesiny mózgu w szpitalu św. Zofii« (rzecz przeznaczona do druku).

W *dyskusyi* zabierają głos koll.: Barącz, Rydygier, Radzikowski-Eljasz, Schramm, Gluziński A., Kučera, Hołobut.

Kol. Barącz radzi z wielką ostrożnością przyjmować znaczenie lecznicze surowicy, powołując się na przypadki niepomyślnie zakończone mimo wstrzykiwań.

Kol. Eljasz-Radzikowski oblicza odsetek śmiertelności przy leczeniu wstrzykiwaniami surowicy na 19%, podnosząc, że przy tem leczeniu mamy lepsze wyniki, niż przy wstrzykiwaniach antytoksyny przeciwtężcowej.

Kol. Schramm jest za nieporzucaniem leczenia wstrzykiwaniami wobec braku innych sposobów.

Kol. Gluziński A. w podostrych przypadkach tężca uważa za obowiązek lekarza wstrzykiwać zawiesinę, nie zaniedbując podawania pomocniczych środków, jak chloral, przyczem niemałą wagę przywiązuje do troskliwości i staranności, z jaką koło chorego chodzić się musi. Wstrzykiwać powinno się, bo: 1) wstrzykiwania bezwarunkowo nie szkodzą i 2) mamy cały szereg dobrych wyników.

Kol. Kučera uzasadnia twierdzenie, że wstrzykiwania antytoksyny powinny być prostszym i lepszym sposobem leczniczym wskutek łatwiejszego wessania, a tem samem szybszego i łatwiejszego działania. Czekać trzeba lepszych wyrobów antytoksyny.

Kol. Rydygier L. wyraża wdzięczność kol. Hołobutowi za bezstronne zestawienie i obserwacyę przedstawionych przypadków.

VI. Kol. Pręgowski. Przedstawienie przyrządu do wywoływania objawu dermograficznego. *Dr. J. Świątkiewicz*

Posiedzenie naukowe z dnia 8 stycznia 1904 r.

Przewodniczy kol. Łukasiewicz.
Obecnych członków 22.

I. Kol. Tatarczuch: »Leczenie wrzodów wenerycznych wodą utlenioną«. Prelegent w 24 przypadkach, leczonych ambulatoryjnie w poliklinice osiągnął dobre wyniki przez stosowanie na wrzody miękkie wody utlenionej 30% wyrobu Mercka. Jako zalety tego sposobu leczenia przytacza: 1) przyżeganie 30% wodą utlenioną sprawia choremu o wiele mniejszy ból, niż po stosowaniu kwasów i alkaliów żrących; 2) nie występuje dymienica; 3) wrzód oczyszcza się przeciętnie w przeciągu dni 14-tu; w jednym przypadku w ciągu dni 3. Wodę utlenioną przechowywać należy w małych flaszkach, szczelnie zamkniętych, gdyż przez samo otwarcie flaszeczki preparat ten rozkłada się. Również przy wrzodach żylakowych miał dobre wyniki.

W *dyskusyi* zabierają głos koll.: Wernicki i Łukasiewicz.

Kol. Łukasiewicz przypisuje działaniu przymoczki, której prelegent po przyżegnięciu używał, zapobieganie dymienicy. Przeciwnym jest zawsze opatrunkowi suchemu. Tworzy się wtedy strup, pod którym zatrzymuje się wydzielina ropna. Zupełnie dobre wyniki leczenia przy wrzodach miękkich daje stosowanie kwasu karbolowego czystego, płynnego na sam wrzód, z poleceniem choremu używania przymoczki z roztworu siarkanu miedziowego w stosunku 4 : 1000.

Kol. Leszczyński: »Barwienie i dyagnoza gonokoków« (metoda własna). W roku 1893 twierdził Weinrich, że nie posiadamy dość pewnych sposobów rozpoznawania gonokoków, że śródkomórkowe ich położenie, hodowle i odbarwianie się według Grama nie wystarczają częstokroć. Zdanie to i w obecnej chwili jest do pewnego stopnia słuszne. Kształt nerkowaty i położenie śródkomórkowe są bardzo cennemi cechami do rozpoznania, nie wystarczają jednak wobec tego, że wykazano cały szereg podobnych drobnoustrojów w wydzielinach dróg moczowych. Zakładanie hodowli, chociaż ulepszone i uproszczone, pozostaje zawsze jeszcze uciążliwem i niepewnem tak, że do codziennego użytku się nie nadaje. Co się zaś tyczy metod barwienia, to te w ostatnich 10 latach nie wielki postęp wykazują. Jak wiadomo, barwią się gonokoki łatwo wszystkimi zasadowymi barwikami anilinowymi, najlepiej, jak Bumm wykazał, fioletowymi, gorzej fuchsyną i błękitem metylenowym. Sposobów barwienia podano cały szereg; są to częścią barwienia monochromatyczne, częścią zaś metody, pomyślane według zasady Schlena, t. zn., że dążą zapomocą kombinacyi rozmaitych barwików do nadania gonokokom innej barwy, niż jądrom i protoplazmie komórek. W ten sposób łatwiej odnaleźć można nieliczne gonokoki. Nie różnią się jednak one barwą od innych bakteryi, bo wszystkie drobnoustroje są wtenczas jednakowo zabarwione. Do tego rodzaju metod należą ostatnie Pappenheima-Krzyształowicza (Methyl — zieleń i pyronina) i Wahla (Błękit metylenu, tionina, auramin).

Jedyną metodą różniczkową jest barwienie sposobem Grama. Wcześnie zauważono, że gonokoki odbarwiają się sposobem Grama, a Roux, Allen, Wendt, Finger podnosili wartość rozpoznawczą tej ich właściwości. Wkrótce jednak wykazali Steinschneider i Galewsky, że metoda ta nie jest bezwzględnie pewną, bo zgadza się tylko w 95% przypadków. Po nich inni jeszcze badacze znaleźli rozmaite diplokoki, które się odbarwiają Gramem tak, że wartość różniczkowa tej metody została obniżoną. Zaczęto pierwotny przepis wielokrotnie modyfikować i to zarówno w części barwiącej, jak i odbarwiającej. Ostatecznie Weinrich powrócił do oryginalnego sposobu i twierdzi, że jest on zupełnie pewnym pod względem różniczkowego rozpoznania, o ile do odbarwiania użyto tylko alkoholu absolutnego i starannie unikano zetknięcia preparatu z wodą. Że jednak mimo to metoda Grama nie posiada tak wielkiej wartości, jaką jej przypisują, okazuje się ze słów Pappenheima, który mówi: „Pod względem absolutnie pewnego zróżnicowania zawodzi sposób Grama zupełnie; co się zaś tyczy ułatwienia i wyszukiwania gonokoków, to już z założenia swego, nawet mimo kontrastowego zabarwienia, nie ma ta metoda żadnych zalet przed zwykłą, jednobarwną, a więc okazuje się znowu dość zbyteczną, względnie nie może sobie rościć prawa, jakoby była wyraźniejszą i na wyłączne rozprzestrzenienie zasługującą“. Tyle Pappenheim. Krótko mówiąc, jest to metoda uciążliwa, niepewna, i dlatego nie nadająca się do praktycznych celów.

Z pomiędzy metod jednobarwnych najpowszechniej używanem jest barwienie Löfflerowskim rozczynem błękitu metylenowego. Piękniejsze obrazy otrzymać jednak można, barwiąc wysyconym wodnym rozczynem tioniny. Używając tego rozczynu zauważyłem, że jeśli czas barwienia wynosi tylko kilka sekund, wtedy występuje pewna różnica między gonokokami a innemi bakteryami, a jeszcze większa naturalnie między jądrami, a protoplazmą ciałek ropy. Spostrzeżenie to było mi punktem wyjścia do obmyślenia metody barwienia, która się przedstawia jak następuje: Przedewszystkiem, chcąc otrzymać piękne obrazy, trzeba preparat odpowiednio sporządzić. Musi on być jaknajcieńszy. Podobnie, jak przy badaniu krwi, muszą ciałka ropy leżeć w jednej warstwie, nie przykrywając się i nie za gęsto obok siebie. Gęstą wydzielinę świeżej rzeżączki lub osad z centryfugowanego moczu najlepiej rozcieńczyć. Postępuję w ten sposób, że na szkiełko nakrywkowe daję kroplę wody, oczkiem platynowem przenoszę kroplę wydzieliny i mieszając rozprowadzam po całem szkiełku. Następnie preparat osuszam i zwykłym sposobem ustalam nad płomieniem. Z ropy rozkładającej się i z moczu oddanego więcej, niż przed 24 godzinami, nie można wogóle otrzymać dobrych preparatów. W ten sposób przygotowane preparaty:

1) Zanurza się na 60 sekund w rozczynie tioniny, sporządzonym według następującej recepty. *Rp. Thionini solutionis aquosae satur. 10 sccm., aquae destill. 88 sccm., acidi carbol. liq. 2 sccm.*

2) Następnie opłókuje się w wodzie i zanurza również na 60 sekund w rozczynie kwasu pikrynowego według wzoru: *Rp. Sol. aquos. satu., acidi picrici; sol. aquos. kali caustici 1 : 1000 āā*

3) W końcu nie opłókując, przenosi się je do alkoholu absolutnego na 5 sekund (!).

Preparaty należy opłókać z alkoholu w wodzie i osuszyć jak zwykle. Osuszony preparat zatapia się w balsamie kanadyjskim i ogląda pod silną imersyą. Całe tedy barwienie trwa nie więcej nad 3 minuty. W ten sposób barwione preparaty dają nam obraz nadzwyczajnej jasności i wyrazistości. Badając n. p. wydzielinę ze świeżej rzeżączki, otrzymamy obraz następujący: na jasnem tle leżą rozsiane ciałka ropy; ich protoplazma jest słomkowo do cytrynowo-żółta; jądra ich czerwono-fioletowe — wiśniowe. Przybłonki mają protoplazmę, zabarwioną na żółto w tym samym odcieniu, co ciałka ropy, ich jądra natomiast są nieco jaśniejsze. Gonokoki przedstawiają się jako czarne dwoinki o kształcie charakterystycznym i ostrych obrysach i odcinają się nadzwyczaj plastycznie od żółtego tła. Ta właśnie plastyczna bryłowata czarność jest charakterystyczną cechą gonokoków przy tem badaniu. Cały obraz wogóle wskutek jasności i znacznych przeciwieństw w barwach jest bardzo wyrazistym. Przeważna część innych bakteryi, znachodzących się w moczu, jest odbarwiona w mniejszym lub większym stopniu, t. zn. posiada barwę żółtawo-różową lub czerwoną. Jeden rodzaj diplokoków, cztery razy jednak większych od gonokoków, jak również niektóre prątki zachowują barwę fioletową. Dorównywują gonokokom w natężeniu czarnej barwy: a) drobne zakomórkowo położone mikrokoki; b) jeden rodzaj wielkich prątków; c) pewien gatunek krótkich grubych prątków, które zachowują na obu końcach czarną barwę, podczas gdy reszta protoplazmy odbarwia się na bladoróżowo. (Przy powierzchownem badaniu możnaby je wziąć za dwoinki, jednakowoż przy bliższem oglądaniu widać dokładnie cały prątek); d) w końcu części nieorganiczne (strąty Ag) i śmiecie.

Wracając do gonokoków, zaznaczyć trzeba, że są one w ogólności nieco mniejsze, skurczone; zależy to od kwasu pikrynowego. Aby znieść to jego działanie, dodałem nieco ługu, a choć zestawienie takie wydaje się nieco paradoksalnem, to jednak w praktyce okazało się korzystnem. Dalej, co się tyczy czarnej plastycznej barwy gonokoków, to występuje ona tem wyraźniej, im powierzchowniej te dwoinki są położone. Im grubszą jest żółta warstwa protoplazmy przykrywającej je, tem bardziej przytłumioną będzie czarna barwa i ostrość obrysów. Przy gonokokach położonych zakomórkowo występuje ten odczyn niejednostajnie i nie posiada dla nich tej wartości, co dla ułożonych typowo w komórce. W końcu przypomnieć należy, że dwoinka Neissera jest tworem bryłowatym o trzech wymiarach, które nie są sobie równe. W polu widzenia przedstawia się zawsze tylko jedna jego powierzchnia, która może mieć typową postać dwoinki; skoro jednak indywiduum ustawi się bokiem, typowej powierzchni nie widzimy i dopiero przy pomocy śruby mikrometrycznej możemy poznać prawdziwą jego postać. Wogóle nie podobna pomieszać gonokoków z innemi bakteryami; w błąd mogłyby wprowadzić chyba strąty nieorganiczne po wstrzykiwaniach, gdy czarne ziarna wypełniają samą komórkę, lecz przy pewnej uwadze można tego uniknąć. Za podstawę tego różniczkowego rozpoznania należy przyjąć zatem, że: gonokoki przedstawiają się jako plastyczne, czarne, charakterystyczne dwoinki, ostro się od tła żółtego odcinające.

Nie można zatem rozpoznawać gonokoków, jeśli widzimy: a) dwoinki na żółtem tle, które nie posiadają czarnej barwy; b) czarne bakterye na żółtem tle, które nie mają charakterystycznej postaci dwoinki; c) choćby dość ciemne dwoinki, które nie są na żółtem tle.

Uwagi te dotyczą badania jakiejś danej wydzieliny. Skoro natomiast chodzi o zbadanie i orzeczenie, czy w jakimś przypadku proces chorobowy wogóle jeszcze trwa i czy w cewce są gonokoki, to przestrzegać należy ogólnie znanych prawideł, mianowicie: 1) Nie należy orzekać na podstawie jednego preparatu, szczególniej przy rzeżączkach przewlekłych koniecznem jest przeglądnięcie większej ilości preparatów. 2) Wynik dodatni badania dowodzi trwania choroby, lecz wynik ujemny nie jest dowodem wyzdrowienia. 3) Badania należy powtarzać kilkakrotnie i to w pewnych odstępach czasu. Dopiero stale powtarzający się ujemny wynik badania pozwala wnosić o wyleczeniu. 4) Nietylko brak gonokoków, ale i liczba ciałek ropy jest bardzo ważną w tym względzie wskazówką.

W końcu pragnąłbym dodać kilka krytycznych uwag o wartości tej metody. Nie daje ona absolutnego odbarwienia wszystkich innych bakteryi poza gonokokami. Jeśli jednak zadowolnimy się tem, że inne dwoinki nie mają tego zabarwienia, co gonokoki, i że jest podana dostateczna ilość cech odróżniających, to w takim razie zasługuje ta metoda na nazwę klinicznej różniczkowo-rozpoznawczej. Za jej ujemną stronę uważam, że nie wszystkie gonokoki dają pożądany odczyn, albowiem zakomórkowe często są nie dość charakterystyczne. Lecz ta ujemna strona jest tylko teoretyczna, zawsze bowiem w takich razach znajdzie się dość charakterystycznych indywiduów. Natomiast nie wymaga ta metoda żadnej osobliwej wprawy w robieniu i oglądaniu preparatów. Jako rzeczywistą zaletę uważam krótki czas barwienia, oraz przejrzystość i wyrazistość, co pozwala szybko i bez znużenia przeglądnąć większą ilość preparatów. (*Autoreferat*).

Dr. J. Świątkiewicz.

V. Kongres internistów niemieckich w Lipsku (18—21 kwietnia 1904 r.)

Zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Dokończenie.)

XIX. Reitz (Mitterfels): Wartość wdychiwania rozpylonych płynów leczniczych w chorobach wewnętrznych. Autor podał przyrząd do rozpylania jak najdokładniejszego leczniczych płynów. Odnośne badania na zwierzętach wykazały, że cząsteczki rozpylonego płynu dochodzą aż do pęcherzyków płucnych; nadto pokazało się, że rozmaite wdychiwane płyny można było później stwierdzić w moczu i to w wielkiej stosunkowo ilości, coby przemawiało za wessaniem drogą płuc; również udało się wykazać wdychiwany płyn i we krwi. Należy wobec tego przyjąć jakąś czynność przenikania (dyfuzya) przez nabłonek pęcherzyków płucnych i przez cieniutką ściankę płucnych naczyń włosowatych. W ten sposób istniałaby metoda, zapomocą której możnaby środki lecznicze wprowadzić drogą wdychania do obiegu krwi z obejściem przewodu pokarmowego, którego warunki chłonienia przedstawiają i tak pewne braki. Nawet przetwory żelaza dały się wprowadzić tą drogą w ustrój zwierzęcy i później stwierdzić: leczenie chorób krwi byłoby w takim razie daleko skuteczniejsze.

W dyskusyi zauważył Schrötter (Wiedeń), że już w tej sprawie o swoich doświadczeniach przemawiał na kongresie w Madrycie. U psów, którym zapomocą przyrządu Buldinga wprowadzał do ustroju błękit metylenowy, — dał się ten przetwór stwierdzić później w najmniejszych oskrzelikach.

Rothschild (Soden) oświadcza, że Lewinowi udało się wykazać w jamie płucnej suchotnika wdychiwany chlorek żelaza.

Sänger (Magdeburg) powiada, że istnieje pewna różnica pomiędzy wciąganiem, a wdychiwaniem, — nie należy więc mieszać tych pojęć.

Schmidt (Drezno) zwraca uwagę, że wessanie leków nie musi nastąpić dopiero w pęcherzykach płucnych, lecz już w tchawicy. W każdym razie daje pierwszeństwo żołądkowi przed tchawicą.

XX. Hering (Praga): Komorowo-rozkurczowa fala tętna żylnego. W dziele Mackenziego o tętnie żylnem, jest rzecz o fali komorowej według zdania autora błędnie przedstawiona. Fala powstaje w ten sposób, że w rozkurczu wysuwa się w górę podstawa serca; fala komorowo-rozkurczowa wzrasta przy zaciśnięciu tętnicy płucnej, w żadnym jednak razie nie powstaje dodatnie tętno żylne. Ostatnie można sztucznie wywołać zapomocą duszności.

W dyskusyi powiada Volhard (Giessen), że uważa tętno wątrobowo-przedsionkowe jako objaw przewlekłego zapalenia osierdzia.

Dewtoch (Frankfurt nad Menem) oświadcza, że zapatrywania Mackenziego zupełnie się zgadzają z klinicznemi spostrzeżeniami.

XXI. Pässler (Lipsk): Choroby kręgosłupa w przebiegu wiądu rdzenia pacierzowego. Autor przedstawia odnośne dwa przypadki: w obydwóch dolna część odcinka lędźwiowego była zajęta. Stwierdzono zanik substancyi kostnej z równoczesnem bujaniem.

XXII. Schmidt (Drezno): Sposób rozpoznawania chorób trzustki. Ze wszystkich soków trawiennych, jeden tylko sok trzustkowy zdolny jest rozpuścić (strawić) substancyę jąder komórkowych; na tem twierdzeniu opiera się właśnie ta nowa metoda rozpoznawcza. Usuwając drogą doświadczalną trzustkę, wówczas można w resztkach mięsa, znachodzących się w kale, stwierdzić jądra komórkowe. Liczne badania, przeprowadzone na zdrowych i chorych, wykazały, że w przebiegu ciężkich chorób trzustki, względnie po zupełnem zniszczeniu tego gruczołu, resztki pokarmowe zawierają jeszcze wszystkie jądra, że więc z tego objawu (z nieznacznemi ograniczeniami) można wysnuć wnioski rozpoznawcze.

XXIII. Clemens (Freiburg): Chemizm diazoreakcyi Ehrlicha. Usiłowania celem otrzymania czystej substancyi, wywołującej odczyn Ehrlicha, nie doprowadziły dotychczas jeszcze do pomyślnych wyników. — Zapatrywanie, że kwas aceto-octowy lub aceton przyczyniają się do wywołania tego odczynu, nie wytrzymuje krytyki. Clemens przeprowadził doświadczenia właśnie dla otrzymania tej substancyi, — zupełnie mu się to nie powiodło; — okazało się tylko, że szukana substancya nie zawiera siarki, natomiast azot. Inne atoli okoliczności dowiodły (mniejsza zawartość azotu, strąt i t. d.), że chodzi tutaj o kwas tleno-proteinowy Gottlieb-Bądzyńskiego.

XXIV. Winternitz (Halle): Pochodzenie tłuszczu w moczu w chorobach nerkowych. W przebiegu chorób nerkowych, szczególniej przewlekle miąższowych, można stwierdzić w moczu drobne kuleczki tłuszczu, które według dzisiejszego stanu nauki mają pochodzić z tłuszczowo zwyrodniałych komórek. Można jednak wykazać, że część tego tłuszczu pochodzi bezpośrednio z krwi, względnie z tłuszczu pokarmów. Nerka w prawidłowych stosunkach tłuszczu nie przepuszcza, staje się ona natomiast przepuszczalną dla tłuszczu w przypadkach zapaleń, szczególniej przewlekłych, i wówczas utrata tłuszczu drogą moczu może dojść do wysokich stosunkowo stopni.

XXV. Leo (Bonn): W sprawie leczenia nadmiernej kwasoty (hyperaciditas) żołądkowej. Doskonałe wyniki osiągnął autor w takich przypadkach wlewaniami 4—10% roztworów soli kuchennej; — zabiegi te usuwały czasami towarzyszące boleści żołądkowe.

XXVI. Dehio (Dorpat): O korzystnym wpływie sztucznie wywołanej gorączki w rozmaitych cierpieniach. Wstrzykiwaniami jałowych roztworów peptonu Wittego wywoływał Dehio gorączkę, zapomocą której powiodło mu się w znacznej liczbie przewlekłych chorób zakaźnych uzyskać dobre wyniki lecznicze. Z 13 n. p. przypadków wilka twarzy, nastąpiło w 10 wyleczenie, — w trzech przypadkach pojawił się nawrót choroby, a 3 niewyleczone. Z 6 chorych ze świeżemi zmianami drugorzędnej kiły, znikły u 4 wszystkie objawy, w 2 były wstrzykiwania peptonu bezskuteczne. Dwa przypadki rzeżączki świeżej wyleczono w ciągu 4—5 dni, przypadki przewlekłe pozostawały bez zmiany. Dymienice znikały bez śladu (bez ropienia). Jeden przypadek rzeżączkowego zapalenia pęcherza, który przedtem opierał się wszelkiemu leczeniu, został zupełnie wyleczony wstrzykiwaniami peptonu. — W zapaleniu pęcherza pochodzenia gruźliczego i drugiem o przebiegu przewlekłym nie miały wstrzykiwania żadnego wpływu. Również dobre skutki osiągnął autor w przypadkach wrzodów kilakowych podudzia, pomimo, że zwykłymi sposobami leczenia do żadnych nie doszedł wyników.

XXVII. Staehelin (Bazylea): Wymiana materyi i zapotrzebowanie energii w przebiegu gorączki. Zapomocą pośredniej kalorymetryi stwierdził autor u gorączkującego psa, że produkcya ciepła była daleko większą od tej, którąby się dała wyjaśnić rozpadem białka. Z tego można wnosić, że w przebiegu gorączki zachodzą nietylko zaburzenia w wymianie istot białkowatych, lecz także i tłuszczowych.

XXVIII. Clemm (Darmstadt): Dyeta w kamicy żółciowej. Najlepszym środkiem zapobiegawczym jest wolny odpływ żółci, co się osiąga dyetą mieszaną ze szczególnem uwzględnieniem mięsa i tłuszczów. Najlepsze są tłuszcze mleka i żółtka, tran, oliwa, słonina i tłuszcz gęsiej wątroby; — nieodpowiednie są tłuszcze, skrzepłe przez gotowanie.

XXIX. Guteman (Berlin): Zaburzenia mowy u neurasteników. Autor szczególniej omawia jąkanie się, którego nie zaliczano do neurastenii — dokładniejsze jednak badania ostatnich czasów dowiodły, że u ludzi jąkających się wytwarzają się z biegiem czasu objawy neurasteniczne. Również i na odwrót: u neurasteników powstaje znamienne jąkanie się. Leczenie nie powinno być ani wyłącznie ogólne, ani też wyłącznie specyalne.

XXX. Fink (Karlsbad): Kamica żółciowa. Na podstawie swych spostrzeżeń twierdzi Fink, że już jednorazowem leczeniem w Karlsbadzie można w kamicy trwały skutek osiągnąć.

XXXI. Simon (Karlsbad): Pojawienie się cellulozy w kale i jej ilościowe oznaczenie: Godną uwagi jest okoliczność, że ludzie cierpiący na zatwardzenie, lepiej wyzyskują cellulozę, aniżeli inni.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 20 sierpnia.

* Długo ciągnąca się sprawa dopuszczenia ukończonych uczniów szkół tak zw. realnych do studyum lekarskiego w Austryi została właśnie zakończoną przez rozporządzenie ministeryalne, zezwalające takim abituryentom zapisywać się na wszechnicę po złożeniu dodatkowego egzaminu z języków klasycznych.

* Sanatoryum dla niezamożnych suchotników w Rudce ma być według pism warszawskich na ukończeniu. Brakuje tylko urządzeń wewnętrznych i potrzebnych na nie 30,000 rubli.

* Zakład dla umysłowo-chorych Dr. Olechnowicza przeniesiony został z Lublina do Czerwonego Dworu pod Warszawą (St. Pustelnik).

* Stypendyści uniwersytetów rosyjskich, którzy skończyli wydział lekarski w roku bieżącym, mają być przeznaczeni do służby wojennej (*Medyc.).*

* W r. b. liczą w całej Rosyi 21,827 lekarzy, z tego 737 kobiet. Po Petersburgu i Moskwie najwięcej lekarzy posiada Warszawa (1034).

* Liczba słuchaczy medycyny zmniejsza się nietylko na kontynencie, ale i w Anglii, gdzie z 2405 w r. 1891 spadła na 1538 w roku 1900 Studya lekarskie są w Anglii coprawda niezmiernie kosztowne.

* Zjazd chirurgów francuskich w Paryżu rozpocznie się 17 października, zjazd internistów 24 października r. b.

* V Zjazd chirurgów rosyjskich odbędzie się w Moskwie z końcem grudnia st. st. Na porządku dziennym postawiono: zapalenie płuc pooperacyjne, wycinanie żeber w otokach piersiowych, przyszywanie nerki (*Gaz. lek.*).

* Między 19 lipca a 1 sierpnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: dobromilskim (1 gm.), lwowskim (1 gm.), rawskim (3 gm.), skałackim (3 gm.), tarnopolskim (1 gm.), turczańskim (3 gm.), złoczowskim (1 gm.).

* Fizykat miasta Lwowa urządza od 22 do 27 b. m. drugi bezpłatny kurs dla wykształcenia służby sanitarnej (desynfektorów), na który miasteczka galicyjskie wysyłają członków policyi miejskiej, straży pożarnej i t. d.

* Kol. Dr. Weinreb i Bujalski ostrzegają w «Głosie lekarzy» przed posadą lekarza okręgowego w Chocimierzu, jako «narażającą na pewną nędzę».

* Wydział powiatowy w Gródku ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego w Janowie. Szczegóły podajemy w inseratach.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Kaliciński mianowany ordynatorem szpitala kolei nadwiślańskich w Warszawie na Pradze. Doc. Koester w Lipsku mianowany profesorem nadzwyczajnym. Prof. Franz z Berlina mianowany dyrektorem kliniki chorób kobiecych w Jenie.

Nekrologia. We Frankfurcie n. Menem zmarł d. 4 b. m. nagle w 60 r. życia słynny anatom patologiczny, dyrektor instytutu Senckenberga, prof. Karol Weigert. Prace zmarłego, który był uczniem i wieloletnim asystentem Cohnheima, przyczyniły się znakomicie do rozwoju współczesnej naukowej medycyny, żeby wspomnieć tylko o badaniach nad anatomią ospy, barwieniem bakteryi (1875), barwieniem osłonek rdzennych (1882), neuroglią, włóknikiem, martwicą skrzepową, gruźlicą prosówkową, włóknami elastycznemi i t. d. Obmyśleniem znakomitych sposobów badania układu nerwowego stworzył Weigert nowe drogi dla neuropatologii. Był on jednym z najwybitniejszych współczesnych uczonych niemieckich, do którego pracowni garnęła się młodzież ze wszystkich krajów, przyciągana zarówno jego sławą, jak wielkiemi zaletami osobistemi. — W Królewcu zmarł okulista prof. Heisrath.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 32. Malinowski: Syfilis dziedziczny wczesny. B. Łuczycki: Przypadek syfilisu mostu Warola.

— *Medycyna* Nr. 32. Nitsch: Uwagi nad metodą Pasteurowską zapobiegania wściekliźnie (c. d.). Bornstein: Asthenia paroxysmalis (c. d.).

— *Kronika lekarska* Z. 15. Sędziak: Rozpoznawanie i leczenie raków krtani (c. d.).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 8. Sokołowski: Obawa przed suchotami. Przewoski (ze Świecia): Leczenie tłuszczaków wyskokiem.

— *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* Z. 2: Dmochowski: Przyczynek do anatomii patologicznej tak zw. róży błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych. Męczkowski: Szpital w Milanowie na podstawie materyałów zebranych przez kuratora szpitala. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce (c. d.). Przegląd piśmiennictwa lekar. polskiego za r. 1903.

— *Głos lekarzy* Nr 16: Mikołajski: Uzdrowotnienie Galicyi. Langie: Położenie materyalne lekarzy praktyków w miastach (c. d.). — Z niwy dziennikarskiej. Mikołajski: Taryfa lekarska (c. d.). Mikołajski: Przeciw specyfikom (c. d.). — W sprawie krajowych zakładów dla obłąkanych (dok.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 9. Pelczar: Kilka uwag w sprawie działania kąpieli słonych, a w szczególności o działaniu ich termicznem.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 9. Zygm. Rosner: Odpowiedź na kilka pytań kwestyonaryusza. W. E. R. Zakopane (dok.). Skórczewski: Oddzielenie zdrojowiska Krynicy od gminy wiejskiej. Gaik: Zakopane (dok.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 32. Návrat: O samovraždě (c. d.). Reinsberg: Tuberculosis myocardii. Černičky: O chorobách sdělných, lečených ve Vinohradsko-Žižkovske nemocnici.

— *La Presse médicale* Nr. 62. Bazy: Patogeneza wodonercza przerywanego. Thoinot i Delamare: Niedomoga wysp Langerhansa.

— Nr 63. Javal: Wskazania leczenia zapomocą dechloruracyi. Politzer: O konieczności obowiązkowej nauki otologii w wydziałach lekarskich.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 32. Schmalz: W sprawie zboczeń sercowych w płonicy i ich następstw. Heichelheim i Kramer: Badania porównawcze nad działaniem kwasu solnego, kwasu solnego i pepsyny, oraz gasteryny w przypadkach *hypochylia i achylia gastrica*. Erb: O fizyologicznem działaniu «naturalnego soku żołądkowego świń (dyspeptyny Dr. Hepp)». Horner: O parciu w przedsionkach przy wadach zastawkowych. Muthmann: O isopralu, nowym leku nasennym. Schott: Dwa przypadki postrzału mózgu. Seiderer: Przypadek zwichnięcia międzykrocznego. Koeppe: Prosta pompka mleczna. Rössle: Znaczenie przekrwienia i wieku w powstawaniu nowotworów (c. d.). Pachinger: Przesądy przed porodem i przy porodzie człowieka.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 32. Walter: W sprawie rozpoznawaniu duru. Bertarelli: O czynnem uodpornieniu człowieka przeciw cholerze. Carini: O aglutynacyi prątka wąglikowego Koziczkowsky: Przyczynek do metodyki klinicznego badania stolców. Bethe: Obecny stan teoryi neuronów. Leick: Leczenie moczówki prostej wstrzykiwaniami strychniny. Lunz: Przypadek dny u siedmioletniego dziecka. Killian: Mój szesnasty przypadek bronchoskopii ciała obcego. Lohnstein: O nowym sposobie leczenia przewlekłego zapalenia cewki moczowej. Raehlmann: Dodatek do pracy p. t.: «O ultramikroskopowych składnikach krwi». Singer: Xiphopagus-Duplicitas paralella.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 32. Nonne: Przypadek rodzinnego wiądu rdzenia na tle kiłowem. Wiąd u matki i jej dwóch córek, obarczonych kiłą dziedziczną. Jessen i Edens: Rozsiane zapalenie mięśni i nerwów przy odrze. Bogrow: Guzowatość nosa *(rhinophyma)* i jej leczenie. Lammers: Przypadek złamania szyjki uda u dziecka. Fejér: Zatrucia wilczą jagodą w praktyce okulistycznej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 32. Kövesi: O rozpoznawaniu sprawności nerek. Wohlmuth: Dwa przypadki przetoki płucno-skórnej. Fuchsig: O ranach kłutych żołądka.

Redakcya otrzymała: Dr. J. Barzycki: Kilka uwag o epidemiach duru plamistego w Galicyi i o środkach jego tłumienia. Lwów, 1904 r.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 32 (od 7/VIII do 13/VIII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 28, dz. 22; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 21, kob. 16; zamiejscowych: męż. 8, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 8, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. 1 ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. 1. 8) odra: miej. 1, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. 1 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 7, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —, 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 1, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 2 ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 5, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob —. **Razem** miej. 37, obcych 15.

Za redaktora odpowiedzialnego: Prof. Dr. Stan. Ciechanowski.

Rok XLIII. Kraków 27 Sierpnia 1904. Nr. 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag. w Krakowie.

O wnikaniu płynów do dróg oddechowych zwłok zanurzonych.

Przez

Prof. Dra L. Wachholza i Dra S. Horoszkiewicza,
Dyrektora zakładu Asystenta zakładu.

Spostrzeżenia i doświadczenia Engla (1), Limana (2), Hofmanna (3), Bougiera (4), Hnevkovskiego (5), Lessera (6) stwierdziły, że płyny, w które się zwłoki zanurzy, wnikają do ich dróg oddechowych, w szczególności do płuc. Niektórzy badacze byli jednak zdania, że płyny gęste nie są w stanie wniknąć aż w pęcherzyki płucne zwłok w nich zanurzonych, wobec czego twierdzili, że obecność gęstych płynów w najdrobniejszych oskrzelach i pęcherzykach płucnych zwłok dowodzi wetchnięcia ich za życia, a zatem i śmierci wskutek utonięcia w nich. Stąd też dowodził niedawno Stubenrath (7), iż obecność ciał obcych w płucach zwłok dobytych z wody pozwala rozpoznać utonięcie jako przyczynę śmierci, a Reinsberg (8) uważa obecność okrzemków (*diatomaceae*), zauważonych przez siebie w pęcherzykach płucnych i pod opłucną płuc w 95% przypadków śmierci z utonięcia, za najważniejszą cechę śmierci z utonięcia. Tymczasem dowiodły doświadczenia Haberdy (9), że ciała stałe, mieszczące się w płynach, lub płyny gęste, n. p. treść kloaczna, wnikają aż do pęcherzyków płucnych zwłok noworodków już po względnie krótkim czasie od ich zanurzenia. W myśl doświadczeń Haberdy obecność ciał obcych, gęstych płynów itp., stwierdzona w płucach zwłok, dobytych z wody, musi stracić swe znaczenie rozpoznawcze dla śmierci z utonięcia

Mimo to jednak zachodzi pytanie, jak się zachowują płyny, które po śmierci wniknęły do płuc? czy one wywołują zmianę w objętości i zapadaniu się płuc w chwili otwarcia klatki piersiowej, czy wytwarzają pianę w oskrzelach i tchawicy, wreszcie, czy się przedostają do krwi lewej połowy serca?

Obecności piany w górnych drogach oddechowych zwłok, dobytych z wody, przypisują Metzger (10), Mende (11), Henke (12), Wildberg (13), Kanzler (14), Maschka (15), Casper-Liman (16), Champeaux i Faissole (17) i t. d., obecnie zaś Strassmann (18) i Brouardel (19) wbrew przeciwnemu zdaniu Meckela (20), Bocka (21), Niemanna (22), Buchnera (23) i M. Richtera (24) bardzo doniosłe znaczenie dla dyagnostyki śmierci z utonięcia, albowiem sądzą, że płyn, względnie woda, która wniknęła po śmierci do dróg oddechowych, nie może się nigdy spienić. Dla przykładu różnicy zdań w tej mierze przytoczymy twierdzenia Buchnera i Strassmanna. Otóż podczas gdy Buchner wyraźnie zaznacza, iż woda, wniknąwszy do dróg oddechowych zwłok, w niej zanurzonych, może się spienić przez zmieszanie się z powietrzem pęcherzyków płucnych w chwili dobywania zwłok z wody, ich sekcyi i t. d., to na odwrót Strassmann oświadcza stanowczo, że woda, wypełniwszy drogi oddechowe wrzuconych do niej zwłok, nie wzmaga objętości płuc, ani nie wytwarza drobnobańkowej piany, jaka się tworzy wśród tonięcia osobnika żywego przez wielokrotne mieszanie się wdychanej wody z wydychanem powietrzem.

Jakkolwiek pianie w górnych drogach oddechowych nie można już dlatego przypisywać doniosłego znaczenia rozpoznawczego dla śmierci z utonięcia, ponieważ ona z czasem niknie, przez co niezawsze daje się stwierdzić, a nadto znachodzi się ona także w zwłokach osób, zmarłych wśród objawów obrzęku płucnego, przecież podjęliśmy szereg doświadczeń w celu wyjaśnienia tej sprawy, dotąd sprzecznej.

Nawet co do częstości napotykania piany w drogach oddechowych osobników utopionych zapatrywania autorów są podzielone. I tak Klein (25) nie spotykał jej nigdy w zwłokach osób utopionych, Senac, Gardane, Leonhardi, Kite, Haller, Bernt (26) i t. d. spotykali ją tylko niekiedy; natomiast A. Paltauf (27) i Brouardel (28) uważali ją bardzo często, a nawet zawsze, jeżeli tylko zwłoki niezbyt długo spoczywały we wodzie i jeżeli nie szło o nagłą śmierć we wodzie n. p. z wstrząsu zaraz w pierwszej chwili zanurzenia się w niej denata. Na 46 przypadków śmierci z utonięcia, sekcyonowanych w ciągu szeregu lat ostatnich w naszym zakładzie, stwierdziliśmy tylko w 6 (13%) obfitą pianę w górnych drogach oddechowych. Tych 6 przypadków dotyczy zwłok wydobytych z wody w ciągu pierwszej doby od chwili utonięcia. Ponieważ najczęściej zwłoki utopionych pozostają znacznie dłużej we wodzie, przeto czas ten wystarcza, aby piana w drogach oddechowych zwłok znikła. Ta okoliczność była powodem, że tylko w 6 przypadkach natrafiliśmy na pianę w krtani, tchawicy i oskrzelach zwłok utopionych.

W badaniach naszych zamierzyliśmy przekonać się doświadczalnie: 1) jak się zachowuje woda, wnikająca po śmierci do dróg oddechowych i czy tworzy w nich pianę; 2) czy zarazem zwiększa się objętość płuc (hypervolumen) i 3) czy krew lewej połowy serca ulega rozcieńczeniu?

W tym celu zanurzaliśmy zwłoki nieżywo urodzonych noworodków i zwłoki zwierząt na 24 godzin we wannie z wodą, silnie zabarwioną błękitem metylenu, poczem poddawaliśmy je sekcyi. Doświadczenia te, wykonane na 8 zwłokach zwierząt i 4 zwłokach dzieci, przekonały nas, iż woda wnika do dróg oddechowych zwłok, czasem tylko do górnych ich części, czasem aż do samych pęcherzyków płucnych, przyczem

zdają się więcej wypełniać wodą dolne i środkowe płaty płuc. Okoliczność, jak głęboko wniknie woda do narządu oddechowego zwłok w niej zanurzonych, zależy od drożności przewodu oddechowego i od głębokości zanurzenia zwłok, zatem od ciśnienia wody, znajdującej się ponad zwłokami. W zwłokach dwóch noworodków nieżywo urodzonych wniknęła zabarwiona woda aż do początku głównych oskrzeli, ponieważ były one w dalszym ciągu zatkane gęstym potokiem. W zwłokach płytko zanurzonych wniknął płyn zabarwiony również tylko do początkowych części oskrzeli, zresztą zupełnie drożnych; natomiast w zwłokach zanurzonych głębiej, nad któremi mieścił się 50 ctm. wysoki słup wody, wniknęła ona już po upływie 6—24 godzin aż do pęcherzyków płucnych, tworząc zarazem w górnych drogach oddechowych drobnobańkową pianę Piana ta nie była jednak tak zbitą, jak u świeżych zwłok osobników utopionych. Różnica w gęstości i zbitości tej piany daje się łatwo wytłómaczyć. Piana u utopionych powstaje przez wielokrotne mieszanie się wdychanej wśród tonięcia wody, a wydychanego z płuc powietrza, więcej zaś luźna i mniej zbita piana zwłok zanurzonych w wodzie tworzy się przez zmieszanie się wody, wnikającej do narządu oddechowego, ze znajdującem się tutaj powietrzem, tak zwanem powietrzem zalegającem, którego ilość wynosi u człowieka wedle Pflügera do 800 sz. ctm., wedle Gada 1600 sz. ctm., wedle Davy i Grehanta od 1200 do 1700 sz. ctm. (29), wreszcie wedle najnowszych pomiarów Duriga (30) przeciętnie 1000—1250 sz. ctm. Im silniejszem będzie ciśnienie, pod którem woda wnika do dróg oddechowych zwłok, tem bardziej miesza się powietrze zalegające z wodą i tworzy tem obfitszą pianę. Wchodzą tu nadto w grę czynniki, w części podniesione już przez Engla, Buchnera, a niedawno także przez Severigo (31). Czynnikami tymi są poruszenia, jakim zwłoki ulegają we wodzie, zwłaszcza zaś poruszenia przy ich wydobywaniu z wody, albo przy ich wypływaniu z głębi na powierzchnię. Poruszenia te, zwłaszcza zaś przypadkowe uderzenia w klatkę piersiową zwłok zanurzonych, pociągają za sobą aspiracyę wody do ich dróg oddechowych, wskutek czego znowu nastaje dokładniejsze mieszanie się wody z powietrzem zalegającem, tem samem tworzenie się piany w drogach oddechowych. W górnych drogach oddechowych kilku zwłok dzieci i zwierząt, którym po wykonaniu tracheotomii wpuściliśmy wodę przez kaniulę, połączoną ze zbiornikiem wody zabarwionej błękitem metylenu (w chwili zaczęcia doświadczenia słup wody wynosił 45 ctm., licząc od poziomu tchawicy zwłok), znaleźliśmy dość zbitą i obfitą pianę obok bardzo obfitego błękitnego płynu. Tak piana, jak i płyn, wydobywały się po otwarciu kaniuli na zewnątrz zrazu bardzo szybko, przyczem zwolna zapadały się przedtem wypuklone powłoki brzuszne i rozszerzona klatka piersiowa, potem coraz to wolniej, wreszcie tylko po uciśnieniu powłok brzusznych lub ścian klatki piersiowej. Ilość wody, która w tych warunkach wolno wniknęła do płuc zwłok psów, wynosiła przeciętnie w stosunku do 1 kg. wagi zwierzęcia 75 sz. ctm.

Przeważna część badaczy, jak Fothergill (32), Eggert (33), Casper-Liman, Bělohradsky (34), Skrzeczka (35), Falk (36), Lesser (37), Cerardini (38) itd. mniema, że płyn, znajdujący się w drogach oddechowych i płucach utopionych, przedstawia mieszaninę płynu topielnego, śluzu i przesięku z pęcherzyków płucnych, wskutek czego właśnie płyn ten tworzy tak łatwo pianę przy mieszaniu się z powietrzem. Natomiast Paltauf (39) twierdzi na podstawie swych doświadczeń, że płyn ten „składa się z płynu topielnego, którego przymieszki stanowią nieco śluzu, krwi, nabłonków, natomiast przesięk opuchlinowy najwyżej chyba w znikająco małych śladach“. Wreszcie wedle Brouardela (40) śluz, wydzielony wskutek zadraźnienia błony śluzowej, jest powodem tworzenia się owej gęstej piany.

Twierdzenia autorów, chociaż sprzecznego, jakoby płyn, znajdujący się w drogach oddechowych osób utopionych, zawierał także przesięk z pęcherzyków płucnych, nie można żadną miarą pominąć przy wyjaśnianiu różnicy w zbitości i gęstości piany, powstałej w drogach oddechowych utopionych, a w drogach oddechowych dopiero po śmierci we wodę pogrążonych, albowiem, gdyby płyn ten u utopionych składał się w istocie także z przesięku, zawierającego białko, w takim razie szczegół ten tem więcej jeszcze wyjaśniałby, dlaczego płyn tworzy u nich zbitszą pianę, niż płyn znajdujący się w przewodzie oddechowym zanurzonych po śmierci do wody. Wiadomo przecież, że płyny, zawierające białko, pienią się bardzo łatwo i silnie. Z drugiej znów strony, jeźli płyn ten u utopionych zawiera przesięk, to musi on wskutek tego posiadać więcej soli, niż płyn niezmieszany z przesiękiem, a obecność większej ilości soli w płynie musi znowu wpłynąć obniżająco na jego punkt marznięcia, zatem na jego Δ przy badaniu kryoskopowem.

Celem wyjaśnienia tej wątpliwości, utopiliśmy kilka zwierząt (psów) we wodzie zabarwionej błękitem metylenu, kilka zaś innych po zabiciu postrzałem w głowę zanurzyliśmy w tej samej wodzie obok utopionych w jednakiej głębokości. Po upływie 6 godzin wydobyto wszystkie zwłoki z wody, poczem zebrano przy pomocy pompy ssącej pianę oraz płyn z ich dróg oddechowych i badano je zapomocą kryoskopu Beckmanna. Zarazem zbadano pod mikroskopem ich pianę, przyczem okazało się, że piana tak utopionych, jako też po śmierci wrzuconych do wody psów zawierała te same morfotyczne składniki, t. j. nabłonki przeważnie w formie komórek kubkowatych, czerwone ciałka krwi, nieliczne leukocyty i nitki śluzu. Wynik badania kryoskopowego był następujący:

Δ wody zabarwionej błękitem metylenu, w której zwłoki spoczywały przez 6 godzin $= -0{\cdot}055$; Δ płynu z dróg oddechowych psów utopionych przeciętnie $= -0{\cdot}29$; wreszcie Δ tego samego płynu psów zastrzelonych i potem zanurzonych do wody — przeciętnie $= -0{\cdot}12$.

Powyższe badanie dowiodło, że płyn z dróg oddechowych zwierząt utopionych zawiera w równych warunkach doświadczenia więcej soli, jako obniżających jego punkt marznięcia, niż ten sam płyn ze zwierząt, po śmierci pogrążonych we wodzie. Ponieważ zaś dowiedzionem jest, że u tonących wnika woda do płuc, a stąd do krwi, wobec czego równocześnie nie może się odbywać przesiąkanie cieczy z krwi do pęcherzyków płucnych, przeto większa ilość soli, stwierdzona badaniem kryoskopowem w płynie z dróg oddechowych zwierząt utopionych, może pochodzić tylko z procesu diosmozy, odbywającego się przez ścianę pęcherzyków płucnych między krwią z jednej strony, a wodą zaaspirowaną wśród tonięcia z drugiej strony. Proces diosmozy musi się energiczniej odbywać wśród tonięcia, zatem za życia, niż po

śmierci, jak tego dowodzą wyniki badania kryoskopowego, albowiem za życia zaaspirowana do pęcherzyków płucnych woda [1]) spotyka w naczyniach krwionośnych, oplatających ich ściany, krew krążącą, zatem krew ustawicznie świeżą, wodą nierozcieńczoną, zatem tę samą znaczną ilość soli posiadającą, powtóre może być przepuszczalność błon zwierzęcych po śmierci mniejszą, niż za życia.

Powyższe doświadczenia stwierdzają zatem ponad wszelką wątpliwość, że płyn, zalegający drogi oddechowe utopionych, zawiera o wiele więcej składników krwi, które doń przeszły wskutek diosmozy, niż ten sam płyn ze zwierząt, wrzuconych po śmierci do wody. Płyn zaś zawierający więcej soli musi się łatwiej pienić i tworzyć zbitszą pianę. W ten sposób zostało stwierdzone, że i w zwłokach wrzuconych do wody może się znaleźć piana, zalegająca ich drogi oddechowe, że piana ta zawiera te same morfotyczne składniki, jak piana utopionych, że wreszcie różni się ona od piany utopionych mniejszą swą obfitością i ilością, lecz różnica ta może być w celach rozpoznania, czy się ma do czynienia z utopieniem, czy pośmiertnem pogrążeniem we wodzie, tylko wtedy wyzyskaną, gdyby się miało do porównania zwłoki utopionego i po śmierci zanurzonego w wodzie, które w tej samej wodzie równie długo spoczywały. Ponieważ zaś takie porównanie w praktyce nie może mieć miejsca, przeto gdy, jak to wykazaliśmy, piana taka tworzy się także w zwłokach do wody wrzuconych, nie może jej obecność stanowić dowodu śmierci wskutek utonięcia.

Zwiększona objętość płuc utopionych i dobywanie się ich na zewnątrz z otwartej klatki piersiowej przy sekcyi były już znane dawnym badaczom, jako wystarczające cechy dla rozpoznania śmierci wskutek utonięcia. Wejrzenie takich płuc opisują oni rozmaicie. Albert podaje, że płuca takie wypełniają dokładnie klatkę piersiową, posiadają zagłębienia od ucisku żeber, są w dotyku ciastowate; wedle Riedla są „rozszerzone, ciastowate i rozmiękłe;“ wedle Günthera tylko „rozszerzone“; wedle Hormana „nadęte;“ wedle Maschki „rozdęte;“ wedle Wistranda „o zwiększonej objętości“. Kanzler (41) określa je także jako „wydęte i rozszerzone“, dodając przytem, że zmiana ta bywa dość często na tyle wyraźną, iż stanowi cechę przydatną dla rozpoznania śmierci wskutek utonięcia. Zdaniem Buchnera (42) zmiana ta jest najpewniejszą cechą rozpoznawczą śmierci z utonięcia, zarazem uważa on za przyczyny tego objawu w części przekrwienie płuc, w części istotne przepełnienie ich powietrzem („hyperaërye“ Caspra), w części wreszcie przepełnienie dróg oddechowych płynem topielnym z następowem wyparciem z nich powietrza do pęcherzyków płucnych. To tłómaczenie powstania tej zmiany płuc opiera się na wywodach Caspra (43), który nazwał ją „hyperaëryą“, a wyjaśniał jej powstanie kilkakrotnem wypływaniem tonącego na powierzchnię i zaczerpywaniem przez niego znacznej ilości powietrza do swych płuc. Dlatego też uważa Casper zmianę tę za ostro powstającą rozedmę. Mücke (44) tłómaczy ją nadmiernem rozciągnięciem płuc przez silne wdechy, wskutek czego osłabia się ich elastyczność tak, iż po otwarciu klatki piersiowej nie mogą się one już prawidłowo ściągnąć i zapaść. Zdanie to podziela także Laub (45) i twierdzi, że zmiany tej nie można dlatego czynić zależną od zamknięcia powietrza w pęcherzykach płucnych przez płyn topielny, zalegający oskrzela, ponieważ płuca utopionych nawet wówczas się nie zapadają, gdy płyn topielny z czasem z nich ustąpi. Inaczej sądzą Tardieu (46) i Skrzeczka (47), którzy „hypervolumen“ płuc utopionych uważają za skutek ucisku, wywartego przez płyn topielny w drogach oddechowych na powietrze, mieszczące się w płucach tak, iż ono ujść z nich nie może. Wedle Cerardiniego i Lessera (48) wydziela błona śluzowa oskrzeli wśród tonięcia większą ilość śluzu, który zatykając drobne oskrzeliki i nie dozwalając przez to ujść powietrzu z pęcherzyków płuc, znosi ich możność zapadnięcia się. Lesser dowodzi nadto, że płuca utopionych dopiero wówczas mogą się przy otwarciu klatki piersiowej zapaść, gdy się śluz w oskrzelikach wskutek gnicia rozłoży. Sama woda, która wniknęła do płuc zwłok, w niej zanurzonych, nie była w stanie, jego zdaniem, powstrzymać zapadania się płuc. Tak więc zdaniem Lessera niezapadanie się płuc przy otwarciu klatki piersiowej może być wywołane tylko przez utonięcie za życia, a nie przez zanurzenie zwłok we wodzie. Paltauf wyjaśnia zmianę tę przedostaniem się płynu topielnego z pęcherzyków płucnych do tkanki międzypęcherzykowej, Strassmann (49) zaś zapomocą teoryi Traubego. W myśl tej teoryi płuca, wypełniające za życia i po śmierci worki opłucnowe, kurczą się z chwilą otwarcia klatki piersiowej wskutek swej wrodzonej sprężystości. Jeżli się jednak znajdą w drogach oddechowych ciała obce, które ciężarem swym i przyczepnością do ścian stawią opór sprężystości płuc, w takim razie siła ta działać przestaje i płuca nie mogą się skurczyć i zapaść po otwarciu klatki piersiowej. Teorya Traubego tłómaczy więc zjawisko niezapadania się płuc w sposób czysto fizyczny. Ponieważ woda, wnikająca do dróg oddechowych zwłok, w niej zanurzonych, musi także przez swój ciężar i przyczepność stawiać opór sprężystości płuc, przeto, jeźli teorya ta jest słuszną, powinny się płuca zwłok do wody wrzuconych również nie zapadać po otwarciu klatki piersiowej. Tymczasem mimo to twierdzi Strassmann, że woda, wnikająca po śmierci do dróg oddechowych zwłok, nie może wywołać powiększenia się ich objętości, oraz zapobiedz ich zapadaniu się przy sekcyi.

W ostatnim czasie usiłował Margulies tę zmianę płuc w zwłokach utopionych wytłómaczyć w sposób teoretyczno-fizyologiczny. Zgodnie z Casprem i Strassmannem uważa ją za rozdęcie płuc nadmiarem powietrza. Według jego zdania posiada każdy tonący w swych płucach oprócz powietrza zalegającego powietrze oddechowe zapasowe, i może pokaźną część powietrza uzupełniającego, zatem o 2—$3^1/_2$ litra więcej powietrza, niż zwłoki zanurzone w wodzie. Powietrze to zostaje w pęcherzykach płucnych uciśnięte, albowiem nie może z nich ujść, ponieważ woda, silnie zatrzymywana w włoskowatych oskrzelikach, na to nie dozwala. Ponieważ na klatkę piersiową wyjętych z wody zwłok utopionego przestaje woda wywierać ciśnienie, przeto pęcherzyki płucne, wypełnione zgęszczonem powietrzem, mogą obecnie dzięki podatności ścian klatki piersiowej się rozszerzyć. Skoro zaś przy sekcyi otworzy się klatkę piersiową, a więc zniesie się także i przez nią stawiany opór, wówczas

[1]) W pracy naszej, przyjętej na posiedzeniu styczniowem 1904 przez Wydział matematyczno-przyrodniczy Akademii Umiejętności, wykazaliśmy doświadczalnie stanowczo, że tonący wdycha wodę do płuc głównie w okresie duszności, a nie w okresie oddechów końcowych.

rozszerzają się pęcherzyki płucne, wypełnione zgęszczonem powietrzem dalej, wobec czego płuca wydobywają się na zewnątrz z jamy piersiowej, zamiast się zapaść. Im więcej powietrza wniósł tonący w swych płucach pod powierzchnię wody, tem silniej się ono w pęcherzykach płuc zagęszcza, a więc tem znaczniejszą będzie „hyperaërya“. Najsilniejszą winna być zdaniem Marguliesa „hyperaërya“ w płucach osób, które utonęły po głębokim wdechu, gdy u utopionych po głębokim wydechu należy teoretycznie przypuścić jej brak.

Z zestawionych powyżej zdań wynika, że zwiększona objętość i niezapadanie się płuc u utopionych przy sekcyi należy uważać za zmiany powstałe za życia, którym wobec tego, jeźli tylko są dość wyraźne, trzeba przypisać poważne znaczenie przy rozpoznawaniu śmierci z utonięcia.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dw. Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

O podwiązywaniu guzów krwawniczych według metody Riedla.

Podał

Dr. Jan Stopczański, b. elew kliniki.

Według odczytu na XIII Zjeździe chirurgów polskich.

Z pośród wielu sposobów bezkrwawego leczenia guzów krwawniczych najwięcej się rozpowszechniła, szczególniej w Niemczech, metoda podwiązywania. Dawna jednak metoda podwiązywania wypadniętych guzów krwawniczych uległa w biegu lat licznym zmianom. I tak wspomnieć tu należy o ulepszeniu tej metody przez Dittla, który zamiast zwykłego podwiązywania jedwabiem polecił tak zw. elastyczną podwiązkę, przez co uzyskał pewniejsze oddzielenie obumierających podwiązanych guzów od zdrowej błony śluzowej. Chassaignac w roku 1856 miażdży guzy krwawnicze zapomocą tak zw. „Ecrasement lineaire“, przyrządu przez siebie zbudowanego, działającego nakształt pierścienia metalowego, zmniejszającego stopniowo swój obwód.

Swenson w roku 1876 przy licznych guzach krwawniczych, tak zw. wieńcu krwawniczym, poleca następujący sposób: po rozszerzeniu otworu stolcowego cały wieniec krwawniczy ujmuje w dwa palce, przebija podstawę guzów igłą, zaopatrzoną w podwójny szew, nacina cokolwiek błonę śluzową na podstawie guzów i wiążąc szew, silnie go zaciąga. Następnie w ten sam sposób zakłada jeszcze dwa szwy i powyżej podwiązania guzy odcina W nowszych czasach St. Brodie, Quain, Curling podali sposób, polegający na okłuciu podstawy guzów zapomocą podwójnego szwu, który następnie po przeciwnych stronach guza się zawiązuje. Dalszy sposób podwiązywania podany został przez Allinghama i Sohna. Mianowicie po rozciągnięciu zwieracza oddziela się guzy krwawnicze wraz z błoną śluzową, poczynając na granicy skóry i błony śluzowej i następnie podwiązuje się guz, który zwisa tylko na mostku błony śluzowej. Starke postępuje inaczej, przecinając najpierw zwieracz pośrodku tylnej ściany odbytnicy, poczem nacina błonę śluzową na podstawie guza i w miejscu nacięcia zakłada podwiązkę.

W roku 1902 w kwietniu podał Riedel na zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie swój sposób, którego użył u 32 chorych i otrzymał zadowalniające wyniki. Sposób ten tylko tem się różni od sposobu Brodie, że Riedel poleca zakładać szwy nie przez podstawę guza krwawniczego, lecz pod żyły krwawnicze przez najgłębszą warstwę zwieracza, przez co wyniki tego sposobu mogą być pewniejsze wskutek następnego zarośnięcia naczyń krwawniczych. Sposobem tym operowano na klinice pięciu chorych; powodem, że tak niewielu chorych operowano, nie był za mały materyał, lecz znaczne dolegliwości, jakich chorzy w czasie pierwszych dni po operacyi doznają.

Przygotowano chorych do tej operacyi w ten sposób, że przez dwa dni podawano choremu olej rącznikowy przy zachowaniu dyety półpłynnej. Na 12 godzin przed operacyą dostaje chory okład kwaśny po dokładnem ogoleniu okolicy odbytu, zaś przed samą operacyą 12—15 kropli nastoju makowca *(tinct. opii simpl.)*.

Wszystkich chorych operowano w znieczuleniu rdzeniowem, w jednym tylko przypadku, ponieważ znieczulenie rdzeniowe zawiodło, użyto uśpienia chloroformowego.

Co się zaś tyczy samego zabiegu operacyjnego, to wykonywano go w klinice w następujący sposób: Po dokładnem obmyciu pola operacyjnego w ułożeniu chorego na bok rozrywa się palcami zagiętymi zwieracz. Rozerwanie zwieracza bardzo ułatwia sam zabieg tak, że nawet bez wziernika można go wykonać. Następnie igłę, zaopatrzoną w szew katgutowy, wkłuwa się w błonę śluzową powyżej zwieracza, przeciąga się igłę popod żyły krwawnicze przez najgłębszą warstwę zwieracza, wykłuwając na granicy błony śluzowej i skóry, poczem szew się wiąże. W ten sposób w odległości $^3/_4$ ctm. od pierwszego szwu w równych odstępach zakłada się następne. Po założeniu szwów, które nie trwa dłużej nad kilka minut, cały zabieg operacyjny jest ukończony.

Co się tyczy opatrunku pooperacyjnego, to jeżeli jest krwawienie z rozerwanego zwieracza lub z nadwerężonych igłą żył krwawniczych, należy założyć opatrunek bezgnilny w kształcie litery T, jeżeli niema żadnego krwotoku, wystarczy samo zasypanie proszkiem jodoformowym.

Po operacyi chorzy dostają przez 7—8 dni 3 razy dziennie makowiec (*tinct. opii simpl.*) po 10—15 kropli, przyczem dyeta jest płynną. Ósmego dnia zwykle podaje się choremu olej rącznikowy, zaś po stolcu, przy którym zwykle odchodzi jeszcze nieco krwi i resztki obumarłych guzów krwawniczych, poleca się choremu ciepłą kąpiel nasiadową.

W następujących pięciu przypadkach użyto na klinice sposobu Riedla.

I. *Jakób T.*, lat 35, żonaty, od ośmiu lat cierpi na krwawnice. Krew w stolcu czasem się pojawiała. Od trzech lat zauważył, że guzy w otworze stolcowym są wielkości orzecha włoskiego. W ostatnich dwóch tygodniach chory guzów po oddaniu stolca z powrotem do odbytnicy odprowadzić nie może, przyczem i krew obficiej odchodzi Od trzech miesięcy chory zmizerniał i jest osłabiony.

Otwór stolcowy otoczony licznymi guzami różnej wielkości: najmniejszy jest wielkości ziarna fasoli, największy wielkości orzecha włoskiego. Guzy te pokryte bladą błoną śluzową, częściowo wyschniętą tak, że sprawia wrażenie pergaminu.

Leczenie: *Ligatura nodorum modo Riedel* w uśpieniu chloroformowem, gdyż znieczulenie rdzeniowe sposobem Biera zawiodło.

Chory przez pierwsze dwa dni po operacyi żalił się na bardzo przykre bole w odbytnicy i nie mógł oddać moczu, który mu się co 8 godzin cewnikiem spuszcza. W celu zmniejszenia bolów chory dostaje po dwa czopki morfinowe. W pierwszym tygodniu chory gorączkował, jednak ciepłota po podaniu olejku rącznikowego opadała do

stanu prawidłowego. Guzy stopniowo się zmniejszały, bole zupełnie ustąpiły i w drugim tygodniu pobytu na klinice chory wychodzi wyleczony.

II. *Franciszek M.*, lat 30, nieżonaty, od dwóch lat miał krwotoki z odbytnicy, powtarzające się co parę tygodni, w ostatnich zaś czterech miesiącach prawie codziennie mierny odpływ krwi po stolcu.

Badanie wziernikiem stwierdza powyżej zwieracza wieniec guzków wielkości ziarna grochu i nieco większych, barwy sino-czerwonej; wraz z wziernikiem guzy łatwo wysuwają się na zewnątrz, łatwo również wracają do odbytnicy.

Leczenie: *Ligatura nodorum modo Riedel* w znieczuleniu rdzeniowem. Wymioty, które pojawiły się zaraz po operacyi, ustały w krótkim czasie, bolu głowy i gorączki nie miał i jedynie bole w otworze stolcowym w pierwszych dwóch dniach choremu bardzo dokuczały. W tym czasie również chory moczu sam oddawać nie mógł. W piątym dniu po operacyi, po przeczyszczeniu, przy stolcu odeszła niewielka ilość krwi, w następnych jednak dniach krew się już nie pokazuje, guzy się stopniowo zmniejszają i stają się suchsze; w 12 dniu błona śluzowa odbytnicy prawie oczyszczona i chory wyleczony opuszcza klinikę.

III. *Markus R.*, lat 31, żonaty. Już w 18-tym roku zaczął cierpieć na krwawnice. Od dwóch lat znaczne pogorszenie. Częste krwotoki i silne bole. Z odbytnicy wypada po lewej stronie fałd bladej błony śluzowej, z której od wewnątrz wyrasta guzek wielkości orzecha laskowego, pokryty błoną śluzową, sino-czerwono zabarwioną. Tak wypadła błona śluzowa, jak i guzek, z nią w związku zostający, z łatwością do odbytnicy wprowadzić można. Palec, wprowadzony do odbytnicy, stwierdza: błona śluzowa na podstawie luźna, łatwo daje się przesuwać, na niej po stronie lewej rozlane guzki powyżej zwieracza zewnętrznego, wyżej zaś i od przodu gruby fałd błony śluzowej, różniący się zbitszą konsystencyą od reszty błony śluzowej i sprawiający wrażenie guza o owrzodziałej powierzchni. Przy parciu na stolec wypada z odbytnicy ten guz kształtu kalafiorowatego, pokryty sino-czerwoną błoną śluzową.

Leczenie: Operacya sposobem Riedla w znieczuleniu rdzeniowem. Przy zakładaniu podwiązek było niewielkie krwawienie. Założono po operacyi opatrunek w kształcie litery T. W pierwszym dniu pojawiła się gorączka do 38·8 i bardzo silne bole w otworze stolcowym, które na drugi dzień znacznie się zmniejszyły, jak również i ciepłota spadła. W tym czasie również odprowadza się cewnikiem choremu mocz, który dopiero w trzecim dniu sam chory może oddawać.

Dalszy przebieg zupełnie pomyślny, guzy krwawnicze coraz bardziej się zmniejszają i w 11-tym dniu po operacyi chory wyleczony opuszcza klinikę.

IV. *Chaim B.*, lat 41, żonaty. Od dwóch lat zauważył w otworze stolcowym guzy, które przy oddawaniu stolca powiększają się i sprawiają bole.

W otworze stolcowym, jako też naokoło niego znajduje się kilka guzków mniejszych i większych, dochodzących do wielkości orzecha laskowego; przy parciu na stolec guzy te wychodzą na zewnątrz. Oprócz tego szczelina odbytu po stronie prawej.

W znieczuleniu rdzeniowem rozerwano zagiętymi palcami zwieracz, poczem założono sposobem Riedla 7 podwiązek. W 2 godziny po operacyi zaczęły się tak silne bole w otworze stolcowym, że chory wyleżeć nie może i przybiera rozmaite pozycye, starając się w ten sposób sobie ulżyć. Bole te, prawie jednakowo silne, trwały całą noc i do południa dnia następnego.

W następnych dniach chory czuje się dobrze, w ósmym dniu po przeczyszczeniu pokazało się nieco krwi, zresztą przebieg był niczem nie zakłócony i w 15-tym dniu chory opuszcza klinikę wyleczony.

V. *Chaim K.*, lat 48, żonaty. Cierpi drugi rok na powtarzające się, długo trwające upływy krwi z odbytnicy i silne bole i pieczenie w otworze stolcowym.

Przy parciu na stolec wychodzi z odbytnicy kilkanaście sinych guzków krwawniczych wielkości fasoli do czereśni, istnieją także nieliczne guzki podskórne.

Leczenie: *Operatio haemorrhoid. modo Riedel* w znieczuleniu rdzeniowem. Po operacyi chory tylko przez pierwsze kilka godzin miał bole w otworze stolcowym. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny i w 12-tym dniu po operacyi chory wyleczony opuszcza klinikę.

W żadnym z wymienionych przypadków nie było w przebiegu pooperacyjnym żadnego powikłania, wszystkie przebiegały bez ropienia, chociaż w I przypadku podwiązano guzy krwawnicze uwięzłe, w II przypadku był nieżyt błony śluzowej odbytnicy, w IV przypadku obok guzów krwawniczych szczelina odbytu.

Te trzy więc przypadki ze względu na wspomiane zmiany nie nadawały się do operacyi krwawej, wycięcia guzów. We wszystkich pięciu przypadkach chorzy doznawali znacznych bolów, które występowały mniej więcej w 2 godziny po operacyi i trwały średnio 24 godzin z jednakowem natężeniem. Z tego tylko powodu sposobu Riedla, jakkolwiek bardzo prostego i łatwego do wykonania, nie stosowano w większej liczbie przypadków, posługując się chętniej sposobem Whitehead-Esmarcha.

Jednak nic nie przemawia za tem, aby sposób ten zupełnie odrzucić, zwłaszcza, że wykonać go może każdy lekarz, nawet nie chirurg, ponieważ nie wymaga ani większej techniki operacyjnej, ani asystencyi, a dotychczasowe wyniki tego sposobu są zupełnie pomyślne.

Ma ten sposób wyższość nad odpalaniem guzów krwawniczych pod tym względem, że leczenie po tym sposobie trwa znacznie krócej, od 10—15 dni; po sposobie Langenbecka natomiast leczy się chorych około 6 tygodni. Ważną zaletą tego sposobu byłoby również to, że można użyć go u chorych ze zmianami takiemi, jak przetoki odbytnicy zupełne lub niezupełne, stany zapalne lub nieżytowe błony śluzowej kiszki stolcowej, zmiany zapalne okołoprostnicowe, znaczne szczeliny, uwięznięcie guzów krwawniczych, przy których to zmianach ze względu na łatwo następujące zakażenie nie operuje się krwawo.

W tym kierunku jednak brak większej statystyki, aby można mieć pewną wskazówkę.

W końcu niechaj mi wolno będzie serdecznie podziękować Panu Radcy Dworu Prof. Rydygierowi za odstąpienie i pozwolenie ogłoszenia przypadków, jak również za cenne Jego wskazówki.

III. Oceny i sprawozdania.

O leczeniu przewlekłych spraw zapalnych nerek (choroby Brighta) sposobem Edebohlsa.

Zdał sprawę
M. W. Herman (Lwów).

Już w latach 1886 i 1896 ogłaszali R. Harrison, D. Newmann i R. Wolff prace, w których dowodzili, że po ustaleniu w pewnych, odpowiednich przypadkach nerki ruchomej, z moczu znikało białko, znikały wałeczki. Podobne zjawisko zauważył w parę lat później (1899) i Edebohls i opisał je w „Medical News“ p. t. „Przewlekłe zapalenie nerki ruchomej, jako wskazanie do przyszycia nerki“. Mniej więcej równocześnie pojawiły się prace A. H. Fergussona i dalsze R. Harrisona w tej samej sprawie. Nie wszyscy jednak wysnuli jednakie wnioski z podobnych spostrzeżeń. Gdy bowiem wszyscy wymienieni autorowie, z wyjątkiem Edebohlsa, zgodzili się, jedni milcząco, drudzy zaś wyraźnie, jedynie na to, że w nerce ruchomej rozwinąć się może stan zapalny i że stan ten, pozostający w przyczynowym związku z nieprawidłową ruchomością narządu, znika, gdy usuniemy przyczynę, wywołującą go, to jeden tylko Edebohls we wnioskach swych

poszedł inną drogą i rozumował tak: Stan zapalny, jaki istniał w nerce przed jej ustaleniem, ustąpił nie dzięki jej ustaleniu, lecz dzięki wytworzeniu się nowych naczyń w zrostach, ustalających nerkę w nowem położeniu. Zdawało mu się zatem, że szczególniejszą kłaść należy wagę na zrosty, które łączą z otoczeniem miąższ nerkowy, obnażony z torebki włóknistej, co się zawsze dzieje (oczywiście częściowo tylko) przy przyszyciu nerki. A jeżeli to jest prawdą, to prawdą powinno być i to, że w każdej innej przewlekłej postaci zapalenia nerek, choćby tej sprawie chorobowej nie towarzyszyła druga, t. j. nieprawidłowa ruchomość narządu, takie sztuczne wytworzenie niejako krążenia obocznego może korzystnie wpłynąć na sprawę zapalną. Na poparcie takiego rozumowania znalazły się później i inne argumenty. Parę razy nadarzyła się Edebohlsowi sposobność odsłonięcia nerki, dawniej już pozbawionej torebki własnej (włóknistej). Oddzielając zrosty, ustalające nerkę, zauważył E., że trzeba było podwiązywać bardzo wiele naczyń i to przeważnie tętniczych, w których prąd krwi dążył od obwodu do nerki. Takie zaś obfite przemywanie całego narządu krwią tętniczą nie może pozostać bez wpływu, oczywiście dodatniego, na stan narządu. W znanym podręczniku anatomii patologicznej Zieglera znalazł Edebohls nawet ustęp, który świadczy, że w takich warunkach zwyrodniałe i nieczynne nabłonki mogą się odradzać i obejmować napowrót swą swoistą czynność. I tym sposobem zrodził się nowy sposób, niesłyszany i nieprzeczuwany do końca prawie ubiegłego stulecia, sposób leczenia choroby Brighta na drodze operacyjnej.

Pojęcie choroby tej u Edebohlsa i w Ameryce wogóle jest prawdopodobnie obszerniejsze, niż w Europie, a jak wnosić można z krótkich i niezbyt dokładnych opisów chorób, dołączonych do prac Edebohlsa, Fergussona i i., rozpoznają ją tam we wszystkich tych przypadkach, w których w moczu stwierdzą białko i wałeczki. Uderzają zaś dwa szczegóły. Pierwszy to ten, że w historyach chorób podają często obniżenie, powiększenie i bolesność jednej lub obu nerek, i równie często podkreślanym bywa ten drugi, dla nas bardzo dziwny szczegół, że cierpieniem zajęta była jedna tylko nerka, — czyli że choroba Brighta ograniczała się do jednej tylko nerki. Nie dziw więc, że Thorkild Rovsing (z Kopenhagi), zaczepiony przez Edebohlsa, bardzo ostro krytykuje owe historye chorób i rozpoznanie „*morbus Brighti*“ podaje w wątpliwość. Podobną krytykę wypowiada Israel przez usta Rosensteina, Kümmel i inni. Ostatecznie jednak G. M. Edebohls rzecz tak przedstawia, że każdy przypadek przewlekłego zapalenia nerek, bez względu na to, czy to jest zapalenie śródmiąższowe, czy miąższowe, czy też postać mieszana, należy leczyć operacyjnie: „*ich denke durch die erhaltenen Resultate des Bestimmtesten bewiesen zu haben, dass es möglich ist, die chronische Nierenentzündung durch operative Behandlung zur Heilung zu bringen*“ (str. 40)[1]). A tego nikt dotychczas powiedzieć nie mógł. Wyniku po operacyi spodziewać się tam tylko nie można, gdzie chory jest już umierającym („*ist der Patient thatsächlich moribund*“... str. 42)[2]), bo wówczas nie ma już dość czasu, aby wywołać odpowiednie zmiany krążenia w nerkach, na które należy czekać przynajmniej 10 dni.

Kiedy operować? Zdaniem Edebohlsa postacie ostre nie nadają się do chirurgicznego leczenia, w postaciach zaś przewlekłych operować się powinno, skoro tylko rozpozna się chorobę Brighta, „nigdy bowiem przewidzieć nie możemy, kiedy chory, dotknięty cierpieniem Brighta, przeniesie się na tamtą stronę“ (str. 25)[3]). Wskazówek pod tym względem nie możemy się doczytać i w innych pracach zwolenników postępowania Edebohlsa. Jedynie M. Patel i P. Cavaillon, opisując spostrzeżenia z oddziału Jaboulaya, dodają, że najkorzystniej jest operować wówczas, kiedy cierpienie przeszło w okres przemijającego polepszenia po ustąpieniu przypadłości mocznicowych, a zatem „*operation à froid*“. Technika operacyi dość prosta i łatwa. Chorego układa się na brzuchu na poduszce powietrznej, w ten bowiem sposób nerki przybliża się do okolicy lędźwiowej i ułatwia ich wydobycie poza ranę. Edebohls operował przeważnie w uśpieniu eterowem, — wolałby jednak operować w uśpieniu mieszanem tlenkiem azotowym i tlenem, gdyby „miał zawsze pod ręką Dra Thomasa L. Bennetta“ (t. j. bardzo wprawnego narkotyzera). Zresztą chwali E. kokainizowanie rdzenia, któremu to sposobowi znieczulania przyznaje (bardzo słusznie!) pewne zalety w chirurgii nerek, jakkolwiek sposobu tego w swych operacyach nigdy nie użył, nie wspomina zaś wcale o znieczulaniu miejscowem zapomocą płynu Schleicha. Niekorzystny wpływ narkotyków, przedewszystkiem chloroformu, a eteru w mniejszym stopniu, nawet na nerki zdrowe, jest znanym. Nierównie szkodliwszym musi być ten wpływ na nerki chore: wybierać się zatem winno tylko między znieczuleniem rdzeniowem a miejscowem, o których wiemy na pewno, że na nerki wcale nie działają. Nerki odsłania Edebohls i przeważna część jego naśladowców cięciem lędźwiowem Simona, jakkolwiek Edebohls nie nazywa go po imieniu, a tylko opisuje. Po przecięciu powięzi poprzecznej brzucha następuje wydobycie nerki z osłonki tłuszczowej, ostrożne przecięcie torebki włóknistej wzdłuż całego równika nerki, złuszczenie tej torebki w całej jej rozciągłości z przedniej i tylnej powierzchni nerki i odcięcie jej tuż ponad miedniczką. Tak obnażoną nerkę zapuszcza Edebohls napowrót do rany, odprowadza do torebki tłuszczowej i szwem warstwowym zaszywa ranę zewnętrzną. Operacyę tę nazwał Edebohls „*decapsulatio renis v. nephrocapsectomia*“ i przestrzega, aby nie pomieszać jej z t. zw. „*nephrolysis v. nephrodeliberatio*“, podaną przez Rovsinga, lub, jak twierdzą Francuzi, przez Poussona. Istota bowiem tej operacyi uwolnienia nerki (*nephrolysis*) polega na rozerwaniu zrostów między torebką włóknistą, a tłuszczową, a złuszczenie torebki włóknistej, nie będące wcale istotą tej operacyi, zdarza się tylko przypadkowo, jeżeli się nie powiodło rozerwać zbyt silnych zrostów między obiema torebkami bez uszkodzenia torebki włóknistej. To mniemanie Edebohlsa sprostować usiłuje Rovsing zaznaczając, że gdzie tego zajdzie potrzeba, nacina i on także torebkę włóknistą, a nawet częściowo ją odłuszcza i wycina. Rovsing jest jednak przekonanym tak, jak m. i. Zondek i Ehret, że torebka włóknista nie jest bez znaczenia dla nerki, zawsze oszczędza ją jak najskrzętniej, natomiast w jak najrozleglejszym zakresie wycina tkankę łączną i tłuszczową w otoczeniu nerki. Zatem dla nieuprzedzonego istnieje różnica, i to wcale znaczna, między postępowaniem Edebohlsa a Rovsinga, jakkolwiek Rovsing stara się z niedość zrozumiałych powodów tę różnicę zmniejszyć ad minimum.

Technika operacyjna, podana przez Edebohlsa, doczekała się już jednej modyfikacyi. J. Bakeš, powołując się na doświadczenia (o których niżej) i wychodząc z tego założenia, że tkanka tłuszczowa, w którą wkłada się z powrotem obnażoną nerkę, mało jest unaczyniona, a więc nie może bynajmniej ułatwić tworzenia się krążenia ubocznego, zaleca, aby albo 1. obnażoną nerkę owinąć w sieć, wciągniętą do rany lędźwiowej z jamy brzusznej przez szczelinę, zrobioną w otrzewnej ściennej na dnie rany, lub też, gdyby sieć była zmienioną i zbliznowaciałą, 2. przesunąć nerki przez takąż szczelinę do jamy otrzewnej i umocować je pomiędzy podstawą krezki jelita cienkiego i kiszki grubej, po zniszczeniu nabłonka w nowem łożysku przez silne pocieranie otrzewnej wacikiem. Poprzednie badania na zwłokach, a potem jedna próba w szpitalu (z bezpośrednim wynikiem śmiertelnym z powodu zapalenia płuc) przekonały Bakeša o prostocie techniki tej modyfikacyi. Również nieco odmiennie postępuje Fergusson, który przedewszystkiem odsłania nerkę z cięcia w kształcie litery T, którego ramię

[1]) Porównaj ›Piśmiennictwo‹ Nr. porz. 5.
[2]) Tamże.
[3]) Tamże.

poziome przebiega równolegle i na palec poniżej XII żebra, prostopadle zaś na zewnętrznym brzegu mięśnia kwadratowego lędźwi, a potem po wydostaniu nerki złuszcza wprawdzie torebkę włóknistą z całej jej powierzchni, złuszczonej jednak nie odcina. Po zesunięciu torebki w kierunku wnęki tworzy się około szypuły mięsisty pierścień, za którym zawiesza F. nerkę, o ile była ruchomą, przyszywając go do mięśni. Podobnie z torebką włóknistą poczynał sobie Henry i zauważył rzecz wcale nieoczekiwaną. Mianowicie po obustronnem złuszczeniu bez wycięcia torebki, wykonanem u 24-letniego mężczyzny z powodu przewlekłego zapalenia nerek po zimnicy, nastąpiło pogorszenie, a po 8 dniach chory umarł wśród objawów mocznicy. Sekcya między innymi szczegółami stwierdziła i ten, że niewycięta torebka rozwinęła się napowrót i napowrót osłoniła nerkę niemal całkowicie. Mógłby więc Edebohls — ze swego stanowiska zupełnie słusznie — zarzucić, że w tym przypadku niepomyślny wynik przypisać należy zaniechaniu przepisów, przezeń podanych. (Dok. nast.).

IV. Wyciągi.

Dr. Alfred Fuchs. **Mierzenie wielkości źrenic i czasu oddziaływania źrenic na światło w różnych chorobach umysłowych i nerwowych.** *Wiedeń*, 1904. Po krótkim wstępie historycznym zastanawia się autor nad znaczeniem zmian wielkości źrenicy w psychiatryi i neurologii.

Ścisłość w badaniu wymaga metod przedmiotowych i dlatego starano się już od dawna obmyśleć rozmaite sposoby pomiarów zmian wielkości źrenicy.

Najprostsze są przyrządy do mierzenia, oparte na zasadzie porównywania danych otworów z wielkością źrenicy („Vergleichspupillometer“) lub wymiary linijne, zbliżane na sposób linii stycznych do brzegu źrenicznego („tangentiele Pupillometer“). Bardziej już złożone są przyrządy, oparte na zasadzie zdwojonych obrazów, albo rzucające zapomocą układu luster odpowiednie podziałki w sam otwór źreniczny. Prawdziwie przedmiotowym sposobem badania, którego wyniki dają się utrwalić na papierze, jest metoda fotograficzna, po raz pierwszy zastosowana przez Claude du Bois-Reymonda w r. 1888. Zdjęć migawkowych dokonywa się przy błyskawicznem świetle magnezyowem. Obok tego źródła światła można się także posługiwać światłem iskier z przyrządu Rhumkorffa, iskrą elektryczną (Vintschgau) lub promieniami pozafioletowymi, zapomocą których dokonał Gerten zdjęć fotograficznych rozszerzającej się źrenicy po zaciemnieniu. Nie brakło jednak temu sposobowi błędów, które były powodem różnych, często sprzecznych ze sobą wyników. Dopiero Schirmer (1894) stworzył podstawę dla pomiarów źrenicy, wskazując na ważne znaczenie, jakie ma przystosowanie się (*adaptatio*) badanego oka do otaczającego je środowiska świetlnego. Określił on w ten sposób pojęcie „fizyologicznej wielkości źrenicy κατ᾽ ἐξοχήν“, występującej po poprzedniem największem przystosowaniu się do danego natężenia światła (zawartego w granicach 100 do 1100 mk.) i po wyłączeniu wszelkich ubocznych wpływów ruchów zbieżnych, akomodacyi, psychicznych i czuciowych podniet. Przestrzegając tych zasad, można dopiero przystąpić do mierzenia czasu oddziaływania źrenicy zapomocą sposobu fotograficznego. Szczegółowe takie badanie wykonał Bellarminoff przy pomocy swojego „fotokoreografu“, a później posługiwał się podobnym przyrządem fotograficznym Braunstein w doświadczeniach swych nad unerwieniem ruchów źrenicznych.

Przyrząd, używany przez autora, jest podobnej budowy z nieznacznemi ulepszeniami i równie, jak poprzednie, może służyć tylko do zdjęć tęczówek jasnych. Niedogodność ta, ograniczająca ilość badanego materyału, znika przy zastosowaniu graficznego sposobu mierzenia czasu oddziaływania źrenicy. Sposób ten stosował jeszcze Donders w r. 1865 przy badaniu ruchów źrenicy. Sposób ten nie jest również bezwzględnie pewny, liczyć się tu bowiem należy z podmiotowym czasem oddziaływania badającego („persönliche Reaktionszeit“). Udoskonalony sposób nowszych czasów tem się jednak różni od dawniejszego, że można przy nim dokładnie określić ten podmiotowy czas oddziaływania i uwzględnić go jako stały czynnik w wynikach badań.

Autor dokonał pomiarów zapomocą sposobu fotograficznego u 93 osobników, zapomocą sposobu graficznego u 54, i u 12 osobników zapomocą obu sposobów dla porównania wyników. Wszystkie te przypadki, w których autor mierzył czas bezpośredniego oddziaływania źrenicy na światło, dotyczyły zaburzeń nerwowych i psychicznych.

Wyniki badań są następujące: W ostrych psychozach występuje leniwe oddziaływanie źrenicy (średnia szybkość podana w mm. 1·04); to samo zdarza się i w histeryi tak, że w wątpliwych co do rozpoznania przypadkach histeryi lub padaczki ten objaw przemawiałby bardziej za histeryą. W neurastenii bowiem i w padaczce oddziaływanie źrenic jest nadzwyczaj szybkie (1·401 i 1·430). Średnia szybkość oddziaływania źrenic w przewlekłem zatruciu wyskokiem jest mniejszą od prawidłowej (1·074). Wiąd rdzenia i porażenie postępowe (0·568) cechuje leniwe oddziaływanie źrenic, które należy uważać za okres przedwstępny do martwoty źrenicy. U morfinistów oddziaływają źrenice nadzwyczaj szybko w okresie wstrzymania się od zażywania trucizny, w przeciwieństwie do okresu, w którym dany osobnik znajduje się pod wpływem morfiny.

Te wyniki badań nie mają bynajmniej bezwzględnej wartości. Fotograficzny i graficzny sposób badań dalekie są jeszcze od doskonałości, spełniają one na razie tylko to zadanie, że znalezione liczby stanowią wartość względną, pozwalającą przeglądowo porównać czas oddziaływania źrenic na światło w rozmaitych chorobach. Od ulepszonych i wydoskonalonych sposobów badania zależeć będzie większa wartość przyszłych ściślejszych spostrzeżeń.

Do dziełka dołączonych jest 6 tablic, zawierających fotogramy źreniczne przeważnej części badanych przypadków. *Dr. W. Reis.*

M. i H. Labbé. **O rozbiorach chemicznych moczu.** (*La Presse médicale*, 1904, Nr. 56). O ile ocena składników chorobowych, jak białka, cukru, barwików żółciowych, bywa dziś należytą, o tyle częstokroć mylnie oceniają lekarze zawartość składników prawidłowych, jak chlorków, fosforanów, siarkanów, mocznika, kwasu moczowego i t. d. Stąd przeszły niektóre błędy do książek i opanowały pojęcia lekarzy. Tak naprzykład silne zmniejszenie się chlorków uważają za złą oznakę, a brak ich zupełny zapowiada według niektórych autorów zbliżanie się śmierci (Méhu). Otóż stan chlorków w moczu zależy od ilości wprowadzonych chlorków w pokarmie, oraz od zatrzymania chlorków w ustroju, które się zdarza w chorobach przejściowych i uleczalnych. Nawet zupełny brak chlorków nie jest złą przepowiednią. Niektórzy autorowie, uważając fosforany za wyraz rozpadu komórek, a przedewszystkiem tkanki nerwowej, sądzą, że wzmożone ich wydzielanie oznacza rozpad w ustroju i uważają ten stan za objaw początkowej gruźlicy i stanów nerwowych. Przekonanie to jest o tyle błędne, że tylko znacznie mniejsza część fosforanów pochodzi z rozpadu, natomiast z małymi wyjątkami zjawia się w moczu fosfor, spożyty w pokarmach. Nic dziwnego, że u chorych w początkowych okresach gruźlicy, zazwyczaj forsownie żywionych i spożywających substancye, obfitujące w fosfor, jak mięso, jaja, móżdżek, podpuszczkę cielęcą i t. d., a nawet zażywających w celach leczniczych glicerofosfaty lub lecytynę, znajdujemy w moczu nadmiar fosforu. Ażeby módz mówić o fosfaturyi, nie wystarcza porównać ilość fosforanów z średnią hypotetyczną, lecz uwzględnić należy ilość fosforu, wprowadzonego z pokarmami. Uwzględniając tę okoliczność Gourand znajdował u chorych, dotkniętych gruźlicą, ilość fosforanów nader zmienną i częściej niższą, aniżeli wyższą od średniej. Toż samo dotyczy mocznika. Hypoazoturya, którą niektórzy uważają za objaw, cechujący raka i odróżniający go od wrzodu żołądka, jest tylko wyrazem upośledzonego przyjmowania pokarmów mięsnych i zdarza się wogóle w każdem charłactwie, powstałem wskutek wycieńczenia. Zwłaszcza częstą jest ta błędna ocena co do kwasu moczowego. Nader często się zdarza, że tylko raz jeden stwierdziwszy zwiększenie się ilości kwasu moczowego, przypuszcza lekarz niesłusznie istnienie skazy moczanowej i chory otrzymuje nazwę artrytyka, ponieważ nie uwzględniono, czy spożył on w dniu poprzednim obfite jedzenie, albo też, czy spożywał substancye, przyczyniające się do zwiększenia ilości kwasu moczowego, n. p. móżdżek, wątrobę, nerki, podpuszczkę cielęcą, jaja w dostatecznej ilości etc. Wszystkie powyższe błędy wynikają zdaniem autorów z tego, że przywykliśmy za mało uwzględniać przy ocenach rozbiorów moczu kartę żywienia chorych, oraz sposób wessania pokarmów, które łącznie z wydzielinami dopiero dają właściwy wyraz równowagi żywienia ustroju. Nadto zapominamy, że składniki pokarmowe, aczkolwiek ilościowo nie zmniejszone, pojawiają się w moczu w zmienionej postaci. Tak n. p. fosforany kwaśne, zasadowe i obojętne pokarmów pojawiają się w moczu tylko jako kwaśne, lub też połączenia fosforanów z magnem mogą wystąpić w moczu jako sole podwójne magnowo-amonowe. Tak samo azot substancyj białkowych występuje pod rozmaitą postacią, bądź jako mocznik lub kwas moczowy, bądź jako substancye wyciągowe i nukleinowe albo amoniak. *Dr. M. Blassberg.*

Dr. E. Coester. **O rozpoznawaniu i leczeniu wiądu rdzenia.** (*Berliner klinische Wochenschrift*, Nr. 27, 1904). C. miał sposobność we Wiesbadenie spostrzegać znaczną liczbę chorych na wiąd (70), którzy z najrozmaitszemi fałszywemi rozpoznaniami tam przyjeżdżają. To mu daje sposobność omówić wczesne rozpoznanie i leczenie tej choroby. Wylicza więc wiele, znanych zresztą, wczesnych objawów tej choroby, kładąc słusznie wielką wagę na podmiotowe i przedmiotowe zmiany czucia. (Występują one najczęściej po stronie łokciowej kończyn górnych, na klatce piersiowej w postaci pasa na wysokości sutków i na tylnej i wewnętrznej powierzchni ud. — *Przyp. ref.*). Przestrzega dalej przed rozpoznawaniem wiądu dopiero wtedy stanowczem, kiedy się już dają stwierdzić wszystkie klasyczne objawy lub przynajmniej ich większość: przeciwnie w wielu przypadkach i bez nich można stanowczo wiąd rdzenia rozpoznać. Co do leczenia oświadcza się autor za leczeniem przeciwkiłowem, które teorya usprawiedliwia, a praktyka każe uznać za korzystne. Na dowód słuszności tego zapatrywania przytacza cały szereg przypadków wczesnego wiądu, leczonego rtęcią z dodatnim wynikiem.

(W bardzo znacznej liczbie przypadków może mikroskopowe badanie płynu mózgowordzeniowego, otrzymanego zapomocą nakłucia lędźwiowego, rozstrzygająco wpłynąć na rozpoznanie i na leczenie. Płyn ten bowiem w ogromnej większości przypadków chorób nerwowych na tle kiłowem zawiera zwiększoną ilość ciałek morfotycznych, a wtedy leczenie przeciwkiłowe musi odnieść skutek. Pewną też część przypadków C. możeby można w ten sposób pojmować, że chorzy ci nie cierpieli na wiąd rdzenia, ale na jedną z licznych odmian kiły rdzenia i jego opon. Wiadomo zaś, że odmian tych częstokroć niemożna wcale odróżnić od poczynającego się wiądu. Pytania zaś, czy wiąd należy leczyć rtęcią, czy nie, nie można uważać za rozstrzygnięte: Erb i cała szkoła Heidelberska stanowczo za tem leczeniem się oświadczają. Inni, jak n. p. Jolly, Oppenheim, Mendel, Leyden, Pierre-Marie sprzeciwiają się mu lub przynajmniej zalecają nadzwyczajną ostrożność przy tem leczeniu. To też praca Coestera, opierając się na licznym i świeżym, a przez długie lata obserwowanym materyale, tem większe budzić musi zajęcie. — *Przyp. ref.*) *Dr. A. Rydel.*

Heller. **Zapalenie żył na tle rzeżączkowem.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, 23, 1904). Zapalenie żył w przebiegu rzeżączki jest powikłaniem rzadkiem; przypadek autora jest dwudziestym piątym z notowanych w piśmiennictwie. Najczęściej zapadają na tę chorobę osobniki męzkie w wieku od 20—30 lat i wydarza się ona prawie zawsze przy pierwszem zakażeniu rzeżączką w okresie podostrym, czasem przy równoczesnem zajęciu stawów. Najczęściej bywają zajęte żyły kończyn dolnych, a specyalnie żyła podskórna odgoleniowa; zazwyczaj jednak schorzenie to zajmuje jedną żyłę, wyjątkowo może zająć także i większy obszar żył. Miejscowo występują bole i dość znaczne obrzęki z podniesieniem ciepłoty. Po ustąpieniu obrzęku można schorzałą żyłę wyczuć jako twardy, guzowaty, dość bolesny postronek. Przy zajęciu żył powierzchownych może przyjść do zmian w skórze, prowadzących częstokroć do zgorzeli. Nawroty bywają dość częste. Wynik jest zazwyczaj pomyślny, może jednak nastąpić i zejście śmiertelne z powodu zatoru, względnie zakażenia posokowatego. Rozpoznanie jest nietrudne, trzeba tylko uważać, by zapalenia tego nie wziąść za zapalenie stawu lub mięśni, czego uniknąć można przy dokładnem badaniu i pilnem spostrzeganiu przebiegu. Leczenie polega na spokoju, wysokiem ułożeniu kończyny, ciepłych okładach, zawijaniach watą; miejscowo stosować należy środki rozdzielające, a wewnętrznie podawać chininę lub antypirynę. W przypadku autora zajęta była żyła podskórna odłydkowa; przypadek zakończył się pomyślnie. *Dr. Żmigród.*

V. Vitek. **Tic ręki.** (*Revue v neurologii, psychiatrii* etc. Ročnik. I Č. 7). V. obserwował młodego, neuropatycznie usposobionego człowieka, dotkniętego „tikiem“ ręki. *Tic* ten polegał na skurczach klonicznych ręki prawej, które tylko przy pisaniu i tylko w czasie psychicznego wzruszenia występowały. Skurcze te były zupełnie niepodobne do kurczu pisarskiego. Przy tej sposobności autor omawia sprawę opętania *(obsessio)*, obaw chorobliwych *(phobia)* i ich związku z „tikami“. Wszystkie te zboczenia uważa za należące do jednej choroby: *tics impulsifs*. Zależnie od tego, czy *tic* taki odnosi się do sfery ruchowej, ideowej lub uczuciowej, klinicznie rozwija się jużto *tic convulsif*, jużto opętanie (*obsessio, Zwangsvorstellungen* aut. niem.), jużto chorobliwa obawa. Podany schemat tłómaczy jasno myśl autora. *Dr. A. Rydel.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Gonosan, będący mieszaniną 80 części olejku santałowego z 20 cz. żywic z korzenia *piper methysticum* (kawa-kawa), posiadających własności znieczulające, podawał Kornfeld (*Therapie der Gegenwart*, 1904, zesz. 8) w 26 przypadkach ostrej rzeżączki. W 14 przypadkach ostrej rzeżączki przedniej części cewki nie stosował K. oprócz gonosanu żadnych innych leków; burzliwe objawy początkowe rzeżączki mijały przytem prędzej, niż po innych środkach balsamicznych, a sprawa ani razu nie przeszła na tylną część cewki. W przypadkach podostrej rzeżączki pęcherza gonosan dzielnie wspierał działanie leczenia miejscowego. Za szczególną zaletę gonosanu uważa K. własność uśmierzania bolów. *Alg.*

Akoinkokainę, jako miejscowy lek znieczulający, poleca W. Kraus do operacyi na skórze, mięśniach ocznych, woreczku łzowym, spojówce etc. Rp. *Acoin.* 0·025, *Cocain.* 0·05, *Sol. natr. chlor.* 0·75% *ad* 5·0. W operacyach, którym mogą towarzyszyć większe krwotoki, n. p. wyłuszczeniu woreczka łzowego, dodaje się na 1 strzykawkę Pravaza 2—3 kropel rozczynu adrenaliny 1:1000. Rozczyn powinien być nie starszy, jak 3—4 dni. Robi się 4 wstrzyknięcia po 0·2 cm.³ w otoczenie pola operacyjnego w odległości 1 cm. Skutek występuje natychmiast, bez owych rozległych obrzęków w miejscu operacyi, jak to bywa przy rozczynach więcej zgęszczonych. Akoinkokaina jest wskazana: 1) w wyłuszczeniu gałki, jeżeli przeciwwskazane jest uśpienie, przyczem dla złagodzenia bolów przy przecięciu nerwu ocznego podaje się morfinę; 2) przy operacyach zezu u dzieci i wrażliwych dorosłych; 3) przy małych zabiegach na powiece, spojówce (usunięcie gradówki, wyłuszczenie skórzaków, leczenie jaglicy etc.). W operacyach na zębach poleca Bab rozczyn. Rp. *Acoin.* 0·5, *Cocain. muriat.* 0·5, *Natr. chlorat.* 0·8, *Ac. carbol.* 0·2, *Aq. dest. ad* 100·0, ponieważ mimo znacznego rozcieńczenia dobrze znieczula, jest względnie bezpieczny i tani. (*E. Merck's Jahresberichte*, stycz. 1904). *Baschkopf.*

VI. Krynica, jej rozwój i jej obecne potrzeby.

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

I.

Sprawa Krynicy od pół wieku prawie nie schodzi z porządku dziennego w naszem społeczeństwie, przybiera mniej lub więcej ostry charakter, a tylko chwilami przycichała zupełnie. Nic dziwnego, bo Krynica jest perłą zdrojowisk polskich, posiada wszystkie warunki, by miała blask uryański, tymczasem często, a osobliwie obecnie, coraz więcej pokrywa się nalotem martwoty. Przyczyna złego leży w tem, że kierują jej sprawami nie jednostki, lub grono ludzi fachowych, z nią czemkolwiek związanych, ale biurokratyzm, zadawalniający się załatwianiem referatów, pisanych przy zielonym stoliku. O sprawę samą, jej zrozumienie, pogłębienie, o gruntowne zbadanie finansowe i ekonomiczne, nikt się nie troszczy, bo nikomu nie wolno się skutecznie troszczyć prócz osób, do tego z biur Lwowa lub Wiednia powołanych. Jak zaś się oni z tego zadania wywiązują, niechaj posłuży to za przykład, że przedstawiciele naszego kraju w Wiedniu w dniu 21 marca 1904 zgodnie określili stan Krynicy jako jaknajgorszy i uznali potrzebę jej ratowania. Nadmienić tu należy, że wtedy od 6—7 lat zarządzał Krynicą obecnie starosta Antoni Mravincsics, który był administratorem znakomitym i gdzie tylko miał możność działania, to działał tak umiejętnie, wytrwale, a dobrze, że pozostawił po sobie najlepsze wspomnienia w dokonanych rozlicznych dziełach, które poprzednio wydawały się niemożliwe do przeprowadzenia. Ale niestety w zarządzie Krynicy jako takiej, jako zakładu kąpielowego i zdro-

jowego, jego zdanie było pomijane, był osobą, której nie wolno było zabierać głosu decydującego, a jeno musiał słuchać i wykonywać rozkazy, przysyłane z biur Lwowa lub Wiednia.

Reprezentanci naszego kraju nazwali „stan Krynicy jaknajgorszym“, tem samem upoważnili nas, byśmy dłużej nie milczeli, ale przeciwnie gruntownie, a wszechstronnie wyświetlali te sprawy, co tem chętniej czynimy, że J. E. Namiestnik gorąco, a szczerze zajął się Krynicą. Naszym więc jest obowiązkiem ułatwić mu, by wszechstronnie poznał te sprawy, a przez to mógł je załatwiać gruntownie i trwale, a niedopuszczał półśrodków, którymi łatano dotąd potrzeby na dzisiaj, jutro wszczynając nowe walki i nowe robiąc łataniny. Krynica nie jest maleńka, ale wyrosła ona na wielkie przedsiębiorstwo, które przedstawia około dwóch milionów targu sezonowego. Takiego interesu nie można prowadzić po kramarsku, ale z gruntowną znajomością rzeczy i z szerokim poglądem finansowym. Że się zaś w Krynicy te sprawy prowadzi inaczej, dlatego je rozważyć należy spokojnie i kierować się liczbami choćby od początku, odkąd zdrojowisko istnieje.

* * *

I. Frekwencya osób i wysyłka wód.

Krynica, jako zdrojowisko, istnieje od roku 1804, ale skutkiem wadliwych warunków administracyjnych nie mogła się należycie rozwijać i w połowie przeszłego stulecia tak upadła, że w roku 1849 rząd postanowił zupełnie zwinąć zakład zdrojowy. Prof. Dr. Dietl jednak postarał się o odwołanie tego wyroku i od roku 1854 zajął się sprawami Krynicy tak skutecznie, że słusznie zasłużył na nazwę „wskrzesiciela Krynicy“.

Pięćdziesiąt lat właśnie od tego czasu upłynęło, należy zatem te pół wieku starannie rozpatrzyć, jak i w jakich kierunkach postępował ten rozwój Krynicy, bo na tym pół wieku możemy oprzeć nasze poglądy i obliczenia na dalszy rozwój zdrojowiska. Przedewszystkiem musimy się przypatrzyć zwiększaniu się frekwencyi, gdyż ta pozwoli nam ocenić, czy i o ile ma ta miejscowość lecznicza warunki bytu zapewnione. Ale kolumny liczb z 50 lat byłyby zbyt nużące, przytem roczne wahania, pochodzące z innych przyczyn, zaciemniałyby obraz, dlatego użyję tutaj sposobu, używanego w innych tego rodzajach zestawieniach. Podam tutaj liczbę osób, przybyłych w 5 latach, oraz średnią liczbę osób z tych 5 lat, a w końcu przyrost frekwencyi w 5 latach w odsetkach.

Frekwencya Krynicy w ostatniem 50 leciu.

Pięcio lecie	od roku do roku	ilość osób w 5 latach	ilość osób średnio rocznie	% wzrostu frekwencyi w 5 latach
	1849 — 1853	610	111	—
I	1854 — 1858	2.733	546	454
II	1859 — 1863	5.376	1.075	193
III	1864 — 1868	6.554	1.311	122
IV	1869 — 1873	8.205	1.641	128
V	1874 — 1878	10.460	2 092	127
VI	1879 — 1883	14.395	2.879	130
VII	1884 — 1888	16.410	3 282	157
VIII	1889 — 1893	22.046	4.409	134
IX	1894 — 1898	23·976	4.795	108
X	1899 — 1903	30.166	6.033	121

To stale, niemal jednolite zwiększanie się frekwencyi jest dowodem, że Krynica staje się coraz potrzebniejszą naszemu społeczeństwu, oraz że posiada wszelkie warunki bytu i dalszego rozwoju.

Do naszych dalszych obliczeń najważniejszym jest przytoczony tu odsetek, przedstawiający, ile się zwiększała ilość osób w każdych 5 latach. Ten odsetek okazuje pewne wahania, które tłómaczą się nie przyczynami zewnętrznemi (klęski, wojny itp.), ale przyczynami wewnętrznemi, leżącemi w samej Krynicy. Prof. Dr. Dietl podnosi Krynicę z zupełnego upadku, dlatego w I pięcioleciu wzrost frekwencyi wynosi 454%, w II pięcioleciu 193%, w III pięcioleciu ten wzrost dochodzi tylko do 122%, gdyż brakuje dobrych łazienek, które budują dopiero w r. 1866 i dlatego w IV pięcioleciu wzrost frekwencyi znowu się podnosi na 128%, a następnie w V pięcioleciu mimo wybudowania kolei Tarnów-Leluchów (1876) wynosi tylko 127%, a znowu się podnosi do 130% w VI pięcioleciu, bo w r. 1880 wybudowano łazienki borowinowe. W VII pięcioleciu dochodzi odsetek zwiększonej frekwencyi do 157%; to okres rządów Juliusza Sieglera de Eberswald, dyrektora dóbr państwowych, który prócz łazienek borowinowych buduje w roku 1884 Zakład hydropatyczny i wspaniały dom zdrojowy w r 1889; dlatego jeszcze w VIII pięcioleciu przyrost frekwencyi wynosi 134%, poczem pod nowym zarządem Namiestnictwa (1894) nagle upada w IX pięcioleciu do 108%. W X pięcioleciu nieco się podnosi (do 121%), a to podniesienie przypisaćby należało osobistym przymiotom i zdolnościom administracyjnym ówczesnego zarządcy Antoniego Mravincsicsa.

Jeżeli pominiemy dwa pierwsze pięciolecia, jako zbyt wysokie co do zwiększania się frekwencyi, a uwzględnimy tylko 8 następnych pięcioleci, to otrzymamy, iż przez te 40 lat średni przyrost frekwencyi wynosi w 5 latach 128%. Według tego możemy obliczyć, jaką będzie frekwencya w przyszłości przy możliwie najskromniejszych, jak dotychczas, wkładach ze strony rządu.

Frekwencya Krynicy w przyszłem 25-leciu.

od roku do roku	ilość osób w 5 latach	ilość osób średnio rocznie
1904 — 1908	34.612	6.922
1909 — 1913	44.303	8.860
1914 — 1918	56.707	11.341
1919 — 1923	72.576	14.515
1924 — 1928	92.897	18.579

To znaczy, że w ciągu dwudziestu lat frekwencya Krynicy podniesie się co najmniej do 18.579 osób rocznie, a twierdzenie to opieram na możliwie najniższych liczbach z dotychczasowego półwiekowego rozwoju zdrojowiska.

* * *

Hacquet, radca górniczy, w dziele, wydanem w roku 1796 w Norymberdze, opisuje swe badania nad zdrojem Krynickim w słowach pełnych zachwytu i podziwia tę wodę, że nic nie traci na swej wartości i dobroci, gdy ją się przewozi 50 mil w dzbankach lub flaszkach nawet przy bardzo długiem, przeszło rocznem jej przechowywaniu, przyczem nadmienia, że „należy się to Galicyi, by przy tych

zdrojach zaprowadzić należyte urządzenia, oraz należy tam zaprowadzić wyrób dzbanków lub flaszek.“ A zatem przed wiekiem Niemiec poznał się na wartości zdroju i odrazu zakreślił plan sfinansowania tego skarbu, a my cośmy przez ten cały wiek w tym kierunku zrobili? O pierwszem pięćdziesięcioleciu niewarto tu wspominać, ale przypatrzmy się, co zdziałał tutaj wskrzesiciel Krynicy.

Wysyłka wód w ostatniem 50-leciu.

Pięciolecie	od roku do roku	ilość flaszek w 5 latach	ilość flaszek śred. rocznie	% wzrostu w 5 latach
	1849 — 1853	15.657	3.131	—
I	1854 — 1858	26.588	5.317	169
II	1859 — 1863	134.366	26.873	509
III	1864 — 1868	208 603	41.721	155
IV	1869 — 1873	228.596	45.719	109
V	1874 — 1878	240.720	48.144	106
VI	1879 — 1883	226.516	45.303	—
VII	1884 — 1888	156.709	31.342	—
VIII	1889 — 1893	122.053	24.411	—
IX	1894 — 1898	88.770	17.754	—
X	1899 — 1903	93.550	18.710	—

Otóż pod wpływem działalności prof. Dr. Dietla wysyłka wody krynickiej wzmaga się silnie: w I pięcioleciu 169%, w drugiem aż 509%, poczem w III pięcioleciu 155%, w IV pięcioleciu 109%, w V pięcioleciu 106%. Potem następuje ciągle powolny spadek tak, że wysyłka wód jest obecnie znacznie mniejsza, niż była w II pięcioleciu.

Wybitnie tutaj występuje działalność jednego człowieka przez całe 25 lat, — a potem nie robiono nic, aby jego wpływy zastąpić. Gdyby jednak działano należycie w tym kierunku, to conajmniej wysyłka wody krynickiej powinna wzrastać tak, jak wzrastała w pierwszem 25-leciu, w którem w każdem pięcioleciu zwiększała się średnio o 209%. Aby to mogło się spełnić, trzeba było gospodarstwo opierać nie na opatrzności, nie na zjawianiu się jednostek ofiarnych dla pewnej idei, ale trzeba je było oprzeć na podstawach dobrze zrozumianego handlu, trzeba było nie zagarniać coraz wzrastających sum, wpływających do kasy rządowej, ale cząstkę ich obracać na to, aby ten handel się rozwijał, wzrastał, trzeba mu było wynajdować coraz to nowe drogi zbytu, określać coraz to nowe wskazania lecznicze, a wiadomości o tem szerzyć po całym świecie; słowem potrzeba nie szczędzić na reklamę i w znaczeniu lekarskiem i w znaczeniu kupieckiem. W takim razie te drugie 25 lat, t. j. od roku 1879 do roku 1903, dałyby co do wysyłki wód krynickich conajmniej takie wyniki, jakie tutaj podaję na podstawie obliczeń, przyjmując na pięciolecie średnią wzrostu z poprzednich 25 lat t. j. 209%:

Obliczenie, jaką powinna być wysyłka wód i jakie przynieść dochody w ostatnich 25 latach (w pięcioleciach).

od roku do roku	ilość flaszek	dochód brutto złr	rozchód		dochód czysty złr.
			na koszta złr.	na reklamę złr.	
1879 – 1883	481.440	96.288	24.074	24.074	48 148
1884 – 1888	962.880	192.576	48.144	48.144	96.288
1889 — 1893	1.925.760	385.152	96.288	96.288	192 576
1894 – 1898	3,851.520	770 304	192 576	192.576	385.152
1899 – 1903	7,703.040	1,540.608	385.152	385.152	770.304

Wiem o tem, że w oczach dotychczasowych kierowników Krynicy liczby te wydawać się będą więcej, niż nieprawdopodobne: aby obecnie roczna wysyłka mogła wynosić 1,540.608 flaszek, (a obecnie wynosi tylko 17—18.000), aby dochód czysty z wody mógł wynosić 154.060 złr., gdy obecnie nie wynosi więcej, jak 1.800 złr., bo przedewszystkiem nie zdołają oni pojąć, aby można wydać w ostatnich 5 latach 385.152 zlr., czyli 77.030 złr. rocznie na reklamę samej tylko wody Krynickiej, skoro w budżecie całego gospodarstwa zdrojowo-kąpielowego na wszelkie ogłoszenia, druki, wydawnictwa itp. przeznacza rząd zaledwie 1500 złr. Zasadą tego gospodarstwa jest wydać jak najmniej, a inkasować, co się tylko da. Gdyby rząd był wydał przez te 25 lat 746.214 złr. na reklamę wody krynickiej, byłby miał jako właściciel Krynicy 1,492,468 złr. czystego zysku i miałby już otwarte i utarte drogi zbytu. Obecnie inni już rząd wyprzedzili, a temsamem znacznie utrudnili wodzie krynickiej, by zdobyła rynki handlowe całej Europy. W każdym razie różnorodne zdroje krynickie przy dobrze zorganizowanym i prowadzonym hadlu przedstawiają wielkie bogactwa i wielkiem złem jest, że te bogactwa marnieją.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 25 sierpnia.

* W Częstochowie otwartem będzie kosztem warszawskiego Towarzystwa higienicznego, a pod nadzorem miejscowego oddziału tego Towarzystwa, Muzeum higieniczne ludowe. Pomieszczenie dla Muzeum już zapewniono, a otwarcie zależy tylko od tego, jak prędko zebraną zostanie odpowiednia liczba okazów, które należy nadsyłać do kancelaryi Towarzystwa higienicznego (Warszawa, Krakowskie Przedmieście 66) lub do inżyniera Opmana w Częstochowie (biuro oddziału Dr. Ż. W. W.). Rada warszawskiego Towarzystwa odwołuje się do członków tego Towarzystwa o poparcie dobrej sprawy. Sądzimy, że wezwanie to nie powinno pozostać bez echa i w Galicyi, skąd tysiące pielgrzymują corocznie do Częstochowy, wybranej obecnie szczęśliwym istotnie pomysłem na ognisko poglądowej nauki higieny dla ludu. Z okazów pożądane są fotografie, plany i modele chat wiejskich, szkół, ochron, sal zajęć, studni, zabudowań gospodarskich, okazy sprzętów domowych i gospodarskich i to zarówno zasługujących na zalecenie, jak i rażących swemi wadami.

Czyby o czemś podobnem nie warto pomyśleć i w mniejszych ogniskach wędrówek ludowych, jak n. p. w Kalwaryi Zebrzydowskiej?

* Rada Towarzystwa higienicznego warszawskiego ogłasza, iż z powodu zrzeczenia się Dra Wł. Janowskiego wakuje od 1 stycznia 1905 stanowisko Redaktora »Zdrowia«. Wybór Redaktora odbędzie się we wrześniu r. b. Z wiadomości tej, podanej przez »Gazetę lekarską«, wynika, że zrzeczenie się Dra Janowskiego, pod którego kierunkiem »Zdrowie« znakomicie się rozwijało, zostało urzędownie przyjęte. Życzyć należy, aby pomimo to »Zdrowie« utrzymało się w przyszłości na dotychczasowym poziomie wzorowo redagowanego pisma higienicznego.

* Nowe Towarzystwo lekarskie polskie ma powstać w r. bież. w Kielcach.

* W roku bieżącym odbędzie się po raz pierwszy zjazd serbskich lekarzy i przyrodników w Belgradzie.

* Akademia medycyny praktycznej w Kolonii, o której zbliżającem się otwarciu donosiliśmy, a która jest pierwszą w tym rodzaju, ma ułatwiać starszym lekarzom uzupełnianie ich wiadomości, a poczęści ma być pomocną w kształceniu kandydatów medycyny w czasie w Niemczech właśnie zaprowadzonego „roku praktyki szpitalnej“, jako dopełnienia studyów uniwersyteckich. W 3 głównych szpitalach kolońskich, liczących razem 1500 łóżek, pracować będzie 15 kandydatów medycyny, jako praktykantów; w miejskiej pracowni bakteryolo-

gicznej powstanie „sekcya higieniczna“, kształcąca służbę sanitarną; w szpitalu Lindenburg nauczaną będzie anatomia patologiczna i medycyna sądowa. W Akademii odbywać się będą kursa uzupełniające i osobne kursa dla kształcenia lekarzy-specyalistów.

* Kursa uzupełniające dla lekarzy zaczynają się za wzorem Niemiec rozpowszechniać we Francyi. Tak n. p. w szpitalu Saint-Louis w Paryżu dwa razy do roku: na wiosnę i w jesieni, odbywa się zbiorowy kurs praktyczny chorób skórnych i wenerycznych. Najbliższy (97 lekcyi, 16 wykładających) trwać będzie od 10 października do 17 grudnia r. b.; honoraryum 150 franków.

* W Niemczech i we Francyi od lat kilku weszły w godny naśladowania zwyczaj wycieczki balneologiczne lekarzy. Niemiecka wycieczka (7—18 września) zwiedzi w tym roku zdrojowiska śląskie.

* Dr. Czesław Waligórski, ustępujący lekarz zakładu w Drohowyżu, gotów jest kolegom udzielić listownie wiadomości o tej posadzie, ostrzegając przed nią interesowanych.

* Znużenie i niepokonaną senność, następującą w czasie długiej jazdy koleją żelazną, a niekiedy zdarzające się przedrażnienie mózgowe, uznano za odrębną jakoby chorobę, chrzcząc ją na wzór choroby morskiej chorobą „lądową“.

* Na uniwersytetach austryackich było w letniem półroczu 2246 słuchaczy medycyny; z tych w Wiedniu 1176, w Pradze na czeskim wydziale lek. 318, na niemieckim 190, w Grazu 201, w Insbruku 141, w Krakowie 136 (w tem 18 kobiet), a najmniej we Lwowie 84 (w tem 11 kobiet). W tymże czasie było na wszechnicach francuskich 6686 słuchaczów i 306 słuchaczek medycyny, na niemieckich niemal tyluż.

* W Rosyi uporządkowano ostatecznie ustawami studya lekarskie kobiet w istniejącej dla nich szkole lekarskiej. Wstępować mogą do niej kobiety od 19 do 28 roku życia, które złożyły egzamin dojrzałości w gimnazyum żeńskiem i egzamin uzupełniający. Izraelitek może być w szkole lekarskiej 3%. Kobiety, posiadające doktorat zagraniczny, mają prawo odrazu składać w Rosyi państwowe egzamina lekarskie. Lekarki są równouprawnione z lekarzami.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Rabl z Pragi mianowany profesorem anatomii w Lipsku. Następcą prof. Königa w Berlinie mianowany prof. Hildebrand z Bazylei. Profesor Brauer z Heidelbergu mianowany dyrektorem kliniki lekarskiej w Marburgu. Dr. Fabre mianowany profesorem ginekologii w Lyonie.

Nekrologia. W Charlottenburgu zmarł chirurg prof. E. Bennecke, w Liwerpolu chirurg W. M. Banks.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 33. Wróblewski: Przyczynek do nauki o nowotworach złośliwych migdałków podniebiennych (dok.). Koelichen: O organicznych cierpieniach układu nerwowego na tle tryprowem (dok.).

— *Medycyna* Nr. 33. Nitsch: Uwagi nad metodą Pasteurowską zapobiegania wściekliźnie (dok.). Bornstein: Asthenia paroxysmalis (c. d.).

— *Zdrowie* Z. 8. Wernic: Stan zdrowotny dzieci szkół miejskich Kalisza oraz stan higieniczny samych szkół (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 33. Reinsberg: O nekrofilii. Pánek: Příspěvek ku chování se bacterium coli commune a bacillus typhi na výživných půdách přesolených. Návrat: O samovraždě (c. d.). Černický: O chorobách sdělných, lečených ve Vinohradsko-Žižkovské nemocnici.

— *La Presse médicale* Nr. 64. M. Labbé: Rola leukocytów w pochłanianiu i wydalaniu substancyi obcych ustrojowi. Rosenthal: Niedomoga oddechowa i leczenie zapomocą gimnastyki i ćwiczeń oddechowych.

Nr. 65. Marinesco: Badania nad czuciem wibracyjnem.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 33. König: Kamienie pęcherzyka żółciowego i ich leczenie. Mann: Badania elektrodyagnostyczne zapomocą wyładowań kondensatorów. Warnekros: O nowszych postępach dentystyki. Burt: Przerzuty mięsakowe w płucach, rozpoznane na podstawie drobnowidowego badania pierwotnego nowotworu. Korff: Dalsze doświadczenia co do uśpienia skopolaminowo-morfinowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 33. Kuhn: Odkażanie dróg żółciowych. Menzer: Wyniki leczenia surowicą ostrego i przewlekłego gośćca stawowego. Rosenbach: Osłabienie serca a wstrzykiwania morfiny. Ascoli i Bonfanti: O swoistem działaniu na zaczyny diastatyczne w surowicy krwi przy podawaniu różnych węglowodanów. Cloetta: Digalen (digitoxinum solubile). Merzbacher: Przyczynki kazuistyczne do histerycznych zboczeń artykulacyi, w szczególności histerycznego jąkania się. Auerbach: W sprawie patogenezy rozsianego zapalenia nerwów. Haffner: Rozległa martwica tkanki tłuszczowej jamy brzusznej bez zmian trzustki. Röpke: O śródbłoniaku jamy nosowej. Prölss: Uproszczenie tamponowania jam. Putz: Rapidtamponator.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 33. Raczyński: Badania nad etyologią dysenteryi z uwzględnieniem dwóch epidemii w Galicyi w r. 1903. Schulz: Przypadek wrodzonego braku mięśni klatki piersiowej po jednej stronie ze zniekształtnieniem odpowiedniej kończyny górnej. Hoffmann: Podskórne przedarcie ścięgna długiej głowy mięśnia dwugłowego przy guzowatości nadpanewkowej i wtórny szew.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 34. Jürgens: W sprawie etyologicznego rozpoznawania duru. Strauss: Zmniejszenie pracy nerek przez poty. Michaelis: Dalsze badania nad precypitynami białka. Neufeld: W sprawie uodparniania przeciw gruźlicy. Knecht: Przyczynek do sprawy chorób nerwowych po zatruciu tlenkiem węgla.

Redakcya otrzymała: Dr. J. Piltz: Contribution à l'étude de la dissociation de la sensibilité douloureuse et thermique dans les cas de traumatisme et d'affection de la moëlle épinière. Thèse de doctorat. Lausanne.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 33 (od 14/VIII do 20/VIII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 24, dz. 31; nieżywo: chł. —, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 21, kob. 25; zamiejscowych: męż. 5, kob. 5.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych —. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. 1. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 8, ob. —. 14) cholera swojska: miej. 1, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 7, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 1, ob. —. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 8, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 46, obcych 10.

Za redaktora odpowiedzialnego: Prof. Dr. Stan. Ciechanowski.

Rok XLIII. Kraków 3 Września 1904. Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału prof. Dr. Rosnera w szpitalu św. Łazarza (Szkoła położnych).

Przyczynek do sprawy ciąży pozamacicznej trąbkowej.

Podał
Dr. T. Piotrowski,
asystent oddziału.

Wiadomo, że jajko zapłodnione dostaje się pod błonę śluzową tak macicy, jak i trąbki, gdzie dopiero dalej się rozwija. Dlaczego raz usadawia się w macicy, drugi raz w trąbce, na razie na pewno rozstrzygnąć nie możemy, bo etyologia ciąży pozamacicznej nie jest jeszcze całkowicie wyświetlona. Jako przyczyny powstawania ciąży pozamacicznej podawano przeszkody w drożności trąbki, n. p. zaciągnięcie przez zrosty otrzewnej, ucisk guzami sąsiedztwa, polipy w samej trąbce, uchyłki w ścianie trąbki, dalej upośledzenie kurczliwości trąbki, bądź to z przyczyn poprzednich, bądź też skutkiem znacznego zgrubienia ścian po przebytych sprawach zapalnych, a nadto zmian w samym nabłonku, wyścielającym wnętrze trąbki. Dawni autorowie dopatrywali się przyczyny w nieprawidłowem spółkowaniu, n. p. w gwałtownem bardzo spółkowaniu, przestrachu i t. p. Obecnie większość autorów przyczyny ciąży trąbkowej dopatruje się w zmianach, powstałych w trąbkach, głównie zaś w błonie śluzowej trąbki, wywołanych przez zakażenie rzeżączkowe. Czynnikiem usposabiającym do ciąży trąbkowej mają być także zmiany w samej macicy, n. p. według Kristinusa zanik macicy podczas karmienia.

Nie znając przyczyny, nie możemy działać zapobiegawczo, — musimy się więc z tem pogodzić, t. j. omawiać przypadki już istniejącej ciąży pozamacicznej, zastanowić się nad szkodliwością takiej ciąży i nad sposobem jej leczenia.

W ostatnich latach co do istniejącej już ciąży pozamacicznej wyłoniły się głównie dwa zapatrywania. Jedni, jak Krönig, Füth, Aschoff, Kühne, Falk, stawiają na równi ciążę pozamaciczną z nowotworem złośliwym, twierdząc, że nietylko przy utrzymanem jaju rozwijające się kosmki niszczą trąbkę wraz z otrzewną, ale nawet po obumarciu lub wydaleniu jaja, pozostałe kosmki zniszczenie dalej sprawiać mogą. Zapatrywania te potwierdzają badania Ulesko-Stroganowej i Novygo, które dowiodły, że w miejscu, gdzie przylega jaje płodowe do ścian trąbki, buja nabłonek płodowy, w innem zaś miejscu zanika, komórki podobne do komórek doczesnej, wnikając w ścianę trąbki, rozluźniają mięśnie i nadżerają naczynia.

Drudzy, a na ich czele Kroemer, przypuszczają, że kosmki nie posiadają tej zdolności proliferacyjne, że nie rozwijają się kosztem ściany trąbki, lecz że ściana trąbki, z natury za cienka, aby mogła służyć za podłoże rozwijającego się jaja, ulega przez rozrastające się naczynia takiemu ścieńczeniu, że dobrowolnie pęka.

Stosownie do zapatrywania się na ciążę pozamaciczną, rozmaite są i sposoby postępowania; zwolennicy pierwszego zapatrywania, t. j. uważający ciążę zamaciczną za równorzędną z nowotworem, radzą wykonywać operacyę w każdym przypadku rozpoznanej ciąży pozamacicznej. Hołdujący przeciwnemu zapatrywaniu postępują raczej wyczekująco, żądając do operacyi innych jeszcze wskazań prócz samego rozpoznania ciąży pozamacicznej. Na podstawie pojedynczych niezależnie od siebie dokonanych spostrzeżeń może łatwiej wyświetloną będzie sprawa ciąży pozamacicznej i wyrobią się pewne stałe wskazania. W tej nadziei, aby choć w części przyczynić się do tego łańcucha wspólnej pracy, przytaczamy przez nas w ostatnich latach operowane przypadki.

Dla łatwiejszego przeglądu dzielimy je na dwie gromady: na takie przypadki, w których trąbka nie uległa przedarciu, i takie, w których trąbka uległa mniejszemu lub większemu rozdarciu, w obu jednak gromadach było wskazanie do operacyi. W gromadzie pierwszej będą się mieścić przypadki, w których jaje zaczyna się dopiero na małej przestrzeni odklejać, czyli jest dopiero poronienie w toku, a mimo to tak znaczny nastąpił krwotok, że natychmiastowa operacya jest wskazaniem życiowem; dalej takie, gdzie krew wylana niszczy jaje, powstaje zaśniad krwawy, albo część jaja rodzi się do jamy brzusznej, t. j. poronienie niezupełne, pozostała zaś część błon w trąbce wywołuje dalej krwawienie; wreszcie takie, gdzie całe jaje rodzi się między trzewa przez otwór brzuszny trąbki, przyczem jednak powstaje tak znaczny krwotok, że operacya natychmiast wykonaną być musi.

Do gromady pierwszej będą należeć następujące przypadki:

1. *Józefa L.*, wieloródka, lat 28. Rodziła raz przed 6-ciu laty; poród i połóg prawidłowy; nigdy nie roniła. W ostatnich latach miała obfite białe upławy. Ostatnia regularność 20 grudnia 1899. 20 stycznia 1900 nagły ból w podbrzuszu po stronie lewej, połączony z utratą przytomności, w dwa tygodnie później nowy napad bolu z dwukrotnem omdleniem; od tego czasu napadowe bole, tylko nieco słabsze, powtarzały się aż do dnia 13 lutego. W dniu tym znowu bardzo silny napad, co chorą wreszcie skłoniło do zasięgnięcia porady lekarskiej. Po każdym napadzie odpływ krwawy z części rodnych. Badanie w dniu przyjęcia stwierdziło objawy ostrej niedokrewności, w sutkach brak zmian, odpowiadających ciąży, wypuklenie brzucha pod pępkiem po stronie lewej, w miejscu tem wypuk przytłumiony i znaczna bolesność. Przedsionek zasiniały, pochwa rozpulchniona; macica powiększona, sięga dnem na trzy palce powyżej spojenia; z macicą pozostaje po stronie lewej w związku guz kiełbasowaty, ku górze się rozszerzający, sięgający końcem na palec poniżej pępka; w głębi poza tym guzem znajduje się guz drugi o kształtach więcej rozlanych, zbitości niejednakowej; końce tego guza można wymacać w zatoce Douglasa. Przy

operacyi w dniu 16 lutego 1900 stwierdzono, że guz, w głębi leżący, był krwistekiem pozamacicznym, otoczonym zlepami jelit; na guzie tym od przodu i góry leżała rozdęta trąbka lewa, 6 ctm. długa, 4 ctm. bliżej końca brzusznego szeroka, niepęknięta. W przeciętej trąbce znajdowało się całe jaje płodowe, tylko od strony prawej oddzielone od ścian trąbki skrzepami krwi.

Wyleczona, 17 marca 1900 opuściła oddział. Obecnie zupełnie zdrowa, regularność prawidłowa, upławy dalej się utrzymują; do obecnej chwili nie zastąpiła.

2. *W. K.*, rodziła raz przed kilku laty; dłuższy czas leczona z powodu upławów i zmian zapalnych w trąbkach. Regularność obfita pojawiała się zawsze w różnych odstępach czasu, w jednym miesiącu w kilka dni po terminie regularności, następnego dnia po gwałtownem spółkowaniu, pojawił się nagle gwałtowny ból w podbrzuszu po stronie prawej. Napadowe bole powtarzały się przez kilka dni w odstępach mniejwięcej półgodzinnych; przez cały czas odpływ krwi płynnej ciemnej ze sromu. Przy badaniu brak zmian w sutkach i objawów ostrej niedokrewności, brzuch po stronie prawej bardzo przy dotyku bolesny i oporny. Badaniem wewnętrznem można stwierdzić powiększenie macicy, opór bolesny w sklepieniu prawem i w zatoce Douglasa. Ponieważ mimo leczenia napadowe bole ciągle się powtarzały i zwiększał się opór po stronie prawej, a zatoka Douglasa coraz bardziej się wypełniała, przystąpiono do operacyi, przy której znaleziono macicę powiększoną, trąbkę prawą grubości blisko trzech palców, otoczoną dookoła licznymi starymi zrostami, trąbkę lewą również rozdętą z zarośniętym otworem brzusznym Wycięta trąbka prawa wypełniona skrzepami krwi, trąbka lewa ropą. w zatoce Douglasa zmiany zapalne. Ze względu na ropę w trąbce lewej i zmiany zapalne w zatoce Douglasa powłok nie zeszyto w całości, tylko wprowadzono poza macicę do zatoki Douglasa seton z gazy jodoformowej.

Wyleczenie; pierwsze miesiączkowanie po operacyi w powstałej bliźnie wytworzyło przetokę włosowatą, przez którą krew miesiączkowa wydostawała się w części na powłoki. Przypadłość ta powtarza się i przy następnych peryodach, zresztą czuje się zupełnie zdrowa.

3. Wieloródka *S. S.*, lat 30, rodziła cztery razy, ostatni poród przed 18-tu miesiącami. Trzy porody zupełnie prawidłowe, w ostatnim było łożysko przyrośnięte. Od kilku lat choruje na upławy, to słabsze, to obfitsze. W czwartym miesiącu ostatniego połogu mimo karmienia pojawiła się regularność i od tego czasu regularnie pojawiała się co cztery tygodnie. W grudniu 1901 nieco obfitsze krwawienie i bole nieznaczne w podbrzuszu, wzmagające się tylko przy oddawaniu moczu i stolca; po kilkunastu dniach bole te zupełnie ustąpiły, krwawienie nieco się zmniejszyło, zupełnie jednak nie ustało i utrzymywało się aż do 23 lutego 1902, a więc przez trzy miesiące. W dniu tym, przyjęta na oddział, skarżyła się na bolesność i wzdęcie brzucha nad pachwiną lewą. W miejscu tem opór, na 3 palce ponad więzadło Pouparta sięgający, przechodzi w niższy opór ponad spojeniem. Część pochwowa tuż za spojeniem łonowem i więcej po stronie prawej, macica powiększona w przodozgięciu, także na prawo przesunięta, sięga dnem trzy palce powyżej spojenia; w prawem sklepieniu trąbka niezmieniona; w sklepieniu lewem, znacznie szerszem, czuć trąbkę, która gubi się w guzie wielkości pięści, leżącym po stronie lewej i zachodzącym aż poza macicę; szczyt guza sięga powyżej dna macicy, koniec dolny do zatoki Douglasa, zbitość guzu niejednakowa, guz przy dotyku niebolesny. Przy operacyi znaleziono trąbkę lewą, gubiącą się końcem brzusznym w guzie otorbionym; otwór brzuszny znacznie rozciągnięty, z otworu zwieszające się jaje płodowe do skrzepów krwi, wypełniających cały guz.

Wyleczenie zupełne; 17 marca 1902 opuściła oddział.

Obecnie regularność prawidłowa, upławy stale się utrzymują w ciążę nie zaszła.

4. Wieloródka *G.*, raz rodziła prawidłowo, raz roniła. Ostatnie poronienie przed czterema laty, potem była zupełnie zdrowa, upławów nie miała. W listopadzie 1901 zaszła w ciążę, w początku jednak ciąży ciągle skarżyła się na ból w podbrzuszu, zwłaszcza po stronie prawej. W drugim miesiącu ciąży przez kilka dni utrzymywało się nieznaczne krwawienie.

Z końcem trzeciego miesiąca ciąży podczas rozbierania się przed spaniem uczuła nagle bardzo silny ból w podbrzuszu; — pomimo spokojnego leżenia po kilku minutach zjawił się ból po raz drugi. Takie rytmicznie pojawiające się bole utrzymywały się przez kilka godzin, każdemu bolowi towarzyszył skąpy odpływ krwi płynnej ze sromu, dopiero po narkotykach bole nieco się zmniejszyły, pojawiły się jednak objawy ostrej niedokrewności, jak bladość, zawroty głowy, szum w uszach, tętno przyspieszone, nitkowate. Badaniem stwierdzić można było nieznaczne wzdęcie brzucha, płyn wolny w jamie otrzewnej i znaczną bolesność nad pachwiną prawą, przytem zmiany w sutkach i na sromie, odpowiadające ciąży. Przy badaniu wewnętrznem znaleziono macicę powiększoną, przesuniętą na lewo, w sklepieniu prawem opór miękki, bolesny, łatwo poruszalny, zatoka Douglasa wolna. Rozpoznano więc poronienie trąbkowe z wylaniem się krwi do jamy otrzewnej i dlatego zaraz przystąpiono do operacyi. Przy operacyi znaleziono znaczną ilość krwi płynnej i nieco skrzepłej, trąbkę prawą jednomiernie rozdętą, ale nie pękniętą. Po wycięciu trąbki przekonano się, iż była wewnątrz pusta, jaje płodowe, w całości utrzymane, znaleziono między skrzepami krwi. Po odjęciu trąbki powłoki w całości zaszyto; wyleczenie.

Obecnie zdrowa, do tej chwili w ciążę nie zaszła.

5. Wieloródka *A.*, rodziła prawidłowo trzy razy, ostatni raz przed czterema laty. Przed $1^1/_2$ rokiem miała silne bole nad pachwiną prawą, upławów, jak podaje, nie miała. Ostatnia regularność prawidłowa pojawiła się w styczniu 1903. Dwunastego marca, powracając wieczorem do domu, uczuła silny ból w brzuchu. W domu ból ten wystąpił ponownie daleko silniej i z uczuciem parcia, udała się więc do ustępu, gdzie przyszedł bardzo silny napad bolu; w tym czasie utraciła przytomność. Badanie stwierdziło ostrą niedokrewność, nieznaczne krwawienie ze sromu, wolny płyn w jamie brzusznej, macicę powiększoną, brak oporów w sklepieniach i płynu w zatoce Douglasa. W niespełna trzy godziny później wykonano laparotomię, przy której znaleziono dużą ilość świeżej krwi w jamie otrzewnowej, trąbkę lewą znacznie grubszą, prawą prawie prawidłową. Wycięto więc trąbkę lewą, po której przecięciu okazało się, iż jest ona na końcu brzusznym zarośnięta i wypełniona płynem surowiczym. Oglądając dokładniej trąbkę prawą przekonano się, iż z jej otworu brzusznego wypływa krew jasna, wycięto więc i trąbkę prawą, a na jej przekroju znaleziono liczne rozszerzone i broczące naczynia, brak zaś zupełny jaja. Jaje, w całości utrzymane, znaleziono wśród wolnej krwi, wypełniającej jamę otrzewną. Piątego dnia po operacyi napad ostrego szału, który po zupełnem zagojeniu się powłok utrzymywał się przez kilka miesięcy, w końcu zupełnie ustąpił tak, iż obecnie jest zupełnie zdrowa.

Do drugiej gromady zaliczamy te przypadki, w których powstało pęknięcie trąbki wraz z otrzewną i to albo bardzo tylko nieznaczne, podczas gdy całe jaje nienaruszone znajduje się w trąbce, albo trąbka pęka na znaczniejszej przestrzeni i jaje odklejone przez otwór, w trąbce powstały, mniej lub więcej wystaje do brzucha, albo nawet wypada pomiędzy trzewa. Do tej gromady należą następujące przypadki:

6. Wielorodka *A. O.*, lat 35, rodziła raz prawidłowo przed 7 laty. W ostatnich latach leczona na białe upławy i zmiany zapalne w trąbkach. Ostatnia regularność w grudniu 1900. Czwartego marca 1901 nieznaczny ból w podbrzuszu po stronie prawej i krwawienie z części rodnych, od tej chwili napadowe bole i krwawienia coraz częściej się powtarzały, co skłoniło chorą do zasięgnięcia porady lekarskiej.

Badaniem w dniu przyjęcia, 24 marca 1901, stwierdzono w sutkach zmiany odpowiadające ciąży, nieznaczną bolesność nad pachwiną prawą, brak przez powłoki wybadalnego oporu, zasinienie przedsionka i części pochwowej, rozpulchnienie pochwy, macicę powiększoną, miękką, trąbkę prawą w odległości 2 ctm. od macicy, rozdętą w guz elastyczny, miękki i przy dotyku bolesny, wielkości dużego jaja, przydatki po stronie drugiej prawidłowe, zatoka Douglasa wolna.

Wczas rano dnia następnego bez powodu podczas leżenia w łóżku wystąpił silny ból w podbrzuszu, podczas którego chora utraciła przytomność; ból ten po podaniu narkotyków nieznacznie tylko osłabł. Ponieważ pewnem było rozpoznanie ciąży trąbkowej, napadowy ten ból należało odnieść do rozpoczynającego się poronienia, zwłaszcza wobec pojawienia się równoczesnego odpływu krwi ze sromu, przystąpiono więc zaraz do operacyi. Badanie bezpośrednio przed operacyą nie wykryło nic innego, jak badanie w dniu poprzednim; zatoka Douglasa również wolna. Przy operacyi znaleziono płynną

krew w jamie otrzewnej, trąbkę prawą okrytą skrzepami. Po usunięciu skrzepów pokazała się trąbka, rozdęta w guz wielkości jaja, a na jej największej wypukłości mały otworek, z którego sączyła się krew. Po wycięciu trąbki przekonano się, że jaje płodowe na małej tylko przestrzeni było od trąbki odklejone, płód w jaju utrzymany.

Wyleczenie; 9 kwietnia, a więc po 15 dniach opuściła oddział. Obecnie skarży się tylko na upławy; w ciążę nie zaszła.

7. Wieloródka *W. L.*, lat 39, rodziła trzy razy prawidłowo, ostatni raz przed 7 miesiącami; dziecko to do chwili zasłabnięcia karmiła. W trzy miesiące po porodzie pojawiła się regularność i od tej chwili stale co miesiąc się powtarzała. Ostatnia, nieco skąpsza, była 25 marca 1902. W 17 dni później t. j. 12 kwietnia, pojawiło się nieznaczne krwawienie, które utrzymywało się aż do dnia 29 kwietnia, w tem też czasie występowały nieznaczne bole w podbrzuszu. Wieczór d. 29 kwietnia wystąpił nagle silny ból w podbrzuszu, przyczem chora utraciła przytomność. Badaniem w 5 godzin po omdleniu stwierdzono ostrą niedokrewność, tętno ledwo wyczuwalne, brzuch wzdęty, bolesny. wolny płyn w jamie brzusznej, macicę powiększoną, w sklepieniu lewem opór miękki, bolesny, zatoka Douglasa wolna. Wobec stanu chorej zbyt groźnego, aby można ją przewieźć na oddział, a niemożność wykonania operacyi w domu, zastrzyknięto ergotynę, podano czopki z makowcem i okłady lodowe.

Rano dnia następnego stan się o tyle poprawił, iż można było ostrożnie chorą przewieźć na oddział, gdzie zaraz przystąpiono do operacyi. Przy operacyi tej znaleziono dużą ilość krwi płynnej w jamie otrzewnej i nieco skrzepów obok trąbki lewej. Trąbka lewa bliżej otworu brzusznego zgrubiała, wielkości dużego orzecha włoskiego, na szczycie z małym otworkiem, z którego wystawał pęczek kosmków i sączyła się krew. W wyciętej trąbce znaleziono jaje, w części zmiażdżone skrzepami krwi, płód rozpłynięty. Wyleczona, opuściła oddział dnia 22 maja 1902 r., a w lipcu 1903 urodziła prawidłowo dużego chłopca.

8. Wieloródka *B.*, rodziła raz przed 14 miesiącami; z powodu znacznego ścieśnienia miednicy ciężki poród, po którym utrzymywał się przez kilka miesięcy niedowład nóg i zmiany zapalne w otoczeniu macicy. Ostatnia regularność w czerwcu 1902. W końcu lipca przy zapinaniu sznurówki powstał nagły bardzo silny ból w podbrzuszu z omdleniem, wkrótce potem skąpy odpływ krwi ze sromu. Zapad był tak znaczny, iż musiano wykonać wlewania podskórne; po narkotykach bole ustąpiły, zjawiły się jednak objawy ostrej niedokrewności. Badanie bezpośrednio przed operacyą wykazało, co następuje: Cera blada, jak również i błony śluzowe, tętno nitkowate, w sutkach zmiany, odpowiadające ciąży, brzuch wzdęty. wolny płyn w jamie otrzewnej, podbrzusze bolesne. Przy badaniu wewnętrznem rozpulchnienie pochwy, macica powiększona, opór bolesny po stronie prawej, zatoka Douglasa wolna. Przy operacyi znaleziono dużą ilość krwi płynnej w jamie otrzewnej, prawą trąbkę rozdętą w guz; na szczycie guza tego znajdował się nieznaczny otworek, z którego sączyła się krew. W wyjętej trąbce jaje płodowe prawie na całej przestrzeni do ścian trąbki przyklejone, płód utrzymany.

Wyleczenie; w lipcu roku następnego porodziła siłami natury płód żywy, niedonoszony.

9. Wieloródka *G.*, rodziła cztery razy prawidłowo. Od ostatniego porodu obfite białe upławy. W ostatnich latach chorowała z powodu guza nerki lewej, operacyi jednak poddać się nie chciała. Przez dwa miesiące nie pojawiła się regularność, poczem wystąpiły nieznaczne bole, zaczęła odpływać większa ilość krwi płynnej i skrzepłej. Lekarz domowy wśród skrzepów krwi znalazł błonę doczesną, odnosił więc krwawienie, dalej się utrzymujące, do zwykłego poronienia. W kilka dni później wystąpił nagły ból w podbrzuszu i wkrótce potem zapad. Badaniem stwierdzić było można płyn wolny w jamie otrzewnej; macica powiększona i opór bolesny w sklepieniu lewem. Zatoka Douglasa wolna. Wykonana tej samej nocy laparotomia wykryła płynną krew w jamie otrzewnej, trąbkę lewą znacznie zgrubiałą, na szczycie pękniętą, z otworu tego sterczące jaje płodowe, okryte skrzepami krwi. W wyjętej trąbce całe jaje, oddzielone od ścian trąbki skrzepami krwi, płód rozpłynięty.

Wyleczenie: obecnie regularność prawidłowa, nieznaczne upławy, przypadłości nerkowe. (C. d. n.)

II. Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag. w Krakowie.

O wnikaniu płynów do dróg oddechowych zwłok zanurzonych.

Przez

Prof. Dra L. Wachholza i Dra S. Horoszkiewicza,
Dyrektora zakładu Asystenta zakładu.

(Dokończenie).

Zanim omówimy wyniki naszych doświadczeń, musimy zaznaczyć, że wedle Hoffmanna (51) „hypervolumen" nie należy do zmian, bardzo często spotykanych przy sekcyi zwłok osób utopionych. Tak n. p. stwierdził je Reinsberg (52) tylko w 45% swoich przypadków, my zaś w 16 na 46 przypadków śmierci z utonięcia, sekcyonowanych w ciągu ostatnich 12 lat, zatem tylko w 34% przypadków.

We wspomnianych już poprzednio doświadczeniach, wykonanych na 8 zwłokach zwierząt i 4 zwłokach dzieci, których drogi oddechowe były drożne i które spoczywały 50 ctm. pod powierzchnią wody, stwierdziliśmy obecność tego objawu, t. j powiększenie się i niezapadanie płuc przy sekcyi. Ponadto wprowadziliśmy 3 zwłokom dzieci przez kaniulę tchawiczną wodę, silnie zabarwioną błękitem metylenu, wpływającą do ich płuc ze zbiornika pod ciśnieniem słupa wody, wynoszącego w początku 50 ctm. nad poziom tchawicy. W jednem z tych doświadczeń otworzyliśmy przed jego rozpoczęciem klatkę piersiową tak, że mogliśmy spostrzegać powolne rozszerzanie się i dobywanie płuc z jamy piersiowej. Po ukończeniu tych doświadczeń zrazu wydostawała się z tchawicy woda spieniona sama przez się i dość szybko, potem coraz wolniej, wreszcie tylko przy ucisku na płuca. Ponieważ ilość wody, jaka sama wypłynęła z płuc, wynosiła tylko małą część wody, wprowadzonej do nich poprzednio, dlatego też były płuca te przy sekcyi znacznie powiększone, rozszerzone i nie zapadały się. Płuca przy dotykaniu były ciastowate i rozmiękłe, na przekroju zalewały się obfitą cieczą niebieską, drobnopienistą. Temu obrazowi płuc nadaliśmy nazwę obrzęku wodnego „oedema aquosum." Powyższe doświadczenia pouczyły tedy, że „hypervolumen" i niezapadanie się płuc przy sekcyi mogą i muszą się wytworzyć także i w zwłokach, jeśli tylko przewód oddechowy ich jest drożny, a zwłoki spoczną głębiej we wodzie tak, iż woda łatwo pod pewnem ciśnieniem może wnikać do pęcherzyków płucnych. Rozumie się samo przez się, że „hypervolumen" może powstać tylko przez wniknięcie większej ilości wody. Doświadczenia te potwierdzają także teoryę Traubego. Ponieważ jednak w doświadczeniach naszych powstał „hypervolumen" płuc po śmierci, wobec czego w płucach zwłok mieściło się mniej powietrza (tylko powietrze zalegające), niż w płucach osobników zmarłych wskutek utonięcia, przeto musimy dla jego wyjaśnienia obok teoryi Traubego uwzględnić jeszcze inne okoliczności. Woda, wnikająca do płuc w naszych doświadczeniach pod ciśnieniem 50 ctm., rozszerza płuca w części przez to, że wypełnia ich pęcherzyki, w części, że zagęszcza zawarte w nich powietrze zalegające. Im silniej zaś będą płuca w ten sposób pośmiertnie rozszerzone, tem więcej musi elastyczna ich tkanka stracić na swej sprężystości. Ta zaś utrata na sprężystości wywołuje niezdolność zapadania się płuc w chwili, gdy woda przestanie do nich wnikać, a woda wypełniająca

je nie pozostaje już pod pierwotnem ciśnieniem. Że zaś woda wnika tak za życia przy tonięciu, jak i po śmierci u głębiej zanurzonych zwłok w ich płuca pod pewnem i to znacznem ciśnieniem, wobec czego sprężystość ich musi się osłabić, dowodzi badanie histologiczne ich miąższu, które stwierdza rozległe przedarcia ścian pęcherzyków płucnych. Te przedarcia ścian pęcherzyków płucnych u osób utopionych opisał świeżo H. K. W. Schmidt (53) i przypisał im znaczenie „zasadniczego a łatwo stwierdzić się dającego znamienia“ śmierci z utonięcia. Tymczasem nasze odnośne badania skrawków płuc, barwionych orceiną wedle Unny-Taenzera (54) i elastyną wedle Weigerta, wykazały, że obraz mikroskopowy jest niemal jednaki tak w płucach zwierząt (psów) utopionych, jak i w płucach zwierząt (psów), które dopiero po śmierci spoczywały przez 6 godzin we wodzie. Pęcherzyki płucne były po większej części mocno rozdęte, a miejscami tworzyły wskutek przedarcia swych ścian trafnie przez Schmidta opisane, jako łańcuszkowato obok siebie ułożone, wolne przestrzenie. Tylko w kilku płucach utopionych psów, w których już gołem okiem dawały się stwierdzić wybroczyny, wykazało badanie mikroskopowe wydatne wynaczynienia krwi w części do światła pęcherzyków, w części do tkanki międzypęcherzykowej. Ponadto zawierały pęcherzyki płuc zwierząt utopionych więcej złuszczonych nabłonków, niż pęcherzyki płucne zwierząt, po śmierci w wodę zanurzonych. Ponieważ wybroczyny krwi znaleźliśmy zaledwie tylko w 5% przypadków utopienia, przeto przypisujemy im podrzędne znaczenie rozpoznawcze.

Jak już nadmieniono, nadaliśmy obrazowi, jaki przedstawiają płuca zwłok, pogrążonych we wodzie, miano obrzęku wodnego (*oedema aquosum*). Chociaż obraz ten makroskopowo nie różni się niczem od obrazu prawdziwego, za życia wytworzonego obrzęku płuc, to jednak można bardzo łatwo odróżnić obraz pierwszy od drugiego przy pomocy kryoskopu, jak to stwierdził Revenstorf (55); płyn zebrany z płuc, dotkniętych obrzękiem prawdziwym, jako przesięk posiada niższy punkt marznięcia, równający się punktowi marznięcia prawidłowej krwi.

Zmienne opisy zachowania się płuc utopionych, jakie podają dawniejsi badacze, dowodzą, iż płuca utopionych niezawsze są jednakowo w płyn obfite. Najdokładniej opisuje zmienny obraz płuc utopionych Strassmann: „Tkanka płucna jest na przekroju albo jednostajnie w płyn zamożna, albo też więcej sucha, a nawet i w tym ostatnim razie stwierdza się nadmierne rozdęcie płuc, przyczem już nawet zewnętrzne oględziny płuc wtedy wykazują, że są one dotknięte prawdziwą „hyperaëryą“ t. j. rozdęciem przez nadmierną ilość powietrza, wskutek czego są one przy dotyku podobne do balonu, poduszki powietrznej, względnie do płuca, dotkniętego rozedmą.“ Płuca 56 zwierząt, utopionych przez nas w celach doświadczalnych, różniły się swem zachowaniem od płuc zwierząt, które dopiero po śmierci wrzucono do wody, nawet wówczas, gdy na przekroju były one, jak powiada Strassmann „w płyn zamożne.“ Różnica polegała na tem, że płuca zwierząt utopionych zawierały stale więcej powietrza i były przynajmniej w swych przednich górnych częściach podobne do płuc dotkniętych rozedmą, zaś płuca zwierząt, po śmierci włożonych do wody, zawierały od poprzednich mniej powietrza i były jednostajnie w płyn zamożne, zatem jak obrzękłe. Różnica powyższa, która naszem zdaniem pozwala jedynie a pewnie rozpoznać, czy się ma do czynienia ze zmarłym wskutek utonięcia, czy też z wrzuconym dopiero po śmierci do wody, daje się łatwo wyjaśnić na podstawie wywodów Marguliesa. Płuca zwłok wrzuconych do wody, które zawierają tylko powietrze zalegające, wypełniają z łatwością swe pęcherzyki, zawierające mało powietrza, wodą, wnikającą do nich pod ciśnieniem. Jeżeli natomiast ktoś we wodzie tonie, to wnosi pod zwierciadło wody w swych płucach zawsze większy zapas powietrza, niż wrzucone do wody zwłoki, bo zapas ten składa się w najkorzystniejszym razie (po wdechu) z powietrza zalegającego, zapasowego, oddechowego i części uzupełniającego. Ponieważ zaś z tego zapasu nie może ujść po śmierci nawet jego część, gdyż woda, zalegająca drobne oskrzeliki, na to nie pozwala, przeto ten zapas powietrza musi pozostać w płucach po śmierci i musi przynajmniej w części ich wytworzyć obraz „hyperaëryi.“ W tem przekonaniu, że życiowy zapas powietrza nie może po śmierci u utopionych ustąpić z płuc w zwykły sposób, utwierdził nas przypadek samobójstwa przez poderznięcie szyi, który przed niedawnym czasem przysłano zakładowi do sekcyi. Tchawica i większe oskrzela zawierały zbite skrzepy krwi, które światło oskrzeli zupełnie niemal zatykały. Płuca obustronnie o zwiększonej objętości, silnie rozdęte, nie zapadały się w czasie otwarcia klatki piersiowej, lecz owszem wypuklały się na zewnątrz, zatem zachowywały się, jak płuca utopionych. Na przekroju były suche, powietrzne, silnie trzeszczące, niedokrewne. Obraz „hyperaëryi“, jaki płuca te przedstawiały, należało tłómaczyć tem, że życiowy zapas powietrza nie mógł z nich ujść w chwili śmierci z powodu zatkania światła oskrzeli. Ten sam stan musi zachodzić także w płucach utopionych.

Stan „hyperaëryi“ płuc osobników, zmarłych wskutek utonięcia, jaki co najmniej w przednich górnych częściach ich płuc się znachodzi, nazwaliśmy w przeciwieństwie do obrazu obrzęku wodnego (*oedema aquosum*) według Brouardela rozedmą wodną (*emphysema aquosum*). Płuca 7 psów, które utopiliśmy przez połączenie ich tchawicy ze zbiornikiem wody w chwili, gdy wykonały silny wdech, przedstawiały o wiele wybitniejszy i rozleglejszy obraz rozedmy wodnej, niż płuca psów, utopionych w ten sam sposób po wykonaniu przez nie głębokiego wdechu. U pierwszych była co najmniej połowa ich płuc, t. j. górne i znaczna część środkowych płatów silnie powietrzem rozdęte, reszta zaś przedstawiała obraz obrzęku; u drugich zaś były tylko przednie części płatów górnych i średnich powietrzem rozdęte, reszta zaś wodą nacieczona i obrzękła. U jednego po głębokim wdechu utopionego psa zajmowała rozedma wodna $^2/_3$ płuc z wyjątkiem ich przykręgowych i przy wnęce położonych części. Zwierzęta wdychały wodę w położeniu grzbietowem. Również była rozedma wodna płuc rozleglejszą u zwierząt, przed utopieniem głęboko uśpionych zapomocą chloroformu, a to dlatego, ponieważ zwierzęta, przed utopieniem znieczulone, nie wyrzucają wśród tonięcia wetchniętej wody ze swych dróg oddechowych, przyczem dobywa się zwykle z płuc wraz z wyrzuconą wodą część zawartego tamże powietrza. Skoro zatem zwierzęta znieczulone nie wyrzucają wdychanej wody, zatem zapas powietrza w ich płucach również się nie zmniejsza. Powyższe doświadczenia potwierdzają teoretyczne rozumowanie Marguliesa, albowiem wykazują, że im więcej powietrza wnosi tonący

w swych płucach pod powierzchnię wody (n. p. bezpośrednio po głębokim wdechu), tem więcej są jego płuca potem przy sekcyi rozdęte, a zarazem, że im mniej tonący po zanurzeniu wykrztusza wody (uśpienie, stany odurzenia), tem więcej również są płuca jego nadmiernie powietrzem wypełnione.

Wedle Lauba nie mogą się zapaść płuca utopionych, dotknięte „hyperaëryą“, czyli wodną rozedmą, nawet wówczas przy otwarciu klatki piersiowej, gdy z czasem płyn, zatykający oskrzeliki, zniknie; natomiast wedle Tardieugo i Marguliesa należy się zapadnięcia płuc spodziewać po zniknięciu płynu z oskrzeli. Tymczasem powiada Strassmann, godząc się w tym względzie z Limanem, „że nadmierne rozdęcie płuc pozostaje niekiedy mimo znacznej zgnilizny (zatem i zniknięcia płynu z oskrzeli), jako jedyna cecha śmierci z utonięcia.“ To zachowanie się rozedmy wodnej płuc utopionych, a raczej ich niezapadania się przy sekcyi należy naszem zdaniem w ten sposób tłómaczyć, że tkanka płucna nad miarę i długo rozdęta utraciła na swej sprężystości tak dalece, iż mimo zniknięcia płynu z oskrzelików i możności ujścia z płuc życiowego zapasu powietrza, tkanka ich nie jest już zdolną się skurczyć.

Z przedstawionych tutaj wszystkich naszych badań wynika:

1) że woda, wnikająca po śmierci do płuc zanurzonych w niej zwłok, wywołuje znaczne powiększenie ich objętości i niezdolność do zapadnięcia się ich w chwili otwarcia klatki piersiowej;

2) że jednak takie płuca są wogóle mało powietrzne i przedstawiają obraz zwany przez nas obrzękiem wodnym *(oedema aquosum)*, podczas gdy

3) płuca utopionych (zmarłych wskutek utonięcia) są stale o wiele więcej powietrzne i przedstawiają bodaj częściowo obraz „suchego rozdęcia“ (Strassmann), czyli „hyperaëryi“ (Casper), czyli „rozedmy wodnej“ (*emphysema aquosum* — Brouardel);

4) obraz choćby częściowej rozedmy wodnej dowodzi, że w danym przypadku utopienie było przyczyną śmierci;

5) zwiększona objętość i niezapadanie się płuc osobników utopionych lub dopiero po śmierci wrzuconych do wody przy sekcyi tłómaczą się w części teoryą Traubego i wywodem Marguliesa, w części zaś wedle naszego przekonania tem, że płuca silnie rozdęte czyto zgęszczonem powietrzem, czy też wodą, która wniknęła do ich pęcherzyków, utraciły przez to tyle ze swej sprężystości, iż nie mogą się w sposób prawidłowy skurczyć i zapaść.

Co się tyczy ostatniego, na wstępie poruszonego pytania, czy krew lewej połowy serca zwłok, wrzuconych do wody, doznaje rozcieńczenia, to odnośne nasze badania kryoskopowe potwierdziły w zupełności wyniki poprzednich badaczy, jak Carrary, Stoenescu i H. K. W. Schmidta. Ciśnienie osmotyczne, △ krwi wziętej z lewej komory serca zwierząt, które przez 6—24 godzin spoczywały po poprzedniem zabiciu ich we wodzie, równało się w zupełności △ ich krwi, wziętej do badania za życia ich z tętnicy szyjnej Na tej podstawie nie może ulegać wątpliwości, że krew lewej połowej serca zwłok wrzuconych do wody nie doznaje przez to rozcieńczenia.

Piśmiennictwo. 1) 3) Hoffmann. Lehrb. d. ger. Med. Wien-Leipzig, 1898. Str. 554. — 2) Casper-Liman. Prakt. Handb. d. ger. Med. — 4) Thèse. Paris. 1884. — 5) Wien. medizin. Blat. 1883. Nr. 26—34. — 6) Vierteljschr. f. ger. Med. 1884. T. 40. Str. 1 i Atlas d. ger. Med. II. Str. 175. — 7) Üb. Aspirationspneumonie itd. Wien. 1898. — 8) Časopis lek. č. 1901. Nr. 23. — 9) Friedreichs Bl. f. ger. Med. 1896. — 10) System der ger. Staatsarzney-Wisssensch. 5 Aufl. § 194 b. — 11) Ausführl. Handb. d. ger. Med. 35. § 475. — 12) Lehrb. d. ger. Med.2 Aufl. Str. 316. — 13) Handb. d. ger. Arzney-Wiss. § 367. — 14) Vierteljschr. f. ger. Med. 1892. T. 2. Str. 247. — 15) Prager Vierteljschr. d. Heilk. 1849. — 16) L. c. — 17) Expér. et observ. sur la cause de la mort des noyés. Lyon. Paris 1768. — 18) Lehrb. d. ger. Med. Stuttgart 1895. Str. 293. — 19) La pendaison itd. Paris 1897. Str. 473. — 20) Lehrb. d. ger. Med. Halle 1821 § 208—210. — 21) Gerichtl. Sectionen des menschl. Körpers. — 22) Henkes Zeitschr. f. St.-Arzneik. T. 37. — 23) Lehrb. d. ger. Med. München 1867. Str. 313. — 24) Wien. klin. Wochenschr. 1899. Nr. 25. — 25) 26) Wedle Kanzlera l. c. ad 14. Str. 243. — 27) Über d. Tod. durch Ertrinken. Wien. Leipzig 1888. Str. 12. — 28) L. c. ad 19. Str. 473. — 29) Landois. Lehrb. d. Physiologie. Wien. Leipzig 1887. Str. 208. — 30) Centralbl. f. Physiol. 1903. Mr. 10. — 31) Rivista di med. leg. 1901. Fasc. 2. — 32—39) Ad 27. Str. 100—107. — 40) Ad 19. — 41) Ad 14. Str. 221—223. — 42) Ad 23. Str. 311—312. — 43) Porów. H. Schmidt. Friedr. Bl. f. ger. Med. 1899. Str. 96. — 44) Deutsche Klinik. 1863. Nr. 25, 26. — 45) Vierteljschr. f. ger. Med. 1884. T. 40. Str. 8. — 46) Annal. d'hyg. publ. 1863. Str. 324. — 47) Vierteljsch. f. ger. Med. 1866. T. 7. Str. 250 i n. — 48) Ad 45. Str. 15, 16, 23, 26. — 49) Ad 18. Str. 283 i n. i 293. — 50) Vierteljschr. f. ger. Med. 1903. T. 26. Str. 21 i n. — 51) Ad 1. Str. 552. — 52) Ad 9. — 53) Ärztl. Sachverst.-Zeitung 1904. Nr. 1. — 54) Kahlden Technik u. sw. Jena 1898. Str. 109. — 55) Vierteljschr. f. ger. Med. 1903. T. 26. Str. 32, 33.

III. Oceny i sprawozdania.

O leczeniu przewlekłych spraw zapalnych nerek (choroby Brighta) sposobem Edebohlsa.

Zdał sprawę

M. W. Herman (Lwów).

(Dokończenie.)

Jakież wyniki osiągnięto ostatecznie sposobem Edebohlsa? Jedna z ostatnich statystyk z przeszłego roku, obejmująca 51 przypadków, przez samego tylko Edebohlsa operowanych, wykazuje po 47 operacyach obustronnych, a po 4 jednostronnych, następujące wyniki: 7 operowanych zmarło bezpośrednio po operacyi (do 17 dni), 7 zmarło w 2 miesiące i później, nawet w 8 lat po operacyi (średnia zatem długość życia po operacyi w tej grupie wynosiła 1 rok i 8 miesięcy), u 2 nie stwierdzono żadnej poprawy, u 1 był nawrót choroby Brighta po 4 latach, u 22 stwierdzono niekiedy nawet bardzo znaczną poprawę, u 9 zaś zupełne wyleczenie. A za wyleczonych uważa Edebohls tylko takich, u których obok braku jakichkolwiek objawów podmiotowych, w moczu przez 6 przynajmniej miesięcy nie stwierdzono ani białka, ani też morfotycznych składników, a zwłaszcza wałeczków, a ilość wydzielonego mocznika dochodzi do liczb prawidłowych. Jeszcze większe zestawienie R. Guiterasa, uzyskane przez rozesłanie odpowiedniego okólnika do chirurgów amerykańskich, obejmuje 120 przypadków niewątpliwej, jak nas autor zapewnia, choroby Brighta i wykazuje po dekapsulacyi 16% wyleczeń, 40% polepszeń, 11% bez poprawy, 33% zejść śmiertelnych. Śmiertelność zaś bywa różną zależnie od postaci sprawy zapalnej. W zapaleniu śródmiąższowem, w którem wogóle wyniki pooperacyjne bywają najlepsze, śmiertelność bezpośrednia wynosi 26%, w zapaleniu miąższowem 25%, w przypadkach zaś choroby Brighta rozlanej, zajmującej tak miąższ, jak i tkankę śródmiąższową, śmiertelność pooperacyjna jest największa, dochodzi bowiem do 57%. Najlepszą niewątpliwie statystykę ma Fergusson, — na 16 bowiem spostrzeżeń

sprawy zapalnej, drobnowidowo stwierdzonej, we wszystkich osiągnął jużto wyleczenie, już też znakomitą poprawę. W każdym przypadku znikały bóle i zwiększała się ilość wydzielanego moczu. W przeważnej jednak liczbie przypadków sprawa zapalna powikłaną była z obluźnieniem się nerki. Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że w ojczyźnie dekapsulacyi nerek, w Ameryce, entuzyazm i brak krytycyzmu u jednych chirurgów, równoważy ścisła krytyka, a nawet skeptycyzm u drugich. Naprzykład Gibbons jest tak bezkrytycznym zwolennikiem tego sposobu postępowania, że nietylko uważa każdy przypadek choroby Brigtha bez względu na jej okres, za odpowiedni przedmiot do leczenia operacyjnego, ale nawet nie waha się wykonać ten zabieg u własnej siostry. Podobnie sądzi Mc Arthur. Już jednak Jepson uważa, że po dekapsulacyi należy oczekiwać wyników jedynie w zapaleniu śródmiąższowem, Whitaere wyłącza zaś przypadki t. zw. dużej białej nerki. Najbardziej krytycznem jest niewątpliwie spostrzeżenie C. Fraziera. U 9-letniego dzieciaka, dotkniętego, jak się zdaje napewno, chorobą Brighta, wykonał on nefrokapsektomię po prawej stronie. Już trzeciego dnia zauważył pewną poprawę, która odtąd statecznie, jakkolwiek powolnie postępowała. Zachwycony wynikiem, ogłasza Frazier to spostrzeżenie i z całem przekonaniem w dobrą sprawę wpisuje się w szeregi zwolenników operacyi Edebohlsa. W parę jednak miesięcy później ten sam autor, tym razem już na spółkę z Tysonem, w tem samem czasopiśmie ogłasza drugą rozprawkę, w której odwołuje wszystko to, co poprzednio napisał. Chory jego bowiem tak długo dobrze się miał, póki leżał w łóżku. Skoro tylko je opuścił, powróciły obrzęki tkanki podskórnej i puchlina jam surowiczych. Równocześnie dziecko poczęło się skarżyć i na inne dolegliwości, właściwe chorobie Brighta. Autorowie, zachęceni poprawą po pierwszej operacyi, przystąpili do obnażenia lewej nerki znów z podobnym wynikiem, jak poprzednio. A więc najpierw zwiększyła się ilość moczu, potem obrzęki zaczęły schodzić i t. d., ale tylko tak długo, póki dziecko leżało w łóżku. Gdy jednak operowany zaczął wstawać, objawy choroby Brighta zjawiały się w całej rozciągłości i okazałości *ab ovo* tak, że w tym przypadku nic zgoła nie osiągnięto. Zniechęcony autor uważa tedy metodę Edebohlsa za *ultimum refugium* w przypadkach rozpaczliwych. Bo zresztą waha się trochę, czy operacya ta nie przynosi chorym raczej szkody, zamiast pożytku. Pojawiła się bowiem tymczasem praca doświadczalna Johnsona, która wzbudza pewne wątpliwości. Autor ten, prawdopodobnie jeden z pierwszych, doświadczeniem (na psach) stwierdził, że właściwie niepodobna zdjąć torebki włóknistej całkowicie. Zawsze zdejmujemy jedynie warstwę powierzchowną (grubszą), pozostawiamy zaś głębszą, cieniutką, która wnet pokrywa się warstwą włóknika, ulegającego z czasem organizacyi tak, że ostatecznie torebka niejako się odradza, i to w postaci niekorzystnej dla samejże nerki. Ta bowiem nowa torebka jest grubsza i mniej podatna od pierwotnej, a nadto ma właściwości tkanek bliznowatych wogóle, t. j. dążność do kurczenia się. Stąd jednak zdrowy miąższ nerkowy szkody nie ponosi. Wykazały to badania Johnsona, potwierdziły podobne doświadczenia Thelemanna, Asakury, Stursberga, Ehrhardta i innych. Jedynie przy mniej ostrożnem i oszczędzającem postępowaniu, gdy w czasie zdzierania torebki uszkodzonym zostanie równocześnie i miąższ nerkowy, powstają w tych miejscach blizny, od których w głąb nerki ciągną się smugi tkanki łącznej. Inni zaś autorowie zauważyli wybroczyny, rozsiane w miąższu nerkowym, obumieranie nabłonka w powierzchownych warstwach i t. d. Wszystko to jednak były zmiany tylko przypadkowe, w każdym zaś razie bez znaczenia. Prawdopodobnie jednak ten sam zabieg dla nerek już chorych ma większe znaczenie. Domysł ten potwierdza znakomicie spostrzeżenie Sterna. Nadarzyła mu się mianowicie sposobność wykonać sekcyę w dwóch przypadkach, w których przed dwoma i $2^1/_2$ miesiącami wykonał obnażenie nerki po jednej stronie. W obu przypadkach stwierdził na nerkach operowanych w miejscu usuniętej torebki grubą, zbitą, bliznowatą tkankę. Na skrawkach mikroskopowych nie udało mu się nigdzie wykazać bezpośredniego przejścia naczyń torebki w naczynia śródnerkowe. Pierwotna zaś sprawa chorobowa (*nephritis interstitialis* w jednym, *nephritis luetica* w drugim przypadku) w nerce operowanej, bardzo wyraźnie posunęła się dalej, niż w nerce nietkniętej. Zatem są pewne podstawy, aby powątpiewać, czy zabieg obnażenia nerki sam przez się jest obojętnym dla chorej nerki.

Niekorzystnie też wypadły doświadczenia, przedsiębrane głównie w tym celu, aby sprawdzić twierdzenie Edebohlsa o tworzeniu się nowych naczyń w zrostach, otaczających nerkę. Już samo wspomniane wyżej odradzanie się niejako torebki włóknistej i to w przeciągu stosunkowo niedługiego czasu (już po 14 dniach), osłabia tę nadzieję. I rzeczywiście Bonsz-Osmołowski, Albarran[1]), Johnson, Ehrhardt, Stern, i w. i. nie stwierdzili wogóle naczyń w zrostach, w szczególności zaś nie znaleźli naczyń tętniczych, na których Edebohls opierał całe swe rozumowanie. Brak naczyń w zrostach jedni stwierdzali zapomocą badań drobnowidowych, (jak Stern), inni zaś doświadczeniem biologicznem, (jak Ehrhardt). Ehrhardt mianowicie w kilka miesięcy po nefrokapsektomii podwiązywał tętnicę nerkową i stale stwierdzał martwicę całej nerki, z wyjątkiem bardzo wąziutkiej (grubości 1 mlm.) warstwy na samym obwodzie. Jedynie Asakura i Stursberg, ten drugi wykonawszy doświadczenie w sposób nieco odmienny, wykazali, że w zrostach tworzą się nowe naczynia i to tak żylne, jak i tętnicze, i sądzą, że naczynia te nie są bez znaczenia. Asakura próbował nawet doświadczalnie odpowiedzieć na pytanie, nas tu najżywiej zajmujące, mianowicie stwierdzić chciał wpływ obnażenia nerki na przebieg sprawy chorobowej i po szeregu rozmaicie ułożonych doświadczeń doszedł wreszcie do tego przekonania, że zwierzęta operowane lepiej nieco znoszą ostre zapalenie nerek, wzniecone przez wstrzyknięcie do krwi gronkowców, aniżeli zwierzęta nieoperowane. O wiele liczniejsze są jednak doświadczenia z wynikiem wprost przeciwnym, tak, że doświadczeniom Asakury większej wagi przypisywać nie możemy, ani też nikt im nie przypisuje i to tem mniej, że sprzeciwiają się im spostrzeżenia kliniczne i ścisła krytyka ogłoszonych przypadków.

I te właśnie dwa względy, t. j. wielki brak krytyki w spostrzeżeniach Edebohlsa i ujemny wynik doświadczeń sprawiły prawdopodobnie, że w Europie sposób Edebohlsa nie zdołał się rozpowszechnić. W piśmiennictwie, uwzględnionem w niniejszem sprawozdaniu, a z małymi tylko wyjątkami wyczerpującem niemal przedmiot, nie spotykamy ani jednego spostrzeżenia, odnoszącego się do choroby Brighta, w któremby po obnażeniu nerek nastąpiło wyleczenie. A. Pousson, jeden z doświadczeńszych na tem polu, powołać się mogący na 13 własnych spostrzeżeń, kończy swą rozprawę twierdzeniem, że wprawdzie po dekapsulacyi u tego lub owego chorego następowało niejakie polepszenie, u żadnego jednak nie stwierdzono wyleczenia, a śmiertelność pooperacyjną oblicza na 20%. Israel w sześciu przypadkach operował wedle zasad Edebohlsa i po piętnastomiesięcznej obserwacyi, — jak o tem donosi Rosenstein, — dochodzi do najgorszych wyników. Podaje on bowiem: 1 przypadek śmierci, 1 pogorszenie, w 2 nie zauważono żadnego wpływu, w 2 wreszcie po operacyi ustąpiły wprawdzie bole głowy i obrzęki, białko jednak i wałeczki nie znikły wcale. Riedel w jednym przypadku dał się skusić do jednostronnej dekapsulacyi i mimo przemijającej poprawy takie odniósł wrażenie, że do obnażenia drugiej nerki namówić się nie da. Kümmel operował 7 razy, zawsze obustronnie, i zauważa, że przy dużej białej nerce zabieg ten nie jest bynajmniej łatwym; w jednym przypadku operowany umarł skutkiem mocznicy, dwóch innych

[1]) Cytowani przez Ehrhardta.

chorych zmarło po 5 6 dniach, dwóch po 2 latach, u 2 wreszcie o tyle stan chorobowy się poprawił, że ilość białka spadła z 10‰ na 1—3‰, wyleczenie jednak nie nastąpiło. F. Franke operował dwa razy, oba razy obnażał na jednem posiedzeniu obie nerki. Jeden z operowanych, z bardzo daleko już posuniętą sprawą chorobową, żył tylko krótki czas po operacyi. W drugim przypadku o żadnym wyniku mówić nie można.

I tak ostatecznie, kiedy zważymy z jednej strony wyniki doświadczeń na psach i królikach i ujemny całkowicie wynik spostrzeżeń klinicznych autorów francuskich i niemieckich, z drugiej zaś strony statystyki autorów amerykańskich z Edelbohlsem na czele, statystyki, w których przeważnie spotykamy sprawy zapalne jednostronne, powikłane obniżeniem się nerki i uwagę, że w tych właśnie przypadkach nerkowej choroby osiągnięto całkowite wyleczenie, mimo najlepszej chęci budzi się niewiara w skuteczność nefrokapsektomii w rzeczywistej chorobie Brighta. Ostatecznie do operacyi tej zniechęca stosunkowo znaczna śmiertelność pooperacyjna, — wynosząca przeszło 20%, i spostrzeżenia Sterna, który stwierdza, że w nerce już zmienionej po dekapsulacyi sprawa chorobowa chyżym krokiem postępuje naprzód. I chyba przyjdzie chirurgii, wyciągającej „zaborcze energiczne ręce po trofea w leczeniu zapaleń nerek z przyczyn ogólnych“[5]) cofnąć się z zajętej placówki, która jak się zdaje nikomu korzyści nie przyniesie. Lecz nie bez zastrzeżeń! — Zdaje się bowiem, że nie można jeszcze zamknąć rozpraw nad dopuszczalnością i wartością zabiegów chirurgicznych w tych przypadkach przewlekłych rozsianych śródmiąższowych spraw zapalnych, w których na plan pierwszy wysuwa się gwałtowna kolka nerkowa i moczenie krwawe.

Piśmiennictwo: 1) Asakura: Experimentelle Untersuchungen über die Decapsulatio renum (Mitteil. a. d. Grenzgeb. T XII). — 2) J. Bakeš: Ein neues Verfahren zur operativen Therapie der chronischen Nephritis (Zentrbl. für Chir. 1904. Nr. 14). — 3) J. Bakeš: Neues Verfahren zur operativen Behandlung der chronischen Nephritis (Bericht über die Verhandlungen d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. XXXIII Kongr. Zntrbl. f. Chir. 1904. Nr. 27. Beilage). — 4) Blake: Preliminary report of five cases of renal decapsulation (Ref. w Zntrbl. f. Chir. 1903. Nr. 41). — 5) G M. Edebohls: Die Heilung der chronischen Nierenentzündung durch operative Behandlung. Autorisierte Übersetzung von Doc. Dr. O. Beuttner. Genf 1903. — 6) G. M. Edebohls: Renal decapsulation for chronic Brigths disease (Ref. w Zntrbl. f. Chir. 1903. Nr. 41). — 7) G. M. Edebohls: Nierendekapsulation, Nephrokapsektomie (Edebohls) und Nephrolysis Rovsing) (Zntrbl. für Chir. 1904. Nr. 7). — 8) Erhardt: Experimentelle Beiträge zur Nierendekapsulation (Mitteil a. d. Grenzgebieten. T. XIII. 2). — 9) Fergusson: Surgical treatment of nephritis (Ref. w Zntrbl. f. Chir. 1903. Nr. 41). — 10) Frazier: Renal decapsulation (Ref. w Zntrbl. f. Chir. 1903. Nr. 36). — 11) R. Guiteras: The operative treatment of chronic Brights disease etc. (Ref. w Zntrbl. f. Chir. 1904. Nr. 12). — 12) Henry: Nephropexy in a case of chronic nephritis (Ref. w Zntrbl. f. Chir. 1903 Nr. 52). — 13) Jaboulay: Du traitement chirurgical des nephrites (Ref. w Zentrbl. f. Chir. 1904. Nr. 12). — 14) Johnson: Results of decapsulation of the kidney (Ref. w Zntrbl. f. Chir. 1903. Nr. 31). — 15) Patel et Cavaillon: Du traitement chirurgical des nephrites (Ref. w Zntrbl f. Chir. 1904. Nr. 12). — 16) Pousson: Traitement chirurgical des néphrites médicales (Ref. w Zntrbl. f. Chir. 1904 Nr. 21). — 17) Rosenstein: Dekapsulation der Nieren bei Morbus Brightii (Bericht über die Verhandlungen d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie XXXIII Kongr. Zntrbl. f. Chir. Nr. 27. Beilage). — 18) T. Rovsing: Zur Behandlung des chronischen Morbus Brightii durch Nephrolysis und Nephrokapsektomie (Zntrbl. f. Chir. 1004. Nr. 17). — 19) Rumpler O.: Der gegenwärtige Stand der Lehre der chirurgischen Behandlung der Nierenentzündung, Dissertation. Strassburg 1901. — 20) Stern: Beitrag zur Frage der chirurgischen Behandlung d. chronischen Nephritis (Ref. w Zntrbl. f Chir. 1903. Nr. 49). — 21) Stern: Über Veränderungen an der Niere nach Entfernung der Capsula fibrosa (Decapsulatio nach Edebohls) (Bericht über d. Verhandlungen d. deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XXXIII Kongr. Zntrbl. f. Chir. 1804. Nr. 27 Beilage) — 22) Stursberg: Experimentelle Untersuchungen über die zur Heilung chronischer Nephritiden von Edebohls vorgeschlagene Nierenentkapselung (Mitteil a. d. Grenzgebieten. T. XII). — 23) Thelemann: Ueber die Entkapselung der Niere (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. Nr. 15). — 24) Tyson and Frazier: Report of a case of decapsulation of the kidney for chronic parenchymatous nephritis (Ref. w Zntrbl. f. Chir. 1903. Nr. 52) — 25) Tyson: Edebohls operation etc. (Refer. w Zntrbl. f. Chir. 1904. Nr 7). — 26) Zondek: Demonstration einiger anatomischer Präparate (Bericht über d. Verhandlungen d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. XXXIII Kongr. Zntrbl. f. Chir. 1904. Nr. 27 Beilage).

[5]) J. Wiczkowski: Nauka o chorobach wewnętrznych T. III. Str. 39.

IV. Wyciągi.

1) Dr. H. Kümmel. **O wczesnych operacyach w gruźlicy nerek.** (*Archiv Langenbecka*, T. 74, Z. 1). — 2) Prof. Dr. Krönlein. **O gruźlicy nerek i wynikach jej operacyjnego leczenia.** (*Archiv Langenbecka*, T. 73, Z. 4). Powaga Guyona sprawiła, że bardzo długo utrzymywało się między chirurgami przekonanie o istnieniu gruźlicy wstępującej w drogach moczowych (z pęcherza przez moczowód do nerek). Przekonanie to nadzwyczaj krępowało chirurgów w ich postępowaniu leczniczem. Dopiero badania doświadczalne Baumgartena, a potem prace Kraemera, Steinthala i in. obok dokładnych obserwacyi klinicznych, obaliły zapatrywania dawniejsze, stawiając w ich miejsce inne, jak się zdaje jedynie prawdziwe, a głoszące, że w drogach moczowo-płciowych gruźlica szerzyć się może tylko w kierunku prądu wydzieliny głównych gruczołów, a więc z nerek do pęcherza, a z jąder do stercza. Gruczoły te zaś zostają zakażone najczęściej drogą naczyń krwionośnych (zatem niejako skutkiem zatoru) z jakiegoś, choćby bardzo nieznacznego ogniska, jak np. w jednym przypadku Kümmla z gruzełka trupiego na palcu u lekarza, lub też z ogniska, klinicznie wykazać się niedającego (jak najczęściej w płucach). Obok tego sposobu zakażenia, który przyjmują obaj autorowie, Kümmel kładzie pewną wagę na wrodzoną gruźlicę nerek lub jądra. Ognisko, długie lata utajone, ujawnia się nagle wśród sprzyjających okoliczności. Drugim nadzwyczaj ważnym dla chirurga szczegółem, a stwierdzonym zgodnie przez obu autorów jest to, że gruźlica nadzwyczaj często zajmuje jedną tylko nerkę. Obie okoliczności, razem wzięte, pozwalają chirurgowi żywić uzasadnione przekonanie, że po usunięciu chorej nerki usunięto rzeczywiście doszczętnie całą tkankę, chorobowo zmienioną (oczywiście w narządzie moczowym). W zestawieniach obu autorów jest wyraźna przewaga chorych i leczonych kobiet nad mężczyznami. Kümmel przytacza na 33 kobiet — 15 mężczyzn, Krönlein zaś (na 51 przypadków wogóle) 74·5% kobiet, a tylko 25·5% mężczyzn. Zjawisko to objaśnia Krönlein kilkoma przyczynami. U kobiet nerki ruchome zdarzają się często, obniżenie się zaś i okręcenie nerki powoduje zastój, choćby częściowy, moczu, zastój zaś ułatwia zakażenie. Z zastojem, a wreszcie z przekrwieniem (czynnem lub biernem) ustrój kobiecy walczyć musi często w ciąży, w okresach miesiączki i t. d. Wreszcie wskutek krótkości i szerokości cewki moczowej niewieściej rozmaite sprawy zakaźne, a zwłaszcza wywołane dwoinkami tryprowemi, szerzyć się mogą na pęcherz, moczowody i miedniczki. A mówiąc o zakażeniu tryprowem obaj autorowie godzą się na to, że poprzednie zakażenie dwoinkami Neissera w wysokim stopniu przygotowuje glebę dla późniejszego zakażenia prątkami. Wyniki pooperacyjne w tem cierpieniu dobre, a tem lepsze, czem wcześniej chora nerka zostanie usuniętą. Rozpoznanie w początkach natrafia na wielkie trudności. Można je jednak pokonać, jak tego dowodzi Kümmel swymi sześcioma przypadkami. Jednym z najpierwszych objawów, kiedy brak jeszcze wszystkich innych, bywa mętny od czasu do czasu mocz, zauważyć się dający jedynie przy pilnem badaniu. W moczu takim wykryć można, zdaniem Kümmla, zawsze prątki gruźlicze. Zresztą obmacanie nerek, a nawet dokładne obejrzenie cystoskopem pęcherza, nie wykrywa nic nieprawidłowego. Dopiero cewnikowanie moczowodów naprowadza na właściwe rozpoznanie. Zdaniem Kümmla ten sposób badania (t. j. cewnikowanie moczowodów) w gruźlicy nerek jest nieodzownym i wbrew zdaniu niektórych chirurgów Kümmel gorąco zaleca cewnikowanie obu moczowodów. K. nigdy tego postępowania nie żałował, nigdy też stąd szkody nie widział. Zebrawszy mocz z każdej nerki z osobna, możemy go porównać pod względem chemicznym i fizycznym i nabrać dokładnego pojęcia nietylko o tem, która nerka jest chorą, lecz także o sprawności czynnościowej każdej z nich. Chromocystoskopia (po podskórnem wstrzyknięciu indygokarminu), zalecona niedawno przez Völckera i Josepha, może w łatwych przypadkach — początkującym, w trudnych — nawet doświadczonym, ułatwić ureteroskopię, nigdy jej jednak zastąpić nie zdoła. Stwierdziwszy gruźlicę nerki należy choremu doradzić jak najrychlejszą operacyę. Nie możemy bowiem liczyć na wyjątkowe zdarzenia, w których sprawa ta sama się wyleczy. Jedynym zaś właściwym zabiegiem jest całkowite wycięcie chorej nerki od lędźwi. Jedynem przeciwwskazaniem

tego zabiegu są zmiany i niedomoga drugiej nerki. Jeżeli jednak druga, także chora, nerka spełnia swą czynność w sposób wystarczający, można i w tych warunkach pokusić się o wycięcie nerki bardziej zmienionej. Kümmel cztery razy operował w tych warunkach i chorzy żyli po operacyi jeszcze 2—4 miesięcy bez gorączki i bez bolów, trapiących ich przed operacyą. Z 43 innych operowanych 5 zmarło bezpośrednio lub wkrótce po operacyi, 3 po 3—6 miesiącach, 32 zaś żyje po $15^{1}/_{2}$, 9, 7 i t. d. latach od operacyi. Podobnie korzystną jest statystyka Krönleina. Na 34 operowanych dwóch zmarło bezpośrednio po operacyi, sześciu w przeciągu 2—9 miesięcy po operacyi, a dwóch w 7 wzgl. 11 lat po operacyi z gruźlicy płuc, 24 zaś żyje 14, 10, 9 i t. d. lat po operacyi. Zastanawia się wreszcie Kümmel, co począć ze zmienionym moczowodem po wycięciu nerki? Garceau (z Bostonu) zaleca całkowite wycięcie moczowodu. Nie pisze się na to Kümmel, stwierdza bowiem ze statystyk, że śmiertelność (bezpośrednia) po tym zabiegu zwiększa się. Obmyślił przeto galwanokauter, długi a cienki, który na zimno wprowadza do moczowodu (na głębokość 10 ctm.), poczem dopiero rozżarza go i zwęgla błonę śluzową. *Herman.*

H. Oppenheim. **W sprawie** *paralysis myasthenica*. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, Nr. 29, 1904). Oppenheim, którego nazwisko jest tak ściśle związane z *paralysis myasthenica*, (*myasthenia gravis*), podaje nowy przypadek tej stosunkowo rzadkiej choroby, który z dwóch względów budzi szczególniejsze zajęcie. Pod względem klinicznym na uwagę zasługuje to, iż oprócz opadnięcia obu powiek o typowym, myastenicznym charakterze i oprócz myastenicznej reakcyi elektrycznej w mięśniu naramiennym, nie było u chorego żadnych innych objawów. Przypadki podobne, gdzie porażenie myasteniczne ogranicza się tylko do zewnętrznych mięśni oka, a reakcya myasteniczna istnieje w mięśniach, niedotkniętych zresztą objawami choroby, łatwo mogą być nierozpoznane. Nadto przypadek ten tem się jeszcze odznaczał, iż istniała polydaktylia prawej stopy. Jest to więc znowu jeden z tych przypadków, gdzie myastenia wystąpiła u osobnika, u którego były zmiany rozwojowe (w innych przypadkach tej choroby zauważano rozdwojenie podniebienia, niedokształt korzonków nerwów mózgowych, zdwojenie przewodu Sylwiusza lub środkowego kanału rdzenia). Jeśli się zważy, iż w całym szeregu przypadków znalezione przy sekcyi nacieki w mięśniach Weigert uważa za przerzuty, pochodzące ze złośliwego nowotworu utrzymującej się zbyt długo grasicy, to nasuwa się myśl, iż patogenezy tej choroby wogóle w jakiejś wadzie rozwojowej szukać należy. *Dr. A. Rydel.*

Otto Maas. **O rzadszem rodzinnem cierpieniu nerwowem.** (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 31, 1904). Autor omawia chorobę, którą spostrzegał u rodzeństwa (brata l. 29 i siostry l. 26). Ojciec ich był nałogowym pijakiem, matka umarła na otępienie starcze. Cierpienie wystąpiło u obojga rodzeństwa w równym wieku (w 13-tym i 12-tym r. życia), rozpoczęło się osłabieniem kończyn dolnych, które wnet rozszerzyło się na kończyny górne, mięśnie grzbietu i twarzy, a w końcu zajęło język i struny głosowe. W miarę wzmagania się tego osłabienia poczęły występować zaniki mięśni obwodowych części kończyn, połączone z drganiem włókienkowem i odczynem zwyrodnienia. Nadto chód był niepewny, istniał lekki bezład ruchów (*ataxia*), zwłaszcza kończyn dolnych i ich sztywność. Odruchy u obojga rodzeństwa wzmożone, odruch Babińskiego istniał, a odruchów brzusznych u siostry brakowało.

Ze względu na objawy kurczowe i wzmożenie odruchów można wyłączyć *atroph. musc. spinalis*, *dystroph. musc.* i neurotyczne postacie zaniku. Ze względu znowu na istnienie tak wybitnych zaników nie można myśleć ani o chorobie Friedreicha, ani o *hérédo-ataxie cérébélleuse* Marie'go. Należy zatem te przypadki uważać za nieco odmienną postać stwardnienia powrózków bocznych (*sclerosis lateralis amyotrophica*). *Dr. A. Rydel.*

Dr. Rosenstein. (Z oddziału chir. prof. Israela). **Doświadczenia kliniczne nad dekapsulacyą nerek w chorobie Brighta.** (*Deutsche medicinische Wochen.*, 1904, Nr. 31). Wynalazcą tej operacyi i to przypadkowym jest lekarz amerykański Edebohls. Operując bowiem szereg chorych na nerkę ruchomą, zauważył on, że objawy zapalenia nerki ruchomej znikały, gdy do przyszycia nerki (*nephropexia*) dołączył i dekapsulacyę nerki ruchomej. Ten przypadkowy wynik nasunął mu myśl, czy nie możnaby zapomocą takiego zabiegu leczyć wogóle wszelkie choroby nerek. Rozporządza on 51 przypadkami chorób nerkowych w ten sposób leczonych, w których osiągnął następujące wyniki: 27% śmiertelności, 43% polepszenia zdrowia i 18% wyleczonych. Zachęcony tą statystyką zastosował i Israel tę operacyę w sześciu przypadkach, a wyniki ogłasza właśnie jego asystent. Były to przypadki mniej lub więcej daleko posuniętych zapaleń nerek ze średnią ilością białka około 1‰. Z tych sześciu przypadków umarła jedna chora po operacyi i, jak autor twierdzi, wskutek operacyi, chora bowiem po operacyi dostała napadu mocznicy i wśród niej zginęła. U jednego chorego stan się pogorszył, u dwóch operacya nie wywarła żadnego wpływu, dwóch ma się stosunkowo lepiej; przypadku wyleczenia nie było żadnego. Czas, przez który śledzono przebieg choroby, rozciągał się do 15 miesięcy. (Na oddziele prof. Wiczkowskiego w dwóch przypadkach zapalenia nerek mimo wykonania dekapsulacyi ilość białka w moczu pozostała ta sama. *Przyp. sprawozd.).* Jakże więc wytłómaczyć sobie statystykę Edebohlsa? Otóż R. sądzi, że przypadki wyleczone nie były prawdziwą chorobą Brighta, tylko przewlekłem zapaleniem nerek, wywołanem przez zmianę ich położenia. Edebohls mówi w przypadkach wyleczonych głównie o „jednostronnem“ zapaleniu nerek, a takiego według R. niema. Każda choroba Brigtha wywołana jest przez substancye trujące, znajdujące się w ustroju, a te zawsze działają na obie nerki. Jeżeli z tego punktu widzenia poddamy krytyce statystykę Edebohlsa, to nie miał on także żadnego przypadku wyleczenia. Autor dochodzi nakoniec do następujących trzech wniosków: 1) Dekapsulacya nerek jest przy ciężkiej chorobie Brighta operacyą niebezpieczną. 2) Trwałego wyleczenia nie osiągnięto w żadnym pewnym przypadku choroby Brighta. 3) Natomiast osiągnięto polepszenia. Przedmiotowo stwierdzić można znikanie obrzęków bez zmiany białkomoczu; podmiotowo zaś ustąpiły bole głowy, które przed operacyą chorym ciągle dokuczały. *Dr. M. Selzer* (Lwów).

P. Reclus. **O miejscowem znieczuleniu zapomocą stowainy.** (*La Presse médicale*, Nr. 55, 1904). Fizyolog Billon w swoich doświadczeniach na zwierzętach doszedł do wniosku, że wykryta przez chemika francuskiego Fourneau'a stowaina jest mniej trująca, aniżeli kokaina. Autor stosował u ludzi ten środek w ciągu 9 miesięcy, przyczem zajmowały go głównie dwa pytania, to jest: 1) czy stowaina silniej znieczula i 2) czy jest mniej trująca, aniżeli kokaina. Odpowiedź na pierwsze pytanie jest trudna, ponieważ wchodzi tu w grę sposób oddziaływania na ból, różny u różnych chorych, a brak nam dotąd przyrządu do oznaczania bolu. Autor rozwiązywał to pytanie w ten sposób, iż u jednego i tego samego chorego przy wycinaniu długiego kawałka żyły, zmienionej żylakowo, wykonywał operacyę, znieczulając połowę pola operacyjnego kokainą, a połowę stowainą, lub też u jednego chorego dwie równoczesne operacye podobne (przepukliny, wodniaki moszen, tłuszczaki, guzy) wykonywał w dwóch różnych znieczuleniach. Wydatność znieczulenia przy użyciu stowainy jest zdaniem R. zupełnie ta sama, co kokainy, nie przyznaje on jej jednak wyższości w tym kierunku nad kokainą, jak to czyni Chaput. Co do toksyczności stowainy, to ta okazała się bezwarunkowo mniejszą, mimo stosowania silniejszych rozczynów. Stowania odznacza się nadto własnością rozszerzania naczyń w przeciwieństwie do kokainy. Nizka cena stowainy przy wyżej przytoczonych własnościach każe jej wróżyć dobrą przyszłość. *Dr. Blassberg.*

Apolant. **O znikaniu raków u myszy pod wpływem promieni radu.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1904, 31). Ponieważ dotychczas badano dokładnie mikroskopowo zmiany wsteczne, powstające pod wpływem promieni roentgenowskich i radu w rakach, tylko u ludzi, przeto autor podjął szereg doświadczeń na zwierzętach, spodziewając się w ten sposób zbadać dokładniej, czy i w jakim stopniu szybkość znikania nowotworu zależy od siły i czasu naświetlania i czy zwyrodnienie komórek rakowych nastaje pod wpływem naświetlania odrazu, pierwotnie, czy też dopiero pośrednio, pod działaniem bujającej wskutek naświetlania tkanki łącznej podścieliskowej. Wyniki badań autora są wogóle zgodne z wynikami badań na ludziach, gdyż i u zwierząt pod wpływem naświetlania zanikają komórki nabłonkowe raka, a buja tkanka łączna; ale powiodło się autorowi napewno stwierdzić, że zwyrodnienie i zanik komórek rakowych jest pierwotnym, a nie pośrednim skutkiem naświetlania, czego badania na ludziach nie mogły rozstrzygnąć. Natomiast nie powiodło się autorowi określić stosunku siły naświetlania do stopnia zmian histologicznych, który zdaje się nie zależeć od natężenia i trwania naświetlania.

Działanie naświetlania na komórki nabłonkowe raka uważać należy za swoiste tombardziej, że pod wpływem naświetlania zanikają tylko żywe komórki rakowe, natomiast części nowotworu, złożone z komórek już obumarłych, wcale się ani w samoistnym przebiegu raka u myszy, ani pod wpływem naświetlania nie wsysają i nie zmniejszają. Ma to o tyle znaczenie praktyczne, że nowotwory, zawierające dużo części obumarłych, można tylko w ten sposób usunąć, iż się silnem naświetlaniem niszczy skórę, pokrywającą nowotwór, poczem części nekrotyczne łatwiej się oddzielają, a dno owrzodzenia nowotworowego, oczyszczone, w końcu się zabliźnia. Ale większość zwierząt tak silnego naświetlania, jakiego potrzeba do

zniszczenia skóry nad nowotworem, nie znosi i ginie. Nadto promienie radu nie działają daleko wgłąb, autor przestrzega więc przed zbyt wielkiemi nadziejami co do leczenia tym sposobem raków u ludzi. *C.*

H. Curschmann. **O pourazowem zapaleniu opon mózgowych.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 29, 1904). Opisano znaczną liczbę przypadków gruźliczego zapalenia opon, w których uraz w głowę, zdaje się, był bezpośrednią przyczyną sprawy zapalnej. C. podaje znacznie rzadszy przypadek zapalenia opon pourazowego, które rozwinęło się na podstawie prątków grypy. W tym przypadku urazem był upadek na potylicę i grzbiet, po którym nastąpiła bezpośrednio utrata przytomności, później bole głowy i wymioty. Po dwóch dniach typowa influenza. W 5 do 8 dni później wystąpiły objawy zapalenia opon częścią mózgowych, częścią rdzeniowych: silne bole głowy i karku, sztywność kręgosłupa bez sztywności karku, osłabienie nóg, objaw Kerniga, dermografia i przeczulica kończyn dolnych, jako też bole w zakresie nerwu kulszowego. Płyn mózgowo-rdzeniowy zawierał znaczną ilość leukocytów i prątków, które według wszelkiego prawdopodobieństwa należało uważać za Pfeiferowskie. Hodowli nie robiono. *Dr. A. Rydel.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dymal [*didymium salicylicum* Di_2 ($C_6 H_4$ OH.COO)], wytwór uboczny przy wyrobie siatek Auerowskich, jest bladoróżowym proszkiem bez woni i smaku, stosowanym z wielkiem powodzeniem w odparzeniach (*intertrigo*). [*Centralbl. für Kinderheilk.*, 1904, Nr. 5]. *Adz.*

Dr. Walther Kaupe. **Doświadczenia co do „maretyny", nowego środka przeciwgorączkowego w gruźlicy.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 27). Autor stosował maretynę w przypadkach gruźlicy z wysoką gorączką i częstymi potami. Zawsze ciepłota spadała do poziomu prawidłowego, a nawet poniżej, do 36°. W przypadkach, w których inne środki przeciwgorączkowe nie działały wcale, maretyna obniżała zawsze ciepłotę. Chorzy znosili środek ten bardzo dobrze, czuli się lepiej. Niektórzy tylko skarżyli się na silniejsze poty. Najlepiej stosować maretynę w dawce 0,5 grm. Dawki mniejsze działają o wiele słabiej.

Dr. Selzer (Lwów).

Bioferyna jest przetworem hemoglobiny, wytworzonym według wskazówek prof. Siegerta przez prof. Cloettę, a wyrabianym na większą skalę przez fabrykę Kalle & Co. Prof. Siegert (*Münch. med. Wochenschrift*, 1904, Nr. 27) szukając środka żelazistego, stosownego dla niedokrwenych, sztucznie karmionych osesków, doszedł do wniosku, że odpowiednimi są tylko przetwory hemoglobiny i używał początkowo hematogenu. Lek ten jednak z powodu dodatku wina rodzynkowego łatwo się rozkłada, zawiera zresztą dużo bakteryi. Bioferyna niema natomiast tych ujemnych stron; z bakteryi zawiera tylko prątki sienne; odznacza się przyjemnym smakiem i zapachem. Dawka jej wynosi: u osesków po 5 grm., u starszych dzieci po 10—15 grm., u dorosłych po 15—30 grm. 1—2 razy dziennie, w wodzie lub mleku, albo i bez rozcieńczenia. Wskazana jest u sztucznie mlekiem żywionych osesków od 10 m. życia, u krzywiczych, zołzowatych i niedokrwenych. Siegert uzyskiwał, podając ten lek, po 2—3 tygodniach wybitne zwiększenie się hemoglobiny, poprawę łaknienia i stanu ogólnego. *Akl.*

O leczeniu łuszczki (*keratitis pannosa*) **jequirytolem.** (*Medicinische Zeitschrift*, Tokio, 1904). Hirota, okulista w Tokio, donosi o spostrzeżeniach, które zebrał, lecząc łuszczkę jagliczą jequirytolem. Po użyciu tego leku powieki ulegają obrzmieniu, spojówki pokrywają się delikatnemi błonkami; pojawia się światłowstręt, łzawienie i bolesność, nadto nastrzykanie okołorogówkowe, a niekiedy nawet wyraźny naciek rogówki. Należy spokojnie czekać końca tego typowego zapalenia. Zwykle wkrótce znikają wszystkie objawy. Jeżeli zapalenie jest za gwałtowne, zakrapla się surowicę jequirytolową kilka razy do spojówki, poczem zapalenie już następnego dnia szybko zaczyna się zmniejszać. W 7 przypadkach łuszczki jagliczej osiągnął H. prawie wyłącznie zapomocą jequirytolu zupełne wyjaśnienie się zaćmienia rogówkowego. Bystrość wzroku przed leczeniem była najczęściej tak mała, że chorych musiano przyprowadzać do leczenia. Wskutek leczenia jequirytolem poprawiała się bystrość wzroku w krótkim czasie; przy leczeniu zwykłymi środkami nie poprawiała się wcale. Już po pierwszem zapaleniu zmniejszało się znacznie zaćmienie, a po cztero- do sześciorazowem powtórzeniu odczynu mogli chorzy, przedtem mało co widzący, rozpocząć pracę zawodową. *Baschkopf*

VI. Krynica, jej rozwój i jej obecne potrzeby.

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

(Ciąg dalszy).

II. Zdroje mineralne.

Zdrój główny, dawniej zwany zdrojem Heleny, jest osią, około której od całego wieku obraca się wielkie przedsiębiorstwo zdrojowo-kąpielowe, w które włożono około, a może przeszło trzy miliony zlr. Jest ono ogniskiem, do którego zbiega się rocznie około 7000 chorych ze wszystkich stron Polski z nadzieją, a niemal pewnością, że tutaj odzyskają zdrowie; wiozą oni ze sobą pieniądze, aby za zdrowie dobrze zapłacić. I cóż znajdują? Prawda, że zdrój potężny z hukiem i szumem kłębuje się w głębi ziemi, rozpryskuje w koło perły, w które naród wierzy, że w tych perłach tkwi zdrowie. Natura zdroju jest potężna, ale ręka ludzka, która czerpie zeń skarby, działa nań ciągle szkodliwie: spiętrzyła słup wody do 150 ctm., aby ona nie mogła swobodnie odpływać, odprowadzać szybko zewnętrzne szkodliwości, ale musi zatrzymywać się i wysokim słupem ciśnie na głębsze warstwy. Hydrotechnika twierdzi, że to złe, że to zmniejsza wydatność zdroju, że zdrój nawet pod takiem ciśnieniem zginąć może, że może on się przedrzeć tam, gdzie znajdzie słabsze opory, jak tutaj: szutrowiska. Ale się o to nie troszczono, bo takiej wysokości potrzeba było do budowy łazienek, zatem wysokość zdroju musiała się do nich zastosować, a nie przeciwnie. Następnie w miarę wzrostu zdrojowiska okazała się potrzeba większego budynku przy zdroju, gdzieby mogła liczna publiczność korzystać z przechadzki w czasie deszczu. Otóż podniesiono budynek znacznie ponad poziom terenu, a w ten sposób zdrój zagłębił się tak, że obecnie jest 2 metry poniżej podłogi chodnika krytego, a pył, błoto, kurz z całej podłogi, jakoteż z sąsiednich dróg i placów w czasie wiatru swobodnie spływa do zdroju, bo ten niczem nie jest przykryty. Nadto wodę czerpie się szklankami, dzbankami: czy należycie czystemi, w to wątpić można; ale w to wątpić nie można, że to wszystko uznaje się widać pod względem sanitarnym i higienicznym za zupełnie dobre, bo się nic nie myśli, ani nie projektuje, aby coś zmienić należało. Wprawdzie były zarządca Krynicy, A. Mravincsics, który zwiedzał zdrojowiska Europy, badał urządzenia i postępy całego przedsiębiorstwa zdrojowo-kąpielowego wogóle, a w szczególności urządzenia samych zdrojów, pragnął przed paru laty te postępy zastosować w Krynicy. Głos jego jednak, jako głos urzędnika podwładnego, nie znalazł uznania, ani poparcia, bo w tych sprawach mogą rozstrzygać i czynić wnioski tylko wyższe władze, te zaś wcale o tem nie myślą — zadowalają się, że plany mają w tekach.

A jednak projekt A. Mravincsicsa był dobry, zapobiegał wszystkim dotychczasowym błędom, stał na wysokości zarówno nauki higieny, jak balneotechniki, nadto zapobiegał niebezpieczeństwu, jakie grozi zdrojowi głównemu. Zamierzał on przedewszystkiem gruntownie zbadać wydajność zdroju, zbadać, czy nie należałoby zmienić osadzenia cembrzyny, następnie dokonać gruntownych badań, czy i o ile zwiększy się wydajność zdroju przez obniżenie zwierciadła wody, a po tem wszystkiem poddać wodę nowemu rozbiorowi chemicznemu, gdyż druk ostatniego rozbioru pochodzi z r. 1858. Urządzenie zaś samego zdroju miało polegać na

tem, aby go przykryć szczelnie taflą szklaną, a granitową cembrzynę odsłonić głęboko, zaledwie 30—50 ctm. powyżej dna źródła, do cembrzyny poniżej źwierciadła wody powkręcać krany, którymiby się czerpało wodę do picia i do flaszek. Spód i boki tego obejścia wokoło cembrzyny miano ująć w oprawę czyto granitową, czy też betonową.

Ten projekt nietylko był dobry, ale koniecznie należało go wykonać, a to tem więcej, że od dłuższego czasu wśród obywateli Krynicy panuje obawa, że ich mienie jest mocno zagrożone i zagrożonym jest byt Krynicy jako zdrojowiska, gdyż zdrój zanika i to szybko, jakby to wynikało z następujących pomiarów:

1858 Aleksandrowicz: zdrój wydaje na minutę 128·4 litra
1898 Dr. Kopff (pomiary Ziehy?) zdrój wydaje na minutę . . . . 53·0 „
1903 miano znaleźć, że zdrój wydaje na minutę 46·0 „
1904 Inżynier Felkel i kom. A. Grabowski: zdrój wydaje na minutę . . . . 37·0 „

Czy można temu uwierzyć, aby jakikolwiek właściciel zdrojowiska bezczynnie patrzał na tak wielkie niebezpieczeństwo i literalnie nic nie robił, a nawet nie pomyślał o tem, aby wyjaśnić, czy to niebezpieczeństwo jest istotnie tak wielkie, jak z tego zestawienia się przedstawia.

Zarówno nazwisko budowniczego Księżarskiego, który dokonywał tych pomiarów w r. 1857, jak nazwisko chemika Aleksandrowicza, który je wydrukował, zanadto są poważane i cenione, aby bezpodstawnie powątpiewać w ich badania. Jednak wszystko jest możebnem i należy dociekać prawdy, a tę nam wskazać może przeszłość, czasy, gdy ręka ludzka mniej pogrążała zdrój pod poziom ziemi.

Otóż Hacquet w r. 1788—1795 opisuje, że „znalazł źródło z cembrzyną drewnianą wielkości sążnia kwadratowego, wypływające z szarego piaskowca, tak silne, że wydaje więcej niż $1^1/_2$ funta wody na sekundę“. Według tego opisu licząc $1^1/_2$ funta = 0·75 kilo czyli litra na sekundę, to na minutę wypada 45 litrów.

W r. 1807 Prof. Dr. Schultes, który z polecenia rządu dokonał rozbioru chemicznego, opisuje dwa źródła: „jedno przeznaczone do kąpieli, a drugie do picia. Woda obu tych zdrojów wytryskuje wśród ciągłego szumu, jest jasna i przejrzysta, jak kryształ, zarówno w obu czaszach, jako też kanałach, którymi płynie do zbiorników na użytek kąpielowy“. Dalej znajdujemy: „Chcieliśmy oznaczyć ilość wypływającej wody w jednej godzinie, lecz kanały, którymi woda odpływa z obu zdrojów, łączą się pod ziemią i dlatego uczynić się to nie dało“.

Najwięcej pouczające w tym kierunku szczegóły znajdujemy w pracy Dra Stirba de Stirbitz: „Opisanie źródeł mineralnych w Krynicy“, wydanej we Lwowie 1816. Badał on dwa źródła: główne i poboczne czyli źródło Karola. „Dnia 14 września 1815 przedsięwziąłem wymiar obu źródeł i studni. Głębokość źródła głównego od dna aż do odchodu wynosi $16^1/_2$ cali. Dyameter powierzchni wody 3 stopy 9 cali: i t. d. „Głębokość źródła pobocznego (Karola) wynosi od dna aż do odchodu 26 cali. Dyameter powierzchni wody 4 stóp 9 cali“. Wyczerpawszy oba te źródła aż do dna, podał dokładnie, w jakim czasie ile wody przybywało, czyli o ile podnosił się słup wody. Przeliczyłem te dane na miarę metryczną i obliczyłem objętość napłyniętej wody, jaka była, jeśli cembrzyna była okrągła, a jaka, jeśli cembrzyna była kwadratowa, gdyż tego, jaka była cembrzyna, nie zdołałem odszukać.

Z tego doświadczenia, wykonanego przed 90 laty, pouczającem jest zjawisko, jak znacznie zmniejsza się dopływ wody w miarę podnoszenia się jej słupa. Przytem okazuje

Przypływ wody po jej wyczerpaniu w r. 1815.

W zdroju Głównym				W zdroju Karola			
		Cembrzyna				Cembrzyna	
		okrągła	kwadratowa			okrągła	kwadratowa
minut	cm.	cm.³	cm.³	minut	cm.	cm.³	cm.³
2	10·5	115.960	148.690	3	10·5	185 800	236.250
2	10·5	115 960	148.690	3	10·5	185.800	236.250
2	13·2	144.950	186.923	3	10·5	185.800	236.250
2	13·2	144.950	186 923	3	7·9	139 350	177.750
2	9·8	108.712	138.777	3	7·9	139.350	177.750
2	7·2	79.722	101.959	3	7·2	129.737	162.000
$1^1/_2$	5·2	57.980	73.637	3	5·3	92.900	119.250
				3	4·7	81.287	105.750
				2	3·9	69 675	87.750
$13^1/_2$	69·6	768.234	986 599	26	68·5	1.207.499	1.539.000
średnio w 1 minucie		56.906	73.081			46.442	59 192

się, że w najkorzystniejszych warunkach zdrój główny wydawał znacznie mniej wody, niż to obliczył Księżarski, a podał Aleksandrowicz, gdyż w pierwszych 4 minutach napływ wody nawet w cembrzynie kwadratowej wynosiłby na minutę 74.390 cm.³, a w następnych 4 minutach wynosiłby 83.361 cm.³ na minutę. A zatem, jeżeli teraz zestawimy wszystkie dotychczas robione spostrzeżenia co do wydajności zdroju głównego na minutę, to one tak się przedstawią:

W r. 1788 Hacquet . . . . 45.000 cm.³
„ „ 1815 Dr. Stirba . . . 83.900—56.906 „
„ „ 1857 Aleksandrowicz-Księżarski . 128.400 „
„ „ 1891 Dr. Kopff (Ziehа?) . . . 52.000 „
„ „ 1903 ? . . . . 49.000 „
„ „ 1904 Felkel i Grabowski . . . 37.000 „

Obliczenie wydajności zdroju głównego, podane przez Aleksandrowicza, tak bardzo się różni od obliczeń poprzednich i następnych w ciągu całego stulecia, że najprawdopodobniej jest ono błędne, zbyt wysokie. Z drugiej jednak strony nie godzi się lekceważyć tej sprawy, ale należy ją szybko, a gruntownie zbadać, gdyż od roku 1891 do roku 1904 dokonywane pomiary wykazują stałe obniżanie się wydajności zdroju z 52 na 37 litrów na minutę.

* * *

Zdrój Słotwiński rozbierał chemicznie Prof Dr. Stopczański w r. 1868. Jestto szczawa magnezyowo-sodowo-żelazista, której używa się do picia niemal w takiej samej ilości, jak wody ze zdroju głównego, a ponieważ to źródło jest oddalone blizko 2 klm., dlatego po całych dniach dowożą tę wodę i z flaszek podaje się ją do picia. Urządzenie tego źródła, napełnianie flaszek i sam dowóz nie mają nic wspólnego z kulturą i cywilizacyą XX wieku. A jednak to woda lecznicza doskonała, a wydajność zdroju jest dosyć znaczna; niema wszakże w tym kierunku żadnych badań gruntownych. Ta prymitywna dostawa wody we flaszkach jest dosyć kosztowna i tym wydatkiem niewątpliwie pokryłoby się odsetki od kapitału, wydanego na rurociąg, który

obliczono na 8000 złr., a wtedy duży zapas wody przypadłby bezpłatnie w łazienkach na kąpiele.

Zdrój Józefa, przedtem Dudzika I, w roku 1899 ujęto cembrzyną, przeprowadzono rurami do łazienek na I piętro i tam urządzono 7 wanien. Wodę tę podobno rozbierał chemicznie Doc. Dr. Lemberger, ale tego rozbioru nie wydrukowano i nie położono paru metrów rury wodociągowej do chodnika krytego, aby tę wodę oddać chorym do picia. A jednak szkoda, bo już w r. 1884 Prof. Dr. K. Olszewski zwracał uwagę na ten zdrój, jako szczawę, najwięcej obfitującą w żelazo, a posiadającą bardzo mało składników stałych.

Źródło pomocnicze; tej nazwy dawniej nie słyszałem, a tylko domyślać się mogę, że to jest źródło w dziedzińcu łaziebnym, którego wody używa się do zasilania kąpieli mineralnych, a które miało utartą nazwę „Dobrodzieja". Tej wody używa się do celów leczniczych, do kąpieli, ale jaki jest skład chemiczny tej wody, jaka wydajność zdroju, tego nie wiemy na pewno, bo nieogłoszono drukiem. Podobno wodę tę rozbierał Dietrich, ale tego rozbioru nieogłosił.

Zdrojem Jana ma się nazywać źródełko szczawy tuż poza zakładem wodoleczniczym; nawet ujęto je w studzienkę betonową i osłonięto skromną, ale wcale ładną altanką. Jaki zaś jest skład tej wody, tego nikt nie wie, chociaż dużo osób ją pije.

Tak się przedstawia troskliwość rządu, czyli właściciela, o zdroje krynickie; pozwala się on wyręczać ludziom nauki, którzy dla miłości swego kraju przedsiębiorą prace bardzo poważne i doniosłe, a wyniki wieloletnich dociekań i badań drukują w rocznikach Akademii Umiejętności w Krakowie. Prof. Dr. Karol Olszewski w r. 1878 niemal przez całe lato bawił w Krynicy wraz ze swym asystentem Dr. K. J. Krzyżanowskim. Wykonali oni na miejscu szeregi badań, które potem dalej prowadzili w pracowniach chemicznych w Krakowie. Owocem tych prac jest 1) Rozbiór chemiczny wód mineralnych z 16 zdrojów, dotąd niebadanych, znajdujących się w Krynicy, Jastrzębiku, Słotwinie, Szczawniku i Muszynie przez Dr. K. Olszewskiego. Kraków 1881. 2) Rozbiór chemiczny borowiny i wody dwu źródeł w okolicy Tylicza przez Dr. K. J. Krzyżanowskiego. 3) Trzecią pracę naukową prowadził przez szereg lat Prof. Dr. W. Szajnocha i w roku 1891 wydał mapę geologiczną w skali 1:75000, w której w szerokich ramach ujęte są wszystkie nadmienione zdroje. Te trzy prace są jedyną naukową podstawą do wszystkiego, co się mówi, pisze lub projektuje w Krynicy.

W Krynicy i w Słotwinach rozebrał Prof. Dr. Olszewski 12 źródeł, których główne składniki tutaj zestawiam, podając także dla porównania zdrój Główny i zdrój Słotwiński.

Krynica zatem posiada wielką obfitość szczaw o rozmaitych kombinacyach soli sodowych, wapniowych, magnowych i żelazawych, o rozmaitej ilości składników stałych i wolnego bezwodnika węglowego, czyli jestto bogaty skarbiec środków leczniczych dla chorych, przybywających do Krynicy; osobliwie wyróżnia się obfitością węglanu sodowego zdrój Słotwiński II i Słotwiński III. Ale niestety te skarby pozostały nietknięte ręką ludzką, marnieją dla ludzkości i nie przynoszą dochodów, jakieby w interesie zdrojowiska i kraju przynosić mogły i powinny.

Zdroje Krynicy i Słotwin.

	Główny	Słotwiński	Józefa (Dudzika I.)	Dudzika II	Sidora	Oleśniewicza	Pelawy	Husiaska	Nitribitta	W czerwonym potoku	W czarnym potoku	Za cerkwią	Słotwiński II.	Słotwiński III.
Węglan sodowy	0·195	0·571	0·024	0·144	0·242	0·021	0·018	0·083	0·060	0·091	0·012	0·036	1·917	0·968
„ wapniowy	1·388	0·534	0·440	0·623	0·465	0·689	0·707	0·965	0·915	0·804	0·358	0·370	0·405	0·388
„ magnowy	0·099	0·730	0·095	0·518	0·488	0·101	0·106	0·182	0·249	0·153	0·097	0·105	0·147	0·281
„ żelazawy	0·028	0·017	0·028	0·012	0·011	0·025	0·033	0·008	0·016	0·013	0·019	0·019	?	0·010
Składniki stałe	1·861	1·907	0·630	1·363	1·245	0·881	0·911	1·267	1·269	1·091	0·521	0·565	2·859	1·697
Wolny kwas węglowy	2·450	1·957	?	1·908	1·436	?	1·759	?	0·733	1·299	?	?	?	?

(C. d. n.)

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 1 września.

Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego«, Dr. August Kwaśnicki, powrócił do Krakowa i objął swoje czynności.

* Zorganizowaniem kursów lekarskich zajęło się w Paryżu osobne Towarzystwo: „Association d'enseignement médical professionel". Kursa odbywać się będą corocznie dwa razy: w 2 ostatnich tygodniach września i w czasie feryi wielkanocnych. Za kurs jednego przedmiotu (8—10 wykładów) opłaca się 20 fr. Wyjaśnień udziela i wpisy przyjmuje p. Marchais, aux Societés Savantes, rue Serpente.

* Od 2 do 14 sierpnia doniesiono władzy o durze osutkowym w następujących powiatach Galicyi: Buczacz (2 gm.), Dobromil, Drohobycz, Horodenka, Husiatyn, Kałusz, Kamionka, Lwów, Myślenice, Trembowla (po 1 gm.), Rawa (6 gm.), Skałat, Stryj, Tarnopol i Żółkiew (po 2 gm.), Turka i Zaleszczyki (po 3 gm.), Złoczów (5 gm.).

* Towarzystwo laryngologiczne niemieckie, obejmujące oprócz Niemiec także Austryę i Szwajcaryę, zawiązało się we Frankfurcie n. M. Pierwszy zjazd Towarzystwa odbędzie się w Heidelbergu.

* Za wzorem Anglii i Szwajcaryi powołano obecnie w Wirtembergii jednego lekarza do inspektoratu przemysłowego.

* W Monachium powstało »Towarzystwo zwalczania pyłu na ulicach«. Cel swój zamierza Towarzystwo osiągnąć przez starania u władz, agitacyę ustną i dziennikarską, wreszcie przez doświadczenia co do najlepszych sposobów zwalczania pyłu ulicznego.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Jakubowicz z Petersburga mianowany profesorem pedyatryi w Odessie, Prof. Krönig z Jeny dyrektorem kliniki ginekologicznej we Fryburgu w B., Doc. Stoeltzner z Berlina profesorem pedyatryi w Halle. Tytuł profesorów otrzymali docenci Scheven i Ehrich w Rostocku, Dr. Salzwedel w Berlinie.

Nekrologia. W Paryżu zmarł w 59 r. ż. Dr. Władysław Ksawery Paweł Górecki, kawaler legii honorowej, b. prezes Towarzystwa oftalmologicznego paryskiego. Zmarły uczestniczył jako lekarz armii francuskiej w wojnie 1870 roku; doktoryzował się w r. 1872 na podstawie pracy p. t. »Indications et emploi des verres en ophtalmologie«. Długi czas redagował pismo »Praticien«. Oprócz rozpraw specyalnych wydał w r. 1877/8 wspólnie z Dr. Decaisne »Dictionnaire élémentaire de médecine«, a w r. 1881 z Dr. Witkowskim: »Médecine litteraire et anecdotique«.—W Genewie zmarł prof. anatomii patologicznej. Fryderyk Zahn; w Gargellen chirurg Prof. Landerer, znany z zastosowania kwasu cynamonowego w gruźlicy, w Wiedniu prof. medycyny wewnętrznej i epidemiologii, Drasche, pisarz bardzo płodny w 78 r. ż.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr. 34. Greliński: Kilka słów o leczeniu nowotworów pęcherza. Żenczykowski: Sprawozdanie z gruźlicy kiszek u młodzieży w Domu Zdrowia Towarzystwa „Pomoc Bratnia“ w Zakopanem.

— *Medycyna* Nr. 34. Bitny-Szlachto: Przyczynek do badań nad lipazą. Bornstein: Asthenia paroxysmalis (dok.).

— *Kronika lekarska* Z. 16. Sędziak: Rozpoznawanie i leczenie raków krtani (c. d.).

— *Postęp okulistyczny* (Sierpień): Bednarski: O zmianach anatomiczno-patologicznych więzadła Zinna. Bier: O metodach fotometryi, stosowanych w higienie wzroku (dok.).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 7—8. Wachsmann: Leczenie zębów z miazgą zranioną lub przypaloną arszenikiem. Żiżka: Stosunek chorób zębów do gruczołów chłonnych podżuchwowych.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 10. Cercha: O borowinie i kąpielach borowinowych krynickich. Tchórznicki: W Szwajcaryi polskiej.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 34. Prettner: O získáni a účinnosti léčivého séra proti plicni nákaze prasat a moru vepřového. Návrat: O samovraždě (c. d.). Novák: Obrtelův ferrisacharid. Černičky: O chorobách sdělových, léčených ve Vinohradsko-Žižkovské nemocnici.

— *La Presse médicale* Nr. 66. Icard: Niebezpieczeństwo śmierci pozornej. Gros: Czy w Algieryi istnieje „febris biliosa haemoglobinurica“.

Nr. 67. Sanarelli: Febra żółta w świetle najnowszych badań. Aubertin i Beaujard: Działanie X-promieni na krew białaczkową.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 34. Talma: Chirurgiczne utorowanie nowych dróg obocznych dla krwi żyły wrotnej. Alexander: Folliclis i erythema induratum Bazin. Einhorn: Sztuka dowolnego zwiększania i obniżania ciężaru ciała. Köhler: Ważne spostrzeżenie przy roentgenowaniu postrzału śrutem w oko. Mann: Badania elektrodyagnostyczne zapomocą wyładowań kondensatorów.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 34. Ganghofner i Langer: O wessaniu rodzimych ciał białkowatych w przewodzie pokarmowym nowonarodzonych zwierząt i osesków. Fischer: Wrota zakażenia gruźliczego. Wolff: O istocie gruźlicy na podstawie nowszych badań i doświadczenia klinicznego. Dietrich: Doświadczenia w sprawie zwyrodnienia tłuszczowego. Starck: Doświadczenia w sprawie ruchowej czynności n. błędnego. Oswald: Prosty, nadający się do badań klinicznych sposób odróżnienia jakościowego różnych ciał białkowatych w moczu. Erne: Paratyphus. Korach: Kazuistyka rumienia po mesotanie. Bayerl: 2 przypadki uszkodzeń cielesnych, zajmujące pod względem sądowolekarskim i chirurgicznym. Strauss: Nowa strzykawka sprężynowa etc. Beck: Międzynarodowy Zjazd w St. Louis.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 34. Frank: Zmiany kręgów w wiądzie rdzenia. Réthi: Doszczętna operacya otoku jam szczękowych od strony nosa. Graf: Dwa przypadki bąblowca z rzadkiem usadowieniem.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 35. Riedel: Usunięcie moczanów i torebki stawowej z dotkniętego dną stawu palcowego stopy. Wiesinger: Dwa przypadki ostrego zapalenia trzustki z rozsianą martwicą tkanki tłuszczowej, wyleczone po laparotomii. Borrmann: W sprawie samowyleczenia się raka. Ebstein: Hetralina, nowy środek wewnętrzny, odkażający mocz. Brüning: Zakaźna żółtaczka z gorączką (choroba Weila) u dzieci, zarazem przyczynek do sprawy chorobotwórczości *bacillus proteus fluorescens*. Gernsheim: Uwagi do pracy Dr. Köppego p. t. »Doświadczenia z konserwą mleczną jako pożywieniem dla osesków«.

Redakcya otrzymała: Bogdanik: Siedmioletnie sprawozdanie szpitala powszechnego w Białej. Kraków 1904.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 34 (od 21/VIII do 27/VIII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 52, dz. 18; nieżywo: chł. 1, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 12, kob. 21; zamiejscowych: męż. 10, kob. 13.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 6, ob. 9. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miejsc. — ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 9, ob. 3. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —, 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. 2. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 4 ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 6, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob —. **Razem** miej. 33, obcych 23.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 7 września 1904, o godzinie 6-tej wieczór *w sali wykładowej prof. Szajnochy* (Collegium physicum) nadzwyczajne posiedzenie *w ważnych* sprawach administracyjnych. W myśl postanowień statutu posiedzenie odbędzie się bez względu na komplet.

Za redaktora odpowiedzialnego: **Prof. Dr. Stan. Ciechanowski.**

Dwutlenek wodoru Mercka.

Bezwzględnie czysty chemicznie, 30% na wagę H_2O_2, znakomicie nadaje się do celów chirurgicznych, urologicznych, otologicznych i dentystycznych, niezbędny w leczeniu ran.

Methyl-atropinum bromatum.

Łagodnie działający związek atropiny, uśmierzający ból. W połączeniu z kokainą lub tropakokainą nadaje się znakomicie do badania oczu.

Veronal.

Nowy, niezrównany środek nasenny, nie wywiera działania ubocznego, które wywierają inne środki nasenne. Dawka dla dorosłych 0,5 gr.



Fabryka chemiczna, Darmstadt.

Rp. **Bromipin 10%** 100 gram. Merck, w oryginalnem opakowaniu.
S. Dwa do trzech razy dziennie po łyżeczce od kawy i więcej.
Wskazania: neurastenia, histerya, nerwowość.

Rp. **Dionin** 0.3 gram. Aq. Amygdal. amar. 15 g.
M. D. S. Trzy razy dziennie po 10, wieczorem 20 kropli.
Wskazania: nieżyt oskrzeli, nieżyt krtani, gruźlica płuc.

Rp. **Jodipin 10%** 100 gram. Merck, w oryginalnem opakowaniu.
S. W ciągu dnia zażyć 2 do 3 i więcej łyżeczek od kawy w gorącem mleku.
Wskazania: objawy zołzów, kaszel oskrzelowy, rozedma.

Rp. **Jodipin 25%** 100 gram. Merck, w oryginalnem opakowaniu.
S. Dziennie 10 do 20 cm. sz. Przez 10 dni lub dłużej wstrzykiwać podskórnie w okolicę pośladkową.
Wskaz.: kiła trzeciorzędna, stwardnienie tętnic, rwa kulszowa, rozedma płuc.

Rp. **Stypticin** 0,05 gram. fiat tabuletta, dentur tal. dos. Nr. 20.
Oryginalne opakowanie Merck.
S. Dziennie 3—5—8 kołaczyków.
Wskazania: krwiotoki miesiączkowe, krwotoki w latach przechodowych (climacterium).

Piśmiennictwo o tych przetworach rozsyła się pp. Lekarzom darmo i opłatnie.

Gelatina sterilisata pro injectione Merck 10%.

W zalopionych rurkach po 40 gr. Przyrządzona ze świeżych nóżek cielęcych z zachowaniem postępowania bezgnilnego, a następnie najstaranniej wyjałowiona.

Glykosal.

Glycerinum salicylicum, gorąco zalecane zamiast salicylanów, nie wywiera ujemnych działań ubocznych, właściwych kwasowi salicylowemu i jego związkom.

Tannoform.

Przez turystów, sportsmenów i wojskowych ulubiony środek przeciwpotny. 10

Sapomenthol

nagrodzony dyplomem honorowym i złotym medalem na wystawach międzynarodowych w Paryżu i Londynie 1901, Marsylii 1902.

(Maść Sapomentholowa)

nacieranie ból uśmierzające wyrobu **Eugeniusza Matuli**, aptekarza **w Radomyślu** koło Tarnowa



Maść ta z najlepszym skutkiem używana w cierpieniach reumatycznych, gośćcowych, nerwobólach itp. poleca się jako środek zewnętrzny, szybko działający! 81

Sposób użycia: miejsce zbolałe, naciera się 2—3 razy dnia, poczem je owija watą lub flanelą.

Expedyowaną bywa, tylko w słoikach oryginalnych po cenie 1 kor. **40** i większych po **5** koron.

Broszury i próbki dla WPP. Lekarzy na żądanie franko. przesyła **apteka Eugeniusza Matuli Radomyśl koło Tarnowa.**

Składy we wszystkich aptekach.



EUNATROL

znakomity lek **żółciopędny w kamicy** i innych chorobach wątroby; szczególnie w postaci **pigułek eunatrolowych** podawany bywa miesiącami bez żadnych objawów ubocznych.

UROZYNA

jedyny przetwór **przeciwdnawy**, działający pewnie zapobiegawczo, polecony przez Dr. Weissa, twórcę leczenia kwasom chinowym.

FORTOINA

bez smaku, lek **przeciwbiegunkowy**, działa pewnie w ostrym, przewlekłym i gruźliczym **nieżycie jelit.**

Próbki i piśmiennictwo rozsyła się pp. lekarzom darmo i opłatnie. 1. III.



PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA

VICHY



Własność rządowa francuska

Należy dobrze oznaczyć nazwisko przspisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organow żółć wydzielających.

VICHY-HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

PASTILLES VICHY-ETAT Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ETAT Wydające wjednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

Rok XLIII. Kraków 10 Września 1904. Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Uniw. lwowskiego Prof. Dr. Gluzińskiego.

Oznaczanie ilości azotu i białka w treści żołądkowej w celu rozpoznawania raka żołądka (t. zw. metoda Salomona).

Podał

Dr. Marek Reichenstein.

(Na podstawie wykładu, wygłoszonego w Towarz. lekarskiem lwows. dnia 8 kwietnia 1904 r.)

Od lat kilku starano się w Klinice lekarskiej lwowskiej zdobyć podstawy do możliwie wczesnego rozpoznania raka żołądka. Wynikiem tych usiłowań były prace, ogłoszone przez prof. Gluzińskiego[1], [2], które za punkt wyjścia, — obok innych danych, — wzięły zachowanie się HCl treści żołądkowej wśród rozmaitych warunków.

Późniejsze też pojawienie się pracy Salomona z kliniki Noordena[3], dochodzącego na innej drodze do ściślego rozpoznania początkowych zmian rakowych żołądka, skłaniało z natury rzeczy do sprawdzenia uzyskanych przez Salomona wyników.

Zachęcony tedy przez szefa mojego prof. Gluzińskiego, któremu raz jeszcze niech mi wolno będzie podziękować za cenne wskazówki przy pracy, podjąłem się poruczonego mi zadania.

Tok rozumowania Salomona jest następujący:

Z powierzchni rakowego nowotworu żołądka wydziela się zawsze pewna ilość surowicy, której nie wydziela błona śluzowa żołądka niezmienionego, ani powierzchnia wrzodu okrągłego. Należy tedy oczyścić tylko żołądek z zalegającej treści białkowej, następnie zakazać choremu przyjmowania przez noc całą wszelkich pokarmów i płynów i oznaczyć dnia następnego, kiedy surowica już się nagromadziła, azot treści, wydobytej po wlaniu pewnej ilości fizyologicznego roztworu soli, aby „cyfrowo“ już nawet porównywać jeden żołądek badany z drugim. W raku żołądku liczba azotu przekracza 20 mg. w 100 ctm. treści wydobytej lub też daje z odczynnikiem Esbacha szybko powstający strzępiasty osad między $^1/_{16}$ a $^1/_2{}^0/_{00}$, — we wrzodzie żołądka liczba azotu nie jest nigdy tak wysoka.

W badaniach moich, odbiegając tylko w niektórych punktach od sposobu Salomona, używałem następującego sposobu:

Choremu badanemu podaje się w ciągu dnia przygotowawczego wyłącznie pokarmy płynne: przedpołudniem mleko, kleiki itd., popołudniu od godziny 1-ej płyny bezazotowe, jak herbata, wino. O godzinie 8. wieczorem przepłukiwałem żołądek zapomocą aspiratora Jaworskiego ogrzanym fizyologicznym roztworem soli tak długo, aż treść odpływająca była wodojasna. Przez całą noc chory żadnych pokarmów, ani płynów nie pobiera. Dnia następnego rano po wlaniu 400 ctm. ogrzanego fizyologicznego roztworu soli aspiruję wlany płyn, wlewam go z powrotem do żołądka, celem dokładniejszego opłukania błony śluzowej żołądka, znowu aspiruję, poczem oznaczam w treści wydobytej N metodą Kjeldahla i białko odczynnikiem Esbacha.

Ogółem wykonałem 18 prób na 14 chorych.

W 3 przypadkach u chorych, nie dotkniętych cierpieniami organicznemi żołądka, ilość N w 100 ctm. treści wydobytej wahała się między 6 a 12 mg., przyczem odczynnik Esbacha nie sprawiał prawie żadnego zmętnienia.

1) Kobieta, *L. M.*, lat 22. *Hemicrania in individ. hysterico.* Po obiedzie kwasota ogólna 39. N 12 mg. Esb. opalescencya.

2) Kobieta, *M. M.*, lat 23. *Hyperacid. digest. in invid. c. taenia sagin.* Po białku prób. kwasota ogólna 48. N 6 mg. Esb. 0.

3) Kobieta, *K. R.*, lat 19. *Neurosis ventr.* Po białku prób. kwasota ogólna. N 9 mg. Esb. 0.

We wrzodzie żołądka spotykałem zgodnie ze spostrzeżeniami Salomona ilości niższe, niż 20 mg., — między 9 a 19 mg.

(Cztery przypadki).

1) Mężczyzna, *J. R.*, lat 36. *Ulcus ventriculi.* Zaległości na czczo nie ma. Po obiedzie prób. kwasota ogólna 97, o wolnym HCl 67. Podczas pobytu w klinice przybytek na wadze. N 19 mg. Esb. ślad osadu.

2) Mężczyzna, *J. F.*, lat 27. *Stenosis partis pylor. ventr. post ulcus.* Na czczo 200 ccm. zaległości o kwasocie ogólnej 54. od HCl wolnego 42; pod mikroskopem włókna mięsne, czworniak *(Sarcina)* i t. d. Po obiedzie kwasota ogólna 83, od kwasu solnego wolnego 36. N 16 mg. Esb. lekkie zmętnienie.

3) Kobieta, *R. F.*, lat 50. *Stenosis levioris gradus part. pylor. ventr. post ulcus.* Raz jeden 120 ccm. zaległości o kwasocie 49, o bardzo wyraźnym wolnym HCl. Włókna mięsne nieliczne, czworniak i t. d. Po obiedzie próbnym kwasota 103. N 10 mg. Esb. 0.

4) Mężczyzna, *M. N.*, lat 20. *Stenosis levioris gradus partis pyloricae ventr. post. ulcus.* Na czczo zaległości 75 ccm. o kwasocie ogólnej 26, HCl wolnego 19; pod drobnowidem włókna mięsne, czworniak i t. d. Po obiedzie kwasota ogólna 96; wolny HCl 58. N 9 mg. Esb. zmętnienie nieznaczne.

Szczególną uwagę zwróciłem na żołądki, rakiem dotknięte. Na 7 przypadkach wykonałem 11 prób, zmieniając i upraszczając je z powodów, które poniżej wyłuszczę.

1) Mężczyzna, *P. W.*, lat 49. *Carcinoma ad partem pyloricam ventr. Stenosis pylori subsq. dilat. ventr.* — Operacya potwierdziła roz-

[1] »Gazeta lekarska«, 1902.

[2] A. Gluziński: Ein Beitrag zur Frühdiagnose des Magencarcinoms nebst einigen Bemerkungen über die Aussichten der Radicaloperationen. Mitteil. aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurg. Bd. X. 1902. S. 1.

[3] H. Salomon: Zur Diagnose des Magencarcinoms. Deutsch. med. Woch. 1903. Nr. 31. Str. 546.

poznanie. Zaległości na czczo 300 ccm. o kwasocie 22, bez wolnego HCl; pod drobnowidem duża ilość drożdży, czworniak, włókna mięsne i t. d. próba Uffelmanna ujemna. Po obiedzie próbnym kwasota 48, od kwasu solnego wolnego 6. N 39 mg. Esbach $^1/_8\,^0/_{00}$ (w treści wydobytej po przepłukaniu na czczo resztki ściętego mleka).

2) Mężczyzna, *M. I.*, lat 56. *Stenosis carcinomatosa partis pyloricae ventr.* Zaległości wynoszą 40—70 ccm. na czczo Kwasota ogólna 6, HCl wolny 0; czworniak, drożdże, liczne zielone nitki wodorostów, włókna mięsne i t. d. Strata na wadze. N 46 mg. Esb. $^1/_8\,^0/_{00}$ (w treści przepłuczynowej na czczo ogromna ilość wodorostów).

3) Mężczyzna, *A. Z.*, lat 34. *Stenosis excess. partis pyloricae ventr. propter carcinoma.* Na czczo zaległości 800 ccm. o kwasocie 56; HCl 0, próba Uffelmana bardzo wyraźna; włókna mięsne, drożdże, pleśnie, długie prątki i t. d. Bardzo szybko postępujące charłactwo rakowe. W ciągu stosunkowo krótkiego czasu strata na wadze 10 kg. Krwawe wymioty. Na drugi dzień po opuszczeniu kliniki chory zmarł. a) N 74 mg. Esb. 0,75$^0/_{00}$ (w treści wydobytej strzępy roślinne). b) N 68 mg. Esb. 1,2$^0/_{00}$ (w treści drobne strzępy mleka).

4) Mężczyzna *B. P.*, lat 45. *Carcinoma ventr. Metastas. peritonaei. Anaemia secund.* Na czczo zaległości 60 ccm. o kwasocie 78; HCl wolny — Uffelm. bardzo wybitny. Włókna mięsne, drożdże, igły kwasów tłuszczowych, długie prątki i t. d. Po obiedzie próbnym kwasota 11; HCl wolnego brak; Uffelm. dodatni N 19 mg. Esb.: dość szybko występujący, strzępiasty osad $^1/_4\,^0/_{00}$ (w treści wydobytej liczne kuleczki tłuszczu, miazga rozpadowa, resztki mleka ściętego, bakterye).

5) Mężczyzna, *S. D.*, lat 35. *Carcinoma ventr. ad curvatur. major* Wyczuwalny guz. *Achylia gastrica.* Zaległości żadnych nie ma na czczo. Po obiedzie próbnym kwasota 10, HCl wolnego brak. Uffelm. dodatni. N 6 mg. Esbach $^1/_4\,^0/_{00}$.

6) Mężczyzna, *S. M. K.*, lat 36. *Carcinoma ventr. ad partem pyloricam.* Na czczo zaległości 270, o kwasocie ogólnej 89; od kwasu solnego wolnego 57. Pod drobnowidem: włókna mięsne, czworniak (wielka i mała odmiana), długie prątki, drożdże i t. d. Po obiedzie próbnym kwasota ogólna 37; kwasu solnego brak; Uffelm. dodatni. Charłactwo postępujące. (W kilka tygodni po opuszczeniu kliniki chory zmarł wśród objawów żołądkowych). N 15 mg. Esb. $^1/_8\,^{00}/_0$.

		N w mg.	Esbach.	
Normalne	L. M.	12	opalescencya	I.
	M. M.	6	0	II.
	K. R.	9	0	III.
Ulcus rotund.	I. R.	19	ślad osad.	IV.
	J. T.	16	zmętnienie lekk.	V.
	R. F.	10	0	VI.
	M. N.	9	zmętnienie niezn.	VII.
Carcinoma	P. W.	39	$^1/_8\,^0/_{00}$	VIII
	M. I.	46	$^1/_8\,^0/_{00}$	IX.
	A. Ł.	74	0,75$^0/_{00}$	X.
	„	68	1,2$^0/_{00}$	XI.
	B. P.	19	$^1/_4\,^0/_{00}$	XII.
	S. D.	6	$^1/_4\,^0/_{00}$	XIII.
	S. K.	15	$^1/_8\,^0/_{00}$	XIV.

W dotychczasowem zestawieniu badanych przypadków, uwzględniając tylko cyfry (azotowe i zachowanie się treści z odczynnikiem Esbacha), widać zupełną zgodność naszych z cyframi Salomona.

Nie są one jednak jeszcze wszystkiem. W ciągu badania kilkakrotnie uderzyło mnie, że mimo „najdokładniejszego“ przepłukiwania żołądka pod koniec dnia przygotowawczego — w jednym przypadku (XI) 50 litrami fizyologicznego roztworu soli, w innych (VIII i X) 17 względnie 15 litrów, — przy zwężeniach odźwiernika na tle raka, dnia następnego rano, kiedy według wywodów Salomona należało się spodziewać, że żołądek zastanę pusty, spotykałem jeszcze resztki pokarmowe z dni poprzednich, które z pewnością wpływają na wysokość cyfry azotowej.

A przecież do przepłukiwania żołądka używałem metody aspiracyjnej, gdy Salomon mówi jedynie o sposobie lewarowym („*ausgehebert*“).

Jeśli więc przy naszym sposobie postępowania nie ma mowy o czystym zupełnie — pod względem azotowym naturalnie — żołądku, o ile trudniej wyobrazić to sobie przy zwykłym sposobie lewarowym.

Dlaczegoż więc przy zwężeniach na tle wrzodu zwykłego, kiedy to żołądek z pewnością równie nieprzystępny jest dla czystości bezazotowej, tych wyższych liczb nie spotykamy?

Odpowiedź łatwa. Kwas solny wydzielający się strawi ewentualną pozostałość, żołądek wydali częściowo do jelit treść strawioną, a treść wydobyta na czczo dnia następnego daje cyfrę azotową nizką lub z odczynnikiem Esbacha małe tylko zmętnienie.

Jeśli owrzodzenie rakowe żołądka nie usadowi się w części odźwiernikowej, jeśli tedy znaczniejszego zwężenia odźwiernika nie ma, cyfra azotowa po dokładnem przepłukaniu żołądka aspiratorem mimo obecności raka może pozostać nizką i z odczynnikiem Esbacha osadu prawie nie ma.

Za dowód niech posłuży przypadek następujący:

7) Mężczyzna, *D. F.*, lat 46. *Carcinoma ventriculi.* Na czczo zaległości nie ma prawie żadnych. Dopiero po wlaniu 100 ccm. wody wydobyć można treść rzadką, w której pod drobnowidem wykazać można pojedyncze włókna mięsne, długie prątki i t. d. Po obiedzie próbnym kwasota ogólna 20; HCl brak; Uffelmann dodatni. Podczas pobytu chorego w klinice guz w dołku podsercowym staje się wyczuwalny, charłactwo postępuje; tworzą się przerzuty w wątrobie. a) N 8 mg. Esb. 0. b) N 7 mg. Esb. opalescencya ledwie zaznaczona (3 tygodnie po pierwszem badaniu).

Powtarzając badania w dwóch przypadkach niewątpliwych raków żołądka: S. D. (5) i S. M. K. (6) u chorych, pozostających między pierwszem a drugiem badaniem na dyecie mlecznej, po której oczyszczenie błony śluzowej bywa łatwiejsze, mogłem stwierdzić:

ad 6) *S. M. K.*, lat 36. N. 7 mg. Esb. osad minim.
ad 5 *S. D.*, lat 35. N 14 mg. Esb. ledwo dostrzegalny osad.

W tym drugim przypadku operacya potwierdziła rozpoznanie kliniczne.

Sposób więc Salomona nie daje nam wskazówek rozpoznawczych tak pewnych, aby się na nich w każdym przypadku oprzeć można. Bywają bowiem niewątpliwe przypadki raka żołądka, w których sposób Salomona zawodzi.

Dokładne badanie fizyczne, badanie czynności mechanicznej i chemicznej żołądka, często i przebieg kliniczny, pozostają i nadal jedynymi drogowskazami w rozpoznaniu

Już po zgłoszeniu niniejszego odczytu ukazała się praca Sigla[4]) z kliniki Ewalda, następnie przed paru dniami także praca Berenta i Gutmanna (Renvers)[5]), którzy stosując metodę Salomona w dyagnostyce różniczkowej raka żołądka, dochodzą w głównych zarysach do tych samych, co Salomon, wyników.

II. Z oddziału prof. Dr. Rosnera w szpitalu św. Łazarza (Szkoła położnych).

Przyczynek do sprawy ciąży pozamacicznej trąbkowej.

Podał

Dr. T. Piotrowski,

asystent oddziału.

(Ciąg dalszy.

10. Pierwiastka *H.*, lat 24, przebywała przed wyjściem za mąż kilkakrotne napady zapalenia wyrostka robaczkowego. Od pięciu miesięcy zamężna, ostatnia regularność z końcem marca 1903. 10 kwietnia pierwszy słaby napad bolu po stronie prawej, następne napady przy silniejszym ruchu pojawiały się w odstępach kilkodniowych. W kwietniu regularność się nie pojawiła, bole zupełnie ustąpiły. Dopiero w połowie maja wystąpiły znowu silniejsze bole, przyczem pojawiło się krwawienie ze sromu. Badanie w tym czasie wykazywało zmiany, odpowiadające ciąży, macicę powiększoną, trąbkę prawą zgrubiałą. Prof Rosner rozpoznał ciążę trąbkową i dla śledzenia przebiegu przewiózł chorą do domu zdrowia. W trzy dni później wystąpiły okresowe bole, którym towarzyszył odpływ krwi ze sromu. Ponieważ mimo narkotyków bole nie ustawały, a nadto wystąpiły objawy niedokrewności, wykonano laparotomię. Badanie bezpośrednio przed operacyą wykazywało stosunki te same, zatokę Douglasa wolną.

Przy operacyi znaleziono płynną krew w jamie otrzewnej, trąbkę prawą zgrubiałą i na szczycie pękniętą. Na przecięciu jaje prawie w połowie jeszcze do ścian trąbki przyczepione, w reszcie oddzielone skrzepami krwi. płód rozpłynięty.

Wyleczenie: Obecnie zupełnie zdrowa, w ciążę jednak nie zaszła.

11. Wieloródka *M. K.*, rodziła trzy razy prawidłowo, przed rokiem poroniła w trzecim miesiącu ciąży. W trzech ostatnich latach regularność pojawiała się w nierównych odstępach, była bardzo bolesna. Chora często miewała bole nad pachwinami i obfite białe upławy. Ostatnia regularność w grudniu 1900 r. Przez następne miesiące czuła się zupełnie zdrową, czasami tylko pojawiały się bole w podbrzuszu, zwłaszcza po stronie lewej. Dopiero 7-go kwietnia podczas pracy wystąpił silny ból w podbrzuszu, przyczem odpłynęła ze sromu duża ilość krwi płynnej i skrzepłej. Mimo krwawienia udała się na jarmark. Po przybyciu do miasta wystąpił znowu silny ból, przyczem chora utraciła przytomność, większego jednak krwawienia podczas tego napadu nie było.

Od tej chwili chora stale przebywała w łóżku, gorączkowała i cierpiała na utrudnione oddawanie moczu i stolca; w tym czasie bolów napadowych i krwawienia nie było. Leczona przez sąsiadki, porady lekarskiej nie zasięgała. Koło połowy maja pojawiły się znowu napadowe bole w podbrzuszu, zwłaszcza po stronie lewej i obfite krwawienia Ponieważ stan ten utrzymywał się przez blisko trzy tygodnie, dlatego zgłosiła się do lekarza.

Badaniem w chwili przyjęcia stwierdzono znaczną niedokrewność, w sutkach zmiany odpowiadające ciąży, nad spojeniem łonowem i nad pachwiną lewą opór bardzo bolesny, wypuk nad nim przytłumiony. Przedsionek zasiniały, pochwa rozpulchniona, macica powiększona, przesunięta na stronę prawą. W sklepieniu lewem w trąbce guz wielkości jaja, bardzo przy dotyku bolesny; poza macicą i trąbką opór znacznie większy, sięgający na trzy palce po nad spojenie i pachwinę lewą i schodzący w zatokę Douglasa; opór ten niejednakowej zbitości; miejscami miękki, chełboczący.

Rozpoznano ciążę trąbkową i krwistek pozamaciczny. Pomimo iż stan nie był groźny i nie wymagał natychmiastowej operacyi, postanowiono i tak wykonać operacyę, a to dlatego, iż chora ta była wyrobnicą i nie mogła leżeć przez kilka miesięcy, t. j. aż do zupełnego rozejścia się krwisteku.

Po otwarciu jamy otrzewnej znaleziono macicę powiększoną, trąbkę lewą blizko otworu brzusznego, znacznie rozciągniętą; koniec trąbki wchodził w guz wielkości trzech pięści, schodzący do zatoki Douglasa, a otoczony zlepionemi z nim licznemi pętlami jelit. Przy oddzielaniu trąbki, z otworu brzusznego rozszerzonego przez pęknięcie brzegów trąbki, wysunął się skrzep krwi wielkości dużego jaja, w którym znaleziono resztki zmiażdżonego jaja płodowego. Cały duży guz wypełniony był skrzepami krwi i nieznaczną ilością krwi płynnej.

Po trzech tygodniach wyleczona, opuściła oddział; obecnie regularność zupełnie prawidłowa, cierpi tylko na białe upławy.

12. Wieloródka, *W. N.*, od 6 lat zamężna, przed 4 laty poroniła w drugim miesiącu ciąży, przed 14 miesiącami poród kleszczowy. Po porodzie zupełnie zdrowa, regularność powtarzała się w prawidłowych przerwach, nieznaczne upławy. Ostatnia regularność 15 października 1898. Już 3 listopada pojawił się ból, ale nieznaczny, nad pachwiną prawą. 20 listopada bez powodu zjawił się w tem samem miejscu ból bardzo silny, przyczem chora utraciła przytomność. Napadowe bole, tylko nieco słabsze, utrzymywały się przez następne dwa dni, krwawienia ze sromu jednak nie było.

Badanie w chwili przyjęcia wykazywało objawy ostrej niedokrewności, w. sutkach zmiany, odpowiadające ciąży. Brzuch wzdęty, bolesny nad pachwiną lewą, gdzie czuć przy dotyku guz, na trzy palce po nad pachwinę sięgający, bardzo łatwo poruszalny; w brzuchu płyn wolny. Macica powiększona, przesunięta na stronę prawą; w sklepieniu lewem guz wielkości cytryny, pozostający w związku z trąbką, ruchomy, bolesny. Zatoka Douglasa wolna, niebolesna.

Wobec znacznej niedokrewności i utrzymujących się jeszcze napadowych bolów przystąpiono do operacyi. Po przecięciu powłok znaleziono w jamie otrzewnej znaczna ilość krwi płynnej, macicę powiększoną, trąbkę lewą znacznie rozdętą, na szczycie pękniętą, otoczoną skrzepami krwi. Wnętrze wyciętej trąbki puste, całe jaje płodowe odszukano między skrzepami krwi w jamie otrzewnej.

Po czterech tygodniach wyleczona opuściła oddział; do obecnej chwili jest zupełnie zdrowa i rodziła dwa razy prawidłowo.

13. Wieloródka, *J. P.*, pierwsze dwa porody zupełnie prawidłowe, potem poronienie w trzecim miesiącu; przy porodzie trzecim i czwartym obfite krwawienie w okresie trzecim. Ostatni poród przed rokiem. Dziesiątego marca 1902 ostatnia prawidłowa regularność. W czasie regularności kwietniowej wystąpiły bole w podbrzuszu i bardzo nieznaczne krwawienie. Dopiero 20 kwietnia pojawiły się powtórnie silniejsze bole i obfitsze krwawienia. Stan ten, napadowo się powtarzający, utrzymywał się przez dni dziesięć.

Badaniem w dniu 20 kwietnia stwierdzono w sutkach zmiany, odpowiadające ciąży, macicę powiększoną, w okolicy trąbki lewej opór tkliwy, miękki: zatoka Douglasa płaska, nieco oporna, niebolesna. Po dziesięciu dniach wyraźne objawy niedokrewności i wolny płyn w jamie otrzewnej; badanie wewnętrzne, jak poprzednio. Wykonana w dniu tym laparotomia wykazała dużą ilość krwi płynnej w jamie otrzewnej, po stronie lewej i poza powiększoną macicą guz wielkości dużej pięści, utworzony ze skrzepów krwi, otaczający trąbkę lewą. Po wydobyciu trąbki wraz ze skrzepami przekonano się, iż trąbka jest znacznie rozciągnięta, na szczycie przedarta i pusta. Jaje zmienione znaleziono pośród skrzepów krwi w zatoce Douglasa.

Po trzech tygodniach wyleczona opuściła oddział, w listopadzie b. r. odbyła poród prawidłowy.

14. Wieloródka, *F. D.*, lat 32, rodziła raz przed 12 laty, poród i połóg zupełnie prawidłowe. Od kilku lat obfite białe upławy. Ostatnia regularność 20 marca 1903, po której pojawiły się przypadłości, odpowiadające ciąży. W końcu maja, t. j. 29, wystąpił bez przyczyny

[4]) J. Sigel: Zur Diagn. des Magencarcinoms. Berl. klin. Wochenschrift 1904. Nr. 12 i 13.

[5]) W. Berent und P. Gutmann: Ueber vermehrten Stickstoff- und Eiweissgehalt der Magenspülflüssigkeit und seine diagnostische Bedeutung. Deutsche med. Woch. 1904. Nr. 28. Str. 1020.

silny ból w podbrzuszu po stronie prawej, trwający zaledwie kilka minut. Podobny ból, tylko znacznie silniejszy, powtórzył się dnia 31 maja i trwał przez dwie godziny. Bezpośrednio po napadzie wystąpiły nudności i wymioty, trwające przez dwa dni, w tym też czasie powstało wzdęcie brzucha i chwilowe zatrzymanie stolca i wiatrów. Po dwóch dniach wszystkie przypadłości ustąpiły, pozostało tylko wzdęcie brzucha i bolesność.

W tym czasie krwawienia ze sromu nie było. W lipcu przyszła regularność, ale skąpsza i taka powtarzała się w miesiącach następnych. Od trzech tygodni brzuch zaczął się szybko powiększać, co było powodem, iż chora, idąc za radą swego lekarza, zgłosiła się do operacyi.

Badaniem w chwili przyjęcia, t. j. 2 grudnia 1903, nie wykryto w płucach, sercu i nerkach żadnych zmian. Skóra na brzuchu obrzękła, znaczna ilość wolnego płynu w jamie otrzewnej i miernego stopnia obrzęk nóg.

W sutkach brak zmian, brak zasinienia sromu i rozpulchnienia pochwy; trzonu macicy przez pochwę, ani żadnego oporu w sklepieniach z powodu znacznej ilości płynu wymacać nie zdołano.

Badaniem przez odbytnicę stwierdzić było można, iż trzon macicy jest powiększony i przesunięty na stronę lewą; wysoko po stronie prawej wyczuć było można opór większy, bliżej określić się nie dający.

Dopiero laparotomia wyświetliła właściwe cierpienie. Po wypuszczeniu z jamy otrzewnej znacznej ilości płynu jasnego, przesączynowego, okazało się, iż cała otrzewna jest zaczerwieniona i obsiana drobnemi guzkami, cała miednica mała oddzielona od jamy brzusznej jak gdyby przeponą, utworzoną przez ścianę zrostów, zupełnie ruchomą. Po przecięciu zrostów odsłoniła się macica powiększona, przesunięta na stronę lewą, obok niej po stronie prawej guz wielkości cytryny, obok jajnik zupełnie prawidłowy, jak również i przydatki po stronie drugiej. Wycięty guz był trąbką, wypełnioną starymi skrzepami krwi, na szczycie pękniętą.

Badanie drobnowidowe wykryło zmiany gruźlicze na powierzchni trąbki, w skrzepach kosmki. Wyleczenie.

15. Wieloródka, *M. R.*, lat 30, rodziła dwa razy prawidłowo, ostatni poród przed 13 miesiącami. Pomimo karmienia w sześć miesięcy po porodzie pojawiła się regularność, która powtarzała się co miesiąc. Ostatni raz była w marcu 1902. W pierwszych dniach czerwca, podnosząc ćwierć ziemniaków, uczuła chora silny ból w podbrzuszu, przyczem utraciła przytomność; nieprzytomną przewieziono do szpitala prowincyonalnego, gdzie leżała przez miesiąc. Bole napadowe, tylko znacznie słabsze, utrzymywały się przez trzy dni; czy odpływała krew ze sromu, chora podać nie umie; opuszczając szpital nie krwawiła. W miesiąc później po należytem «wysmarowaniu» przez babkę wystąpiło obfite krwawienie, które utrzymywało się przez dwa miesiące, t. j. sierpień i wrzesień, w końcu samo ustąpiło; w październiku i listopadzie przyszedł peryod prawidłowy. W tym czasie zauważyła chora guz w brzuchu, co skłoniło ją do zasięgnięcia porady lekarsktej.

Badanie w dniu przyjęcia 11 listopada wykazywało objawy znacznej niedokrwistości, w sutkach brak zmian, odpowiadających ciąży. W brzuchu guz, sięgający od spojenia do pępka, leżący w samym środku brzucha. Guz ten składa się z dwóch części: od dołu i strony prawej guz mniejszy, wielkości pięści, okrągły, gładki i miększy; ponad nim i bardziej ku stronie lewej drugi guz, znacznie większy i szerszy, o powierzchni nierównej i znacznie twardszy. Oba guzy niebolesne, razem łatwo poruszalne, od siebie oddzielić się nie dają; wypuk nad guzami przytłumiony, nad pachwinami jawny. Badanie wewnętrzne wykazywało macicę powiększoną w przodozgięciu, łączącą się trzonem z guzem mniejszym, którego dolny odcinek czuć w sklepieniu prawem, jako opór miękki i tkliwy; w sklepieniu lewem nieco zgrubiała trąbka; zatoka Douglasa wolna. Przy operacyi znaleziono macicę powiększoną, z prawej strony macicy guz wielkości dwóch pięści, podchodzący pod guz drugi, mniejszy, do guza większego przyrośnięta sieć i dwie pętle jelit. Po odcięciu sieci i oddzieleniu pętli jelit okazało się, iż guz górny jest zmumifikowanym płodem, otoczonym błonami. Guz większy dolny jest barwy sinej, odchodzi od samego rogu macicy i od dołu na guz ten przechodzi kawałek ściany mięsnej macicy, skutkiem czego prawe więzadło okrągłe odchodzi nie od trzonu macicy, ale od guza. Guz większy był utworzony przez pęknięty maciczny koniec trąbki i wypełniony skrzepami krwi i łożyskiem. Wydobywszy płód, odcięto następnie guz, utworzony przez trąbkę, od ściany macicy, w miejscu tem zeszyto miąższ macicy, a następnie otrzewnę, poczem powłoki zeszyto w całości. Obecnie zupełnie zdrowa, ponownie w ciążę nie zaszła.

Osobną niejako gromadę stanowią te przypadki, w których trąbka pęka wraz z otrzewną, przez powstały otwór wysuwa się płód wraz z błonami lub bez nich do jamy otrzewnej łożysko zaś pozostaje w trąbce, mimo tego ciąża nie zostaje przerwaną, ale dalej się rozwija.

W tej gromadzie mamy tylko jeden przypadek. Dotyczył on pierwiastki *A. N.*, lat 33, od 12 lat zamężnej, u której po wyjściu za mąż regularność kilka razy na dłuższy czas się zatrzymywała. Chora twierdzi jednak, że nigdy nie poroniła; od kilku lat ma obfite białe upławy. Ostatnia regularność 6 stycznia 1901, poczem wystąpiły zwykłe objawy ciąży; chora czuła się w tym czasie zupełnie zdrowa. W kwietniu i maju kilka razy bez bólów poprzedzających odpływała ze sromu nieznaczna ilość cieczy różowej. Z początkiem czerwca wyraźne ruchy płodu, które w miarę postępowania ciąży były coraz to silniejsze i boleśniejsze, szczególnie bolesnemi były ruchy płodu w boku brzucha po stronie prawej. Dnia 17 września po przestrachu wystąpiły gwałtowne bole, wychodzące z pod żebra prawego i rozprzestrzeniające się na cały brzuch, po kilku godzinach bole zupełnie ustały; od tej chwili ustały także i ruchy płodu. W następnych tygodniach poczęły maleć sutki, a później i objętość brzucha. Nigdy nie było krwawienia ze sromu, ani żadnych przypadłości w zakresie przewodu pokarmowego. Ponieważ w przypuszczalnym czasie poród nie nastąpił, a nawet w oczekiwaniu rozwiązania minęło jeszcze dwa miesiące, za namową swego lekarza chora zgłosiła się do operacyi.

Badanie w chwili przyjęcia 1 stycznia 1904 t. j. blizko w rok po ostatniej regularności, wykazywało odżywienie dobre, narządy wewnętrzne bez zmian, w sutkach zmiany jak pod koniec ciąży. Brzuch wiotki z obfitą podściółką tłuszczową, liczne świeże rozstępy, pępek wygładzony. W brzuchu czuje się wyraźnie dwa guzy, z których jeden odpowiada wielkością, kształtem i położeniem macicy powiększonej w piątym miesiącu ciąży. Powyżej tego znajduje się guz drugi, na poprzek po za brzegi guza dolnego wystający, górnym brzegiem podchodzi pod łuk żebrowy po stronie lewej, po prawej aż pod wątrobę, od której jednak jest oddzielony; schodząc ku dołowi, po stronie prawej wchodzi w głąb brzucha aż w okolice lędźwi tak, iż leży ukośnie t. j. od góry, strony lewej i przodu, ku dołowi, stronie prawej i tyłowi. Guz dolny jest zbitości macicy, guz górny jest twardszy, zwłaszcza po stronie lewej i u góry, powierzchnia jego niezupełnie gładka. Guz górny styka się z dolnym na przestrzeni 15 ctm., mimo to jest on o tyle ruchomy, o ile na to jego wielkość pozwala. Badaniem wewnętrznem stwierdzić można rozpulchnienie pochwy i zasinienie przedsionka jak pod koniec ciąży, macicę powiększoną w sklepieniach. Rozpoznano więc płód nieżywy, leżący wolno w jamie otrzewnej. Przy operacyi znaleziono sieć przyrośniętą do otrzewnej ściennej; po jej odcięciu i usunięciu wraz z jelitami do góry, ukazała się powyżej pępka stercząca do góry prawa rączka płodu, dookoła otoczona siecią i przylepionemi jelitami. Po oddzieleniu wiotkich zlepów odsłonił się grzbiet płodu. Postępując za nim ku górze znaleziono po stronie lewej przygiętą do piersi głowę, a obok niej zgiętą rączkę lewą. Unosząc teraz płód ku górze, znaleziono po stronie prawej pośladki wraz z zgiętą nóżką lewą, prawą zaś nogę wyprostowaną po za guzem mniejszym aż w okolicy lędźwiowej. Przy unoszeniu płodu do góry urwała się pępowina w odległości 4 ctm. od brzuszka. Guz mniejszy dolny, odpowiadający przy badaniu powiększonej macicy, był guzem o powierzchni gładkiej, w $^1/_3$ części po stronie lewej barwy sinej, reszta t. j. środek i strona prawa barwy szarej, z tej części sterczał kawałek także szaro zabarwionej pępowiny. Od brzegu lewego, sino zabarwionego, widać odchodzącą trąbkę, która gubi się po za spojeniem łonowem. Wchodząc po pępowinie do guza rozdarto osłonkę, przyczem wypłynęła nieznaczna ilość cieczy brudnej, nie cuchnącej. Wyłuszczając cały guz, przekonano się, iż jest on utworzony przez skrzepy krwi i zwinięte kuliste łożysko. Dopiero po wydobyciu całego guza odnaleziono macicę małą, leżącą przed guzem, bo tuż za spojeniem łonowem. Trąbka lewa, która odchodziła od brzegu guza, była w końcu brzusznym znacznie rozciągnięta i przedarta i tworzyła część siną guza; część szarą tworzyły zbite skrzepy krwi. Wydobyty płód

jest w całości pokryty owodnią, prócz rączki prawej, która ściśle przylega do skóry i przez którą, jak przez zasłonę, rysują się kontury twarzy. Główka cała spłaszczona, w wymiarach poprzecznych mierzyła 6 ctm., w podłużnym 9 ctm., w ukośnym dużym 12 ctm., małym 9 ctm., obwód główki 32 ctm. Palce rączek i nóżek pozlepiane, ułożenie stopek w nadmiernem zgięciu, pięta ku dołowi. Płód płci męzkiej ważył 1440 gramów, długość jego od szczytu głowy do pośladków 29 ctm., długość całego płodu 44 ctm. Wydobyte łożysko wagi 640 grm. tworzy kulę, mierzącą w dłuższym obwodzie 33 ctm., w mniejszym 30 ctm.

Jajnik i przydatki strony drugiej prawidłowe.

Po trzech tygodniach wyleczona opuściła oddział. O stanie jej obecnym dowiedzieć się nie można.

W przypadku tym w kwietniu lub w maju nastąpiło powolne wydobycie się części jaja płodowego przez otwór brzuszny trąbki do jamy otrzewnej. Wydobycie to nie było jednak całkowite, część jaja ściśle trzymała się trąbki, w którem to miejscu rozwijające się łożysko coraz bardziej trąbkę rozciągało. W dniu 17 września pojawiły się bole porodowe, przy których prawdopodobnie błony pękły i wody wylały się do brzucha, albo tylko odkleiło się samo łożysko, skutkiem czego płód obumarł, a wody z czasem uległy wessaniu. Co niezwykłe, to brak gwałtownego krwotoku do jamy otrzewnej i krwawienia ze sromu. Z początkiem więc 4 miesiąca ciąży nastąpiło poronienie częściowe bez przerwania ciąży, która dalej rozwijała się do końca 8 miesiąca. Wprawdzie waga płodu jest nieco mniejsza, niż w tym miesiącu być powinna, wymiary jednak główki, długość płodu, 8-mu miesiącowi zupełnie odpowiadają. Płód sam mógł stać się lżejszy skutkiem zmumifikowania.

Jak widać z zestawienia naszych przypadków, mieliśmy do czynienia tylko z ciążą trąbkową, w której jaje płodowe najczęściej usadowione było w środku trąbki, w kilku przypadkach przy ujściu brzusznem trąbki, a raz tylko w miąższu macicy (*grav. interstitialis*). Samorodne przerwanie ciąży spotkaliśmy w I miesiącu 5 razy, w II m. 6 razy, w III m. 3 razy, w IV i VIII po razu, a więc najczęściej w miesiącu drugim i trzecim, co zupełnie się zgadza ze statystyką Schrenka, Schauty i Mackenrodta. Na 14 przypadków, dwa razy tylko była ciąża pozamaciczna u pierwiastek, reszta u wieloródek. Jako najczęstszą przyczynę powstania ciąży pozamacicznej musimy uważać zgodnie z Hahnem, przebyte zmiany w trąbkach, wywołane najczęściej rzeżączką. Możemy z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć, że na 16 przypadków 9 razy była przyczyną rzeżączka przebyta, o ile rozpoznać ją było można z pomocą wywiadów, w niektórych przypadkach przyczyną były zaciągnięcia i przemieszczenia trąbki, raz z powodu zrostów po przebytem zapaleniu wyrostka robaczkowego, raz skutkiem zmian zapalnych okołomacicznych, powstałych w połogu, raz przez zmiany gruźlicze na otrzewnej. W czasie karmienia, a więc w kilka miesięcy po ostatnim porodzie, spostrzegaliśmy dwa razy ciążę pozamaciczną; tak więc zanik wewnętrznych części płciowych karmiących, jak twierdzi Kristinus, byłby może w tych przypadkach czynnikiem usposabiającym. W dwóch tylko przypadkach na pewno przyczyny wykryć nie było można. W dziewięciu przypadkach zajętą była trąbka lewa, w siedmiu prawa.

W czasie rozwoju ciąży pozamacicznej w jednym przypadku regularność utrzymywała się zupełnie niezmieniona, w dwóch była nieco skąpsza, w innych zaś przypadkach była zatrzymana. W chwili przerwania ciąży w 12 przypadkach było mniejsze lub obfitsze krwawienie ze sromu, w trzech nie było żadnego krwawienia, w jednym zaś przypadku dopytać się o krwawienie nie było można. — Zapatrywanie, jakoby wytworzenie się krwisteku pozamacicznego było najczęstszym i głównym objawem przerwania ciąży pozamacicznej, jest, jak nasze przypadki wykazują, bardzo błędne.

Na 16 naszych przypadków tylko 4 razy był krwistek, w 8 była krew wolna w jamie otrzewnej, w jednym przypadku (gr. I. Nr. 2) nie było ani krwisteku, ani krwi płynnej, bo był to zaśniad krwawy w trąbce. Również brak było krwi, a nawet zmian barwikowych, w trzech przypadkach, operowanych w kilka miesięcy po przerwaniu ciąży. Z tego widzimy, że uderzająco często spostrzegaliśmy wylew krwi płynnej do jamy brzusznej bez śladu krwisteku. Przypadki te były też najcięższe z powodu bardzo znacznej niedokrwistości. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Próby chirurgicznego leczenia przewlekłych spraw zapalnych kiszki grubej.

Zestawił

M. W. Herman (Lwów).

Z pewnością nie należą do wyjątków przypadki przewlekłych nieżytów kiszki grubej, nie ustępujące mimo stosowania wszystkich znanych, a jak wiadomo bardzo licznych środków wewnętrznych. Morzysko, parcie na stolec, niezliczone wypróżnienia z domieszką ropy, śluzu i krwi, niekiedy tak obfitą, że wprost o krwotokach kiszkowych mówić można, czasami wysoka nawet gorączka i towarzyszące jej upośledzenie łaknienia i wzmożenie pragnienia sprawiają, że odżywienie chorego, nawet w przeciągu paru tygodni, podupada aż do charłactwa i już w najbliższej przyszłości zagrażać się zdaje choremu śmierć z wyczerpania układu nerwowego i sił fizycznych. Tacy straceńcy zwracają się niekiedy sami, częściej przez lekarza swego skierowani, do chirurga. I zdarza się, że nadzieje ich nie zostają zawiedzione.

Wiele znanych, zbyt znanych faktów, aby potrzeba je tu wyliczać, poucza, że chory narząd, czasowo zwolniony ze swej czynności „obowiązkowej“, zdrowieje, nawet bez żadnej innej pomocy. Oczywiście pierwszym i najważniejszym warunkiem jest podrzędne znaczenie tego narządu, który ma być wyłączonym, w ekonomii ustroju. A o kiszce grubej wiemy oddawna, że ustrój ludzki bez wyraźnej szkody dla siebie może się bez niej obchodzić. „Kiszka gruba ma dla nas ludzi, których pożywienie zawiera tylko niewiele cellulozy, bardzo małe znaczenie...“ (B. v. Beck). Dowiodły tego już dawno znane doświadczenia Trzebickyego, a potwierdza praktyka chirurgiczna. Od czasu do czasu widujemy chorych z odbytem nieprawidłowym (*anus praeternaturalis*), który wytworzył się z uwięzłej, zgorzelą dotkniętej przepukliny. A chociaż odbyt ten, usadowił się na dolnej części jelita biodrowego (a więc czynność kiszki grubej całkowicie została wyłączoną) i trwa niekiedy miesiącami, nie widać, by chory, kalectwem tem dotknięty, ponosił stąd szkody, powetować się nie dające. Więc tem łatwiej i bez obawy zaszkodzenia choremu odważyć się możemy w danym przypadku na wyłączenie czyto całej kiszki na pewien czas, czy też części jej na zawsze.

Opierając się na tych dwóch znanych i powszechnie uznanych faktach, pierwszy Folet odważył się w końcu

na wytworzenie przetoki w kątnicy w przypadku przewlekłej czerwonki, leczonej już bezskutecznie od 2 lat rozmaitymi środkami, wewnętrznymi. Operacyę tę jednak chory, już do ostateczności wyczerpany, przeżył zaledwie 5 dni. W dwa lata później dwaj lekarze włoscy Durante i Novaro, niezależnie od swego kolegi francuskiego, ogłaszają drugie podobne spostrzeżenie. W przypadku tym, w którym już od 7 lat istniały objawy dysenteryczne i w którym stwierdzono owrzodzenia w prostnicy, utworzono rzyć sztuczną ponad lewą okolicą pachwinową (a więc w kiszce esowatej) z wynikiem bardzo dobrym, bo już po 4 miesiącach można było rzyć sztuczną zaszyć i odtąd operowany pozostał trwale zdrowym. Następnie w piśmiennictwie chirurgicznem amerykańskiem znajdujemy wcale liczne podobne spostrzeżenia, znów niezależne od tamtych dwóch pierwszych przypadków, nieznanych widocznie chirurgom amerykańskim. Rozpoczął się spór o pierwszeństwo w zastosowaniu zabiegów chirurgicznych w dysenteryi przewlekłej i cierpieniach pokrewnych, które to pierwszeństwo przywłaszczyć sobie radzi koledzy z za Oceanu. Niedwuznaczne jednak daty historyczne każą palmę pierwszeństwa oddać Foletowi lub wspomnianym lekarzom włoskim.

Obecnie w piśmiennictwie chirurgicznem odszukać można około 50 spostrzeżeń, które poniżej zestawiamy Brak nam wielu szczegółów, zapominali o nich niekiedy autorowie, przemawiając okolicznościowo w dyskusyi, lub też pomijał je sprawozdawca. Braki te zaznaczyliśmy w odpowiednich miejscach, z pozostałych jednak wcale licznych szczegółów pokusić się możemy o przedstawienie całokształtu obecnego stanu tej sprawy.

A oto materyał, który w dalszym ciągu posłuży nam do bliższego rozpatrzenia się w zagadnieniach, nas tu zajmujących.

1. Folet (Congrès français de chirurgie 1885). Kobieta 45-letnia, zachorowała przed 2 laty w Indyach holenderskich na czerwonkę.
Stan obecny: Stolce śluzowo-krwawe, cuchnące, mimowolne oddawanie kału, parcie. Owrzodzenia w otoczeniu rzyci. Błona śluzowa odbytnicy usiana krwawiącemi wyroślami grzybowatemi. Ogólne wyczerpanie.
Leczenie: *Coecostomia.*
Wynik: Umarła po 5-ciu dniach. Sekcya wykazała rozległe dysenteryczne owrzodzenia w całej kiszce grubej.

2. Durante (Bolletino della reale Academia di Roma, anno XIV. 1887 dec.). Chory od 7 lat. Wiek?
Stan obecny: Rozległe owrzodzenia w okrężnicy i odbytnicy. Znaczne wyniszczenie. Gorączkuje. Stolce krwawo-ropiaste.
Leczenie: Odbyt sztuczny po lewej stronie ponad pachwiną. Tędy w kierunku ku rzyci przemywano 1% *zinc. chlor.* lub 1% *zinc. sulfur.*
Wynik: Po 4 miesiącach zaszyto odbyt sztuczny. Wyleczenie zupełne.

3. Mayo Robson (Transactions of the clinical society of London 1893. Lancet 1893 I. p. 1319). Kobieta 37-letnia. Od 6 miesięcy biegunka, w wypróżnieniach błony rzekome, śluz, krew.
Stan obecny: Błona śluzowa w odbytnicy ziarnista z licznemi owrzodzeniami.
Leczenie: *Colostomia sinistr.* dwuczasowa. Ściany kiszki, a zwłaszcza błona śluzowa w tem miejscu znacznie zmieniona. Przez rzyć sztuczną przemywano rozczynem kwasu borowego.
Wynik: Przetokę zaszyto po 5-ciu miesiącach. Wyleczenie trwałe.

4. Robinson (tamże). Mężczyzna 66 lat.
Stan obecny: *Colitis ulcerosa* z bardzo gwałtownymi krwotokami.
Leczenie: *Colostomia inguinalis sinistr.* (na pętli esowatej).
Wynik: Umarł po 4 dniach. Przez autopsyę stwierdzono liczne owrzodzenia od połowy okrężnicy poprzecznej aż po pętlę esowatą.

5. Stephan i Schilfgaarde (Berl. klin. Wochenschr. 1896, p. 21). Mężczyzna 26-letni. Podróżował po krajach podzwrotnikowych. Od 4 miesięcy parcie i biegunka. W wypróżnieniach krew i ropa.
Stan obecny: Znaczne osłabienie, niedokrwność. Pętla esowata macalna jako bolesny postronek. Dysenterya.
Leczenie: *Anus praeternaturalis* na pętli esowatej, potem przemywania zawiesiną bismutu, rozczynami kwasu garbnikowego i azotanu srebra.
Wynik: Rzyć sztuczną zaszyto po 5 ciu miesiącach. Wyleczenie zupełne.

6. Ballance-Turney (Lancet 1895, T. 2, p. 1578). Mężczyzna 35-letni. Pewien czas mieszkał w Indyach. Biegunka śluzowo-krwawa. Wychudł.
Leczenie: Przecięto porzecznie jelito biodrowe w pobliżu zastawki Bauhina i oba końce jelita wszyto w ranę powłok brzusznych.
Wynik: Po tygodniu śmierć z powodu zapalenia płuc.

7. Lindner (Beitr. zur klin. Chirurg. Bd. 26, p. 515). 26-letni mężczyzna. Od $1/4$ roku biegunka, w stolcach śluz, ropa, krew.
Stan obecny: Znaczne wychudzenie.
Leczenie: *Colostomia* na okrężnicy wstępującej.
Wynik: Po operacyi wyniku nie było żadnego. Na żądanie chorego po $3 1/2$ miesiącach zaszyto otwór w kiszce.

8. Orsini (Rivista veneta di Sc. med. 1896). 46-letni mężczyzna. Od 5 miesięcy kolki i biegunka.
Stan obecny: *Recto-colitis ulcerosa, fistula ani.* Gorączkuje. Stan ogólny bardzo zły.
Leczenie: *Anus praeternaturalis* po lewej stronie i przemywanie części obwodowej kiszki słabym roztworem kwasu salicylowego.
Wynik: Po 5-ciu miesiącach zaszyto przetokę. Wyleczenie całkowite.

9. Hale White i Golding-Bird (Transact. of. the clin. soc. of London vol. 32. 1899). Mężczyzna 35-letni, przebywał dłuższy czas w krajach podzwrotnikowych i w Egipcie. Chory prawie od 7 lat. Od czasu do czasu napady biegunki z bolami i krwawieniami.
Stan obecny: Teraz charłactwo, niezmiernie częste parcie na stolec. W wypróżnieniach obficie krew. Bole w okolicy pętli esowatej i kątnicy.
Leczenie: *Colostomia* (na kątnicy?).
Wynik: Otworu w kiszce nie zdołano zamknąć (gdyż kał był płynny?). Stan ogólny znacznie się poprawił Bole i krwawienia znikły.

10. Labey (-Quénu) (De l'intervention chirurgicale dans les formes graves des colites rebelles. Paris 1902). Mężczyzna 49 letni, długi czas mieszkał w Kolumbii. Przed 14 laty przebył dysenteryę. Od tego czasu miewa przeróżne przypadłości żołądkowo-jelitowe. W ostatnich czasach znaczne pogorszenie.
Stan obecny: Obecnie 3—4 dni napady biegunki z domieszką śluzu i krwi, niekiedy bardzo obficie. Na lewym i prawym talerzu biodrowym macalny bolesny postronek.
Leczenie: *Colostomia inguinalis dextr.*
Wynik: Już po 4 tygodniach znaczna poprawa, jakkolwiek pozostała skłonność do biegunek. Opuścił w tym czasie klinikę i nie zgłosił się do zaszycia przetoki.

11. Murray (Ann. of. Surg. vol. 33 1901). Mężczyzna 29-letni. Przed 2 laty dostał biegunki śluzowo-krwawej z parciem i bolami, która mimo leczenia wewnętrznego trwa bez zmiany.
Stan obecny: Odżywienie podupadłe. W odbytnicy liczne owrzodzenia. W wypróżnieniach śluz, ropa i krew. Pod mikroskopem ameby.
Leczenie: *Colostomia* po stronie prawej, następnie przemywania chininą, błękitem metylenowym, formaldehydem i azotanem srebra (najskuteczniejsze).
Wynik: Znaczna poprawa, jakkolwiek śluz i ameby ze stolców nie znikły. Po 6 miesiącach przetoka się zamknęła.

12 Powel (Indian Medical Gazette 1899). 24-letni mężczyzna, dotknięty ciężką dysenteryą.
Stan obecny: W wypróżnieniach ropa, krew. Parcie.
Leczenie: *Colostomia inguinalis* prawostronna dwuczasowo i przemywania kwasem borowym.
Wynik: Po 57 godz. zmarł z powodu krwotoku z odbytnicy.

13. Sullivan (Journ. of the americ. med. Assoc. 1900). 35-letni mężczyzna. Chory od $1 1/2$ r., leczony wewnętrznie.
Stan obecny: Wyniszczony. Biegunka śluzowo-krwawa, 20 stolców dziennie. Wysoka gorączka. Bole. W stolcach ameby.
Leczenie: *Colostomia inguinalis dextr.* (Dr. Barbat). Przemywania pyrizonem.
Wynik: Po 4 miesiącach zaszyto przetokę. Wyleczenie.

14. Bolton (Med. Record. 1901. I. p. 404). 42-letni mężczyzna. Chory od 8 tygodni Stracił na wadze 31 funtów.
Stan obecny: Gorączka, ogólny upadek sił. Na dobę 16—23 wypróżnień śluzowo-krwawych. Owrzodzenia w kiszce.
Leczenie: *Coecostomia* (m. Kader). Potem przemywania lapisem za pośrednictwem grubego cewnika gumowego.
Wynik: Po 6 tygodniach przetoka zamknięta. Chory rychło przychodzi do zdrowia.

15. 16. 17. Gibson (Boston med. and surg. Journ. 1902 Sept.). Wywiady?
Stan obecny: *Colitis ulcerosa et dysenteria chronica.*
Leczenie: *Coecostomia* (m. Kader) i przemywania stąd w kierunku do odbytnicy, rozszerzonej wziernikiem, słabymi (1 : 20000) rozczynami azotanu srebra
Wynik: Wszyscy trzej chorzy wyleczeni.

18. Hale White i Golding-Bird (The brit. med. Journ. 1902 I. p. 1337). Wywiady?
Stan obecny: *Colitis membranacea.*
Leczenie: *Colostomia inguinalis dextr.*
Wynik: Przetokę zaszyto po 1 roku. Wyleczenie.

19 Tenże. Wywiady?
Stan obecny: *Colitis membranacea.*
Leczenie: *Colostomia inguinalis dextra.*
Wynik: Przetokę zaszyto po $1 1/2$ r. Na razie objawy ustąpiły, powróciły jednak po $1 1/2$ roku.

20. Tenże Wywiady?
Stan obecny: *Dysenteria chronica.*
Leczenie: *Colostomia inguinalis dextra.*
Wynik: Zaszyto rzyć sztuczną po $2^1/_2$ latach. Wyleczenie.
21. Norman Dalton (tamże). Mężczyznu, lat ?, nabawił się czerwonki w Afryce południowej.
Stan obecny: *Dysenteria chronica.*
Leczenie: *Ileostomia* tuż przed zastawką Bauhina. Potem przemywania (?).
Wynik: Przetokę zaszyto (kiedy?) i osiągnięto całkowite wyleczenie.
22. Monier Williams (tamże). Wywiady?
Stan obecny: Na dobę około 20 wypróżnień. Wyniszczenie znaczne. *Dysenteria chronica.*
Leczenie: *Colostomia inguinalis dextr.*
Wynik: W otoczeniu odbytu sztucznego potworzyły się uporczywe owrzodzenia. Po zaszyciu otworu (kiedy?) wyzdrowiał zupełnie.
23. Weir (Med. Record 1902. II, p. 201). Mężczyzna 30-letni, nabawił się czerwonki przed 2 laty w Indyach
Stan obecny: Dziennie 10—15 wypróżnień z domieszką śluzu, ropy i krwi.
Leczenie: *Coecostomia m. Kader-Gibson* i stąd przemywano kiszkę błękitem metylenowym, lapisem i zawiesiną bismutu.
Wynik: Szybkie wyleczenie.
24. Weir (tamże). Mężczyzna 31-letni, już od trzech lat miewa biegunkę.
Stan obecny: Obecnie stolce z obfitą domieszką krwi i stąd znaczna niedokrewność (erytrocytów 2024000). Laparotomia próbna wykazała zgrubienie całej kiszki.
Leczenie: *Appendicostomia* (Wyrostek drożny dla cewnika Nr. 12) i przemywania kiszki.
Wynik: Po 2 miesiącach znaczna poprawa.
25 Boas (Deutsche med. Wochenschr. 1903, Nr. 11) i Heiner (Chirurgen Kongres XXXII 1903). Kobieta 28-letnia, chora od 8 lat.
Stan obecny: Obecnie 4—5 wypróżnień na dobę z krwią i ropą. W wypróżnieniach kryształy Charcot-Leydena. *Colitis ulcerosa.*
Leczenie: *Coecostomia* (oper. Dr. Steiner) poczem przemywano kiszkę azotanem srebrowym i nalewką jodową.
Wynik: Po 11 miesiącach zaszyto przetokę. Wypisano chorą w dobrym stanie zdrowia. Po 2 latach stwierdzono stan pomyślny.
26. Körte (Vereins-Beilage d. deutsch. med. Wochenschr. 1903, p. 50). Mężczyzna, lat?
Stan obecny: *Dysenteria chronica* Parcie. W wypróżnieniach ropa i krew.
Leczenie: *Coecostomia* i przemywania rozmaitymi środkami. Po $^1/_2$ roku oddzielono jelito biodrowe od kątnicy i wszyto je w ranę.
Wynik: Po drugiej operacyi musiano zaniechać przemywań z powodu bolesności. Odbyt sztuczny pozostawiono (w 2 lata po operacyi). Gorączka i bole ustąpiły.
27. Ewald (tamże). Mężczyzna 30-letni.
Stan obecny; *Dysenteria chronica.*
Leczenie: I. *Anus praeternaturalis* na górnej części okrężnicy zstępującej (Dr. Peltasohn) i przemywania. Gdy po zaszyciu przetoki (kiedy?) dawne przypadłości powróciły II. *colostomia* po prawej stronie (Trendelenburg).
Wynik: Po ostatniej operacyi upłynęło 6 lat — mimo to wyleczenia nie osiągnięto. Stan ogólny nieco się tylko poprawił i to nie stale.
28. Summers (Journ. of the americ. med. Ass. 1903 Juli). 34-letni mężczyzna miewa od 2 r. ż. różne dolegliwości w zakresie odbytnicy.
Stan obecny: Od $^3/_4$ roku w wypróżnieniach śluz, krew etc. W odbytnicy liczne, rozległe owrzodzenia.
Leczenie: Po dwóch próbnych laparotomiach i stwierdzeniu rozszerzenia gałęzi żyły krezkowej dolnej *coecostomia* i przemywania kiszki.
Wynik: Póki przetoka była otwartą, chory czuł się dobrze. Gdy po kilku miesiącach zamknęła się, dawne przypadłości zaczęły powracać.
29. Tenże (tamże). Wywiady?
Stan obecny: *Colitis ulcerosa chronica.*
Leczenie: *Coecostomia* (z zastawką, jak i w poprzednim przypadku).
Wynik: Wyleczenie.
30. Smythe-Memphis (tamże). W dyskusyi nad wykładem Summersa nadmienia, że w kilku (ilu?) przypadkach przewlekłej czerwonki użył z powodzeniem podobnego sposobu.
31. Nehrkorn (Dtsch med. Wochenschr. 1902 Nr. 1). 19-letni mężczyzna Od $^1/_2$ roku zaparcie naprzemian z biegunką. W stolcach krew.
Stan obecny: Gorączkuje; — biegunka śluzowo-ropna, upadek sił, niedokrewność.
Leczenie: *Colostomia inguin. sin.* Na błonie śluzowej stwierdzono owrzodzenia
Wynik: Po $3^1/_2$ m. zaszyto przetokę. Po 2 latach stwierdzono trwałe wyleczenie.
32. Nehrkorn (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. XII Z. 2 i 3). 29-letnia kobieta. Już od 4 lat zauważa niekiedy krew w wypróżnieniach. Bole w lewej stronie brzucha.
Stan obecny: Zmiany przydatków macicznych po lewej stronie. W stolcach śluz i krew. Błona śluzowa w odbytnicy rozpulchniona z nielicznemi powierzchownemi owrzodzeniami. *Rectocolitis ulcerosa chronica.*
Leczenie: *Anus praeternaturalis* na pętli esowatej (Czerny) i przemywania obwodowej części kiszki roztworem kwasu salicylowego.
Wynik: Po $^1/_2$ roku zaszyto przetokę. Wyleczenie.
33. Tenże (tamże). 24-letni mężczyzna. Zachorował przed rokiem. Biegunka. Znaczny upadek odżywienia i sił.
Stan obecny: W odbytnicy (w górze) stwierdzono liczne powierzchowne krwawiące owrzodzenia. W wypróżnieniach (8—10 na dobę) krew, śluz, ropa.
Leczenie: *Colostomia inguinalis sin.* (Czerny) i przemywania w górę i ku dołowi roztworem kwasu salicylowego.
Wynik: Najpierw znaczna poprawa, potem, gdy przetoka się zwęziła, pogorszenie. Rozszerzono przetokę, a po 6 tygodniach stan tak pomyślny, że przetokę zaszyto. Wyleczenie.
34. Tenże (tamże). Mężczyzna 48-letni. Chory prawie od 3 lat. W ostatnich czasach szalone parcie na stolec (40 50 wypróżnień na dobę).
Stan obecny: Niedokrewność Błona śluzowa odbytnicy rozpulchniona. *Colitis ulcerosa chronica.*
Leczenie: *Colostomia inguinalis sin.* (Czerny). Przemywania kiszki kwasem salicylowym i odwarem z rumianku.
Wynik: Poprawa postępowała bardzo powoli, jednakże ustąpiły bole i odżywienie się poprawiało Przetoka otwarta prawie od $^1/_2$ roku
35. Wiesinger (Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 62). Kobieta 31-letnia. Chora od 3 lat.
Stan obecny: W odbytnicy liczne owrzodzenia
Leczenie: *Colostomia* na zgięciu wątrobowem okrężnicy, bez skutku. Następnie wyłączono znaczną część kiszki i to całkowicie. Pozostawiono przetokę na prawem zgięciu okrężnicy.
Wynik: Przetoka wnet się zamknęła. Chora 6 lat po operacyi żyje, zdrowa.
36. Giordano (Riv. veneta di sc. med. 1901). Kobieta 46-letnia. Prawie od $^1/_4$ roku bole i biegunka naprzemian z zaparciem stolca.
Stan obecny: W stolcach śluz i krew
Leczenie: *Ileo-colostomia.*
Wynik: Znaczna poprawa.
37. Tenże (tamże). 38 letni mężczyzna. Od roku biegunka (20—30 wypróżnień) Wychudnienie.
Leczenie *Ileo-sigmoidostomia.* Po 14 tygodniach niedrożność jelit. Założono odbyt sztuczny.
Wynik: Śmierć z powodu uwięźnięcia pętli użytej do anastomozy.
38. San-Martin (XIV internat. Med -Kongr. 1903) Kilka razy miał sposobność przekonania się o skuteczności kolostomii w przewlekłej czerwonce.
39. W. Meyer (Refer. w Centralblatt f. Chir. 1903. Nr. 45). Kobieta. lat?
Stan obecny: *Colitis chronica ulcerosa.*
Leczenie: *Appendicostomia* i przez cewnik przemywania rozczynem azotanu srebrowego.
Wynik: Po $^1/_4$ roku stwierdził znaczną poprawę. Chorej przybyło na wadze 15 funtów.
40 Phocas (cytow. przez Labeya l. c). Dziecko 5-letnie.
Stan obecny: *Colitis acuta.*
Leczenie: *Ileocolostomia.*
Wynik: Wyleczenie.
41. Bernhard von Beck (Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 74 H. I). Mężczyzna 62-letni Chory od 2 lat. W wypróżnieniach śluz i krew.
Stan obecny: Znaczne wychudzenie. Część wstępująca i poprzeczna okrężnicy zgrubiałe i tkliwe na ucisk. *Colitis chronica.*
Leczenie: Połączono jelito biodrowe z pętlą esowatą.
Wynik: Objawy ustąpiły już po 4 tygodniach. Po 6 latach stwierdzono bardzo dobry stan zdrowia.
42. Tenże (tamże). Kobieta 29-letnia. Od roku kolki, śluz i krew w stolcach. Ból w kątnicy i okrężnicy wstępującej.
Stan obecny: *Colitis chronica tuberculosa,* ograniczona do kątnicy i kiszki wstępującej.
Leczenie: Połączono jelito biodrowe z pętlą esowatę.
Wynik: Objawy jelitowe ustąpiły. Odżywienie się poprawiło. Po 2 latach umarła z gruźlicy płuc. Sekcyą stwierdzono, że gruźlica kiszek wygojona.
43. Tenże (tamże). Dziewczyna 20-letnia. Od roku po durze objawy *colitis* (stolce śluzowo-krwawe).
Stan obecny: Znaczne wycieńczenie. Cała kiszka od kątnicy aż po pętlę esowatą ma ściany naciekłe i skurczone, kruche. *Colitis polyposa.*
Leczenie: Połączono jelito biodrowe z pętlą esowatą (guzikiem Murphyego).
Wynik: 6-go dnia po operacyi śmierć z zapalenia otrzewnej wskutek przedziurawienia.
44 Tenże (tamże). Kobieta 36-letnia. Chora od 8 miesięcy po przebyciu zapalenia jelit.

Stan obecny: Znaczny upadek sił, odżywienia etc.
Leczenie: Połączono jelito biodrowe z pętlą esowatą.
Wynik: Bardzo szybkie wyzdrowienie. Dziś całkowicie zdrowa.

45. Tenże (tamże). Kobieta 37-letnia. Dawniej wrzód żołądka, zrosty okołożołądkowe, zapalenie woreczka żółciowego i zrost poprzecznicy z woreczkiem i objawy zapalenia kiszki.
Stan obecny: Parcie, od roku stolce śluzowo-krwawe, wychudzenie, niedokrewność, przygnębienie.
Leczenie: Połączono jelito biodrowe z pętlą esowatą.
Wynik znakomity.

46. Tenże (tamże). Dziewczyna 22-letnia. W r. 1900 zapalenie okołokątnicze; w r. 1901 przewlekłe zapalenie kiszki z morzyskiem i stolcami śluzowo-krwawymi. W r. 1902 świeży napad zapalenia wyrostka robaczkowego.
Stan obecny: Po drugim napadzie zapalenia wyrostka robaczkowego objawy zapalenia kiszki coraz to cięższe.
Leczenie: Połączono jelito biodrowe z pętlą esowatą.
Wynik: Znaczna poprawa, równająca się wyleczeniu.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Wyciągi.

Prof. Kehr. **O operacyi wykonanej na Waldeck-Rousseau.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 35, 1904). K. na życzenie redakcyi opisuje wskazania i przebieg operacyi na p. Waldeck-Rousseau. Przebieg choroby był następujący: Chory l. 58, przedtem zupełnie zdrów, zachorował w późnej jesieni 1903 zupełnie nagle po silnem wzruszeniu umysłowem na żółtaczkę. Bólów nie było żadnych, nasilenie żółtaczki wahało się do wiosny 1904, poczem zjawiły się brak łaknienia i upadek sił. W maju 1904 dwaj chirurdzy francuscy wykonali pierwszą operacyę, a czując w głębi w głowie trzustki stwardnienie wielkości orzecha laskowego, które uważali za raka, nie odsłoniwszy przewodów żółciowych ani trzustki połączyli tylko pęcherzyk żółciowy z jelitem czczem. Pęcherzyk żółciowy miał być wielki i otoczony zrostami, a zawierał treść gęstą, kleistą. W osiem dni po operacyi trzy silne krwotoki z rany, po których chory przyszedł do siebie, żółtaczka jednak, świąd skóry i bezsenność trwały dalej. W przeciągu roku spadł ciężar ciała z 160 na 110 funtów. W trzy miesiące po operacyi zastał K. chorego wycieńczonego, z silną żółtaczką i objawami żółcicy (*cholaemia*). Brzuch nie był bolesny, wątroba znacznie powiększona, lecz gładka i nie bardzo twarda. Wolnego płynu, ani wymacalnego guza w jamie brzusznej nie było. Tętno regularne, silne (84). Mocz bez białka i cukru zawierał wiele barwika żółciowego: kał bezbarwny; serce i płuca zupełnie zdrowe. K. rozpoznał przewlekłe zatkanie przewodu żółciowego wspólnego, czy jednak przez nowotwór (rak przewodu żółciowego, trzustki, dwunastnicy), czy też przez zapalenie trzustki, kamyk lub zrosty, trudno było rozstrzygnąć. Na podstawie swego doświadczenia, opartego wówczas na 947 laparotomiach z powodu kamicy żółciowej, osądził K., że 70% przemawia za rakiem, 10% za kamykiem i 20% za przewlekłem zapaleniem trzustki. Za rakiem przemawiały a) wiek i płeć chorego (raki trzustki zdarzają się o wiele częściej u mężczyzn, niż u kobiet), b) prawie bezbolesny przebieg choroby (możliwy i przy kamyku), c) ciężka żółtaczka (zdarzająca się jednak i przy kamykach, tkwiących w uchyłku Vatera), d) charłactwo (zdarzające się również i przy niedrożności z powodu kamyka). Przeciw rakowi przemawiały nagły początek i zmienność żółtaczki i stosunkowo długo, bo prawie rok trwająca choroba. Zdarzają się jednak przypadki włóknistego raka trzustki, kończące się dopiero po dwóch latach śmiercią. Stanowcze rozpoznanie było niemożliwe. Pewnem było, że wykonana przed trzema miesiącami operacya nie odniosła skutku, gdyż żółtaczka była bardzo znaczna.

Bez operacyi chory musiałby był umrzeć bez względu na to, czy istniało cierpienie łagodne, czy złośliwe. W pierwszym przypadku można było chorego uratować, a za kamykiem lub zapaleniem trzustki przemawiało przecież 30%. K. wiedział, że z powodu zrostów operacya będzie bardzo trudna, lecz wobec dobrego stanu serca i nerek można było się spodziewać, że chory wytrzyma i tę drugą, od pierwszej o wiele cięższą operacyę. Chory dostał chlorek wapniowy, by zapobiedz krwotokowi, K. operował tylko ze swoim asystentem i swoją służbą, jedynie chloroformowanie powierzył lekarzowi francuskiemu, który zwyczajem tamtejszym wykonywał je zapomocą chustki; niestety K. nie miał przyrządu dla uśpienia tlenochloroformowego. Operacya była bardzo ciężka. Krwawienie z powłok brzusznych było bardzo obfite, jak zawsze w żółcicy. Założono wszędzie zaciski i większe naczynia natychmiast podwiązano. Wątroba była wielka, lecz miękka, marskości i raka w niej nie było. Woreczka żółciowego nie można było znaleźć. Prawą ręką wymacał K. w głębi za dwunastnicą twardy, z kilku mniejszych złożony guz, wielkości pięści, który można było uważać za raka trzustki. Lecz i przewlekłe zapalenie trzustki wywołuje wybitne, z mniejszych guzów złożone stwardnienia, a ponieważ w więzadle wątrobowo-dwunastniczem nie można było wymacać gruczołów i nie było śladu puchliny brzusznej, więc nie można było wyłączyć i zapalenia trzustki i dlatego nie wolno było przerwać operacyi. W dziennikach rozgłoszono, że ogromny krwotok zakończył życie chorego i że K. wyciął raka trzustki; jednemu i drugiemu K. przeczy. Postanowił on jedynie zatrzymaną żółć odprowadzić, lecz odszukanie woreczka żółciowego wśród rozległych zrostów było trudne i długo trwało. Z początku K. wziął prawy kulisty, miękki płat wątroby za woreczek, nakłuł go i naciął, co przedłużyło operacyę o pięć minut. Nareszcie po długiem szukaniu znalazł woreczek prawie próżny i wiotki, co właśnie utrudniało jego odszukanie. Z naciętego woreczka wydobyto nieco mętnej wydzieliny i kawałeczek niestrawionego melonu. Dawniejsze połączenie woreczka z jelitem nie miało celu, gdyż przewód pęcherzykowy był zaciśnięty przez zrosty; oddzielenie ich trwało godzinę. Ponieważ u chorego rozpoczął się zapad, musiano operacyę przyśpieszyć; K. włożył w otwarty woreczek sączek gumowy, zamknął go szczelnie i otworzył przewód żółciowy, gruby prawie na dwa palce, z którego jasna żółć łukiem wytrysła. Przez nagły spadek ciśnienia w wątrobie zapad stał się może jeszcze głębszym, narkotyzer naglił do pośpiechu, nie było można ukończyć zamierzonej choledocho-duodenostomii lub połączenia woreczka z przewodem żółciowym, należało ograniczyć się do sączkowania przewodu wątrobowego. Operacya trwała $1\frac{1}{2}$ godziny. Chorego przeniesiono do łóżka, tętno się poprawiło, po godzinie jednak znowu znikło i mimo wszelkich środków podniecających, wlewań roztworu soli i t. d. chory w $1\frac{1}{2}$ godziny po operacyi życie zakończył.

K. broni się przeciw zarzutom tem, że rozpoznanie do ostatniej chwili było niepewne, a operacya była wskazana nawet wtedy, gdyby napewno rozpoznano raka, gdyż w ostatnim czasie udało się już kilka doszczętnych operacyi raka woreczka i przewodów żółciowych (Körte, Majo, Robson i Kehr). Przewlekłe zapalenie trzustki tylko bardzo trudno odróżnić od raka i dlatego K. przy zatkaniu przewodu żółciowego przez guz zawsze operuje, a jeśli zamiast zapalenia trzustki znajdzie raka, to dobrze wykonana anastomoza zawsze jeszcze łagodzić może straszne cierpienie. Waldeck-Rousseau nie miał nic do stracenia, mógł tylko zyskać. A choć prawdą jest, że nieunikniona strata krwi, działanie chloroformu na serce i długotrwała operacya przyśpieszyły zejście, to przecież właściwej przyczyny śmierci należy szukać w chorobie samej, która wywołała niedomogę wątroby i żółcicę. Wobec daleko posuniętej choroby i znacznego osłabienia chorego nie można się zatem dziwić, że operacya, podjęta z wskazań życiowych, nie odniosła spodziewanego wyniku. Sekcyi zdaje się zresztą nie było i dlatego ostatecznie niewiadomo, czy było przewlekłe zapalenie, czy rak trzustki. (Czy nie był to jednak na pewno rak i dlaczego K. nie uwierzył operatorom francuskim? *Sprawozd.*). *Dr. J. Fels.*

Prof. Wagner v. Jauregg. **O leczeniu matołectwa endemicznego zapomocą kołaczyków z gruczołu tarczowego.** (*Wien. kl. Wochen.*, Nr. 30, 1904). Autor, zachęcony nadzwyczajnymi wynikami podawania gruczołu tarczowego w odosobnionych przypadkach matołectwa, wpadł na myśl stosowania tegoż środka w matołectwie endemicznem. Na wniosek jego najwyższa Rada Zdrowia nakazała wykonać doświadczenia w kilku zakładach dla matołków w Austryi Niższej i Styryi; sprawozdania mają być wkrótce ogłoszone. Prof. Wagner sam udał się do Judenburga, gdzie zdołał przy pomocy ludzi chętnych zebrać około 78 matołków, u których rozpoczął wskazane leczenie. Wiek ich dochodził nawet do lat 23, najwięcej było dzieci między 3 a 14 rokiem życia. Z początku dostarczał kołaczyków z gruczołu tarczowego bezpłatnie szpital powszechny na zlecenie Ministerstwa, później jednak firma Burroughs, Wellcome and Comp dostarczyła przeszło 10.000 kołaczyków również bezpłatnie. Prof. Wagner rozpocząwszy działalność swą w r. 1900, od czasu do czasu przyjeżdżał do Judenburga dla peryodycznych oględzin pacyentów; obecnie po latach czterech występuje ze znakomitymi wynikami. Z tablic statystycznych widać najwyraźniejszy skutek leczenia, t. j. wzrost długości ciała, który już po 3 miesiącach leczenia można było stwierdzić. W ciągu 15-miesięcznego leczenia długość wzrastała od 5 do 15 cm. W żadnym przypadku nie był wzrost mniejszym od prawidłowego, natomiast przeważnie większym.

Ciekawy jest przypadek, dotyczący 23-letniego matołka, któremu w ciągu 30 miesięcy przybyło prawie 12 cm. Wzrost taki w tym wieku jest niezwykłym; widać, że u tego chorego nie nastąpiło jeszcze skostnienie chrząstek nasadowych. Autor zwraca

uwagę, że nie we wszystkich miejscowościach tak szybko chorzy wzrastali, przypuszcza więc, że przyczyną tego jest silniejsze działanie czynnika chorobotwórczego w danej miejscowości. W parze ze wzrostem długości szedł ubytek wagi ciała, wychudnienie, na oko już widoczne. Dzieci traciły przytem bladą, niezdrową cerę twarzy, łaknienie znacznie się poprawiało, zamiast dotychczasowej apatyi pojawiało się polepszenie pobudliwości psychicznej. Dzieci zaczynają biegać, bawić się, budzi się u nich ciekawość, popęd naśladowczy; te, które są zdolne mówić, zaczynają mówić, śpiewać; niektóre stają się zdolnemi do nauki szkolnej. Z dalszych skutków leczenia zasługują na uwagę znikanie wola, zarastanie dotąd otwartych ciemiączek, pomniejszenie się nadmiernie rozrosłego języka.

Krótko mówiąc, po trzechletniem leczeniu stan matołków znakomicie się poprawił. Co do dawkowania, to prof. Wagner poleca podawać kołaczyki, zawierające po 0,324 gr. substancyi, po jednym dziennie, najwyżej dwa; u bardzo małych dzieci wystarcza pół kołaczyka dziennie. *Dr. R. Merunowicz.*

Prof. Grawitz. **Nowsze doświadczenia co do leczenia niedokrewności złośliwej.** (*Deutsche medic. Wochen.*, 1904, Nr. 30 i 31). Grawitz podał już dawniej własną teoryę o powstawaniu niedokrewności złośliwej; w obecnej pracy stara się ją dokładniej uzasadnić, zwalczając zdanie Ehrlicha, że niedokrewność złośliwa jest chorobą pierwotną krwi lub szpiku kostnego. G. uważa chorobę tę za drugorzędne ciężkie zwyrodnienie ciałek krwi, połączone z silną czynnością twórczą szpiku; zwyrodnienie to wywołują trucizny, działające na ciałka krwi czerwone. Trucizny te dostają się do ustroju albo z zewnątrz (arsen, morfina, ołów, tlenek węgla i t. p.) lub też powstają w samym ustroju w przewodzie pokarmowym, a stąd ulegając u osobników szczególnie wrażliwych łatwo wessaniu, działają trująco na składniki krwi, szczególnie na ciałka czerwone. Powstają zaś te trucizny w przewodzie pokarmowym bądź wskutek niedostatecznego rozkładu ciał białkowatych, bądź też wskutek silnego rozwoju rozmaitych mikrobów. Że przypuszczenie jego jest najprawdopodobniejsze, stara się Grawitz udowodnić na całym szeregu przypadków tej choroby, gdzie pod wpływem odpowiedniego leczenia wszelkie objawy niedokrewności zupełnie ustąpiły. Leczenie to polega na pożywieniu roślinnem *per os*, podawaniu substancyi białkowatych w lewatywach odżywczych, codziennem płukaniu żołądka i kiszek i podawaniu małych ilości kwasów (cytrynowego lub solnego), gdyż prawie zawsze u chorych na niedokrewność złośliwą spotyka się brak kwasu solnego w żołądku. Leki takie, jak arsen, podaje G. dopiero wtedy, gdy zaczyna się widoczna poprawa. W przypadkach niedokrewności złośliwej, leczonych w ten sposób, osiągał Grawitz niekiedy nadspodziewanie dobre wyniki, a zawsze wybitną poprawę. Te pomyślne wyniki leczenia przemawiają zdaniem G. za jego teoryą, gdyż zapomocą swego sposobu leczenia oczyszcza on przewód pokarmowy z trucizn i zapobiega dalszemu ich wytwarzaniu się; co więcej w niektórych przypadkach wyleczonych dobry stan utrzymuje się już przez kilka lat, co znowu przemawia przeciw innym teoryom powstawania niedokrewności, według których można osiągnąć tylko krótkotrwałe polepszenia bez ostatecznego wyleczenia.

Grawitz radzi więc we wszystkich przypadkach niedokrewności złośliwej, w których etyologia jest niejasna, użyć swego sposobu leczenia, usuwając bowiem ciała białkowate, podane przez usta, zapobiegamy równocześnie i powstawaniu trucizn w ustroju.

Dr. M. Selzer (Lwów).

Erik Faber. **Wpływ leczenia surowicą na śmiertelność w błonicy.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, T. 59, Z. 5). Leczenie surowicą znacznie zmniejsza śmiertelność z błonicy, co polega na tem, że surowica przeciwdziała zatruciu jadami błoniczymi, które najczęściej przed wprowadzeniem surowicy bywało przyczyną śmierci; natomiast wpływ działania surowicy na zwężenie krtani i wiklające się z błonicą zapalenia płuc nie ma prawie znaczenia.

Im wcześniej w błonicy rozpoczęto leczenie surowicą, tem mniejsze niebezpieczeństwo, by chory zmarł wskutek zatrucia jadami błoniczymi, lecz niebezpieczeństwo dławca zstępującego lub zapalenia płuc z zejściem śmiertelnem jest jednakowe dla wszystkich chorych, bez względu na to, czy surowicę wstrzyknięto wcześnie, czy późno. To też w statystyce dławca przy zastosowaniu surowicy śmiertelność się nie zmniejsza, natomiast statystyka błonicy gardła ze względu na śmiertelność wskutek zatrucia jadami błoniczymi znacznie się poprawiła. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Siegert. **Bioferyna w praktyce dziecięcej.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 27, 1904). Bioferyna jest przetworem hemoglobiny, otrzymanym przez Prof. Cloette w Zurychu. Nie zawiera ona żadnej przymieszki eteru, jest bardzo trwałą i wolną od drobnoustrojów. Jedynie tylko bakterya sienna, zresztą bez znaczenia, dała się wyhodować w czystej hodowli. Z powodu przyjemnego smaku i zapachu zażywają ją chętnie nawet tacy pacyenci, którzy mieli wstręt do hematogenu. W bardzo licznych przypadkach wybitny skutek okazywał się już po dwóch lub trzech tygodniach zażywania w postaci znacznego przyrostu hemoglobiny, wzmożonego łaknienia i wzmocnionych sił. Dawka dla niemowląt wynosi 5 grm. 1—2 razy dziennie; dla dzieci starszych 10—15 grm.; dla dorosłych 15—30 grm. dziennie. Bioferynę można zażywać rozcieńczoną z zimnem lub ciepłem mlekiem, wodą i t. d., oraz nie rozcieńczoną, najlepiej tuż przed jedzeniem. W praktyce dziecięcej wskazana jest bioferyna u niemowląt, żywionych wyłącznie mlekiem, począwszy od dziesiątego miesiąca: dalej u dzieci krzywiczych, zołzowatych, niedokrewnych, nerwowych i nie mających pociągu do jadła. Obok żelaza zawiera bioferyna wszystkie zaczyny, aleksyny i inne skuteczne składniki krwi. Czy żelazo hemoglobiny jako takie działa, czy też działa katalitycznie, jako przenośnik tlenu, to nie zostało dotąd rozstrzygnięte. *Dr. Blassberg.*

Conradi. **O zakażeniu mieszanem prątkami durowymi i paratyfusowymi.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 32, 1904). Do niedawna jedynie prątek Koch-Ebertha uchodził za przyczynę duru brzusznego, dopóki nie stwierdzono w kilku epidemiach, że i prątek paratyfusowy może być jedyną przyczyną sprawy chorobowej. Wiemy więc dziś, że jeden i drugi prątek mogą wywoływać wielokształtny obraz duru brzusznego. C. zdołał w kale jednej chorej już piątego dnia, więc w bardzo wczesnym okresie choroby, stwierdzić zapomocą hodowli obok licznych prątków duru i nieliczne prątki paratyfusowe. Również powiodło się wykryć obydwa prątki w wodzie, z której chora piła 10 dni przed rozpoczęciem się choroby. Stwierdzono zatem obydwa prątki tak w źródle zakażenia, jakoteż w ustroju chorej. Na tej podstawie twierdzi autor, że dur nie ma jednolitej etyologii i że zakażenie durowe i jego objawy kliniczne mogą powstać przez współdziałanie prątków durowych i paratyfusowych. *Dr. J. Fels.*

K. Alt. **O leczeniu wrodzonego obrzęku śluzakowego zapomocą gruczołu tarczowego.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 1904, Nr. 28). Autor miał w ostatnich 5 latach w zakładzie w Uchtspringe sposobność spostrzegać 12 przypadków obrzęku śluzakowego u dzieci, które leczono gruczołem tarczowym. Z tego było 7 bardzo wybitnych przypadków, dotyczących wyłącznie dziewcząt, u których zupełnie nie można było wymacać gruczołu tarczowego; w 5 pozostałych był on tylko bardzo mały. W dwóch z wspomnianych 7 przypadków można było niewątpliwie stwierdzić także przy sekcyi zupełny brak gruczołu tarczowego, ponieważ dzieci te zmarły z przypadkowych chorób (gruźlica prosówkowa, zapalenie włóknikowe płuc). Z wywiadów sądząc, przypisuje autor kile i gruźlicy u rodziców wpływ na wystąpienie wrodzonego braku lub częściowego zaniku gruczołu tarczowego u potomstwa. Wszystkie przypadki z wyjątkiem dwóch, w których stan sił na to nie zezwalał, leczono gruczołem tarczowym, co okazało się nader skutecznem, prawie swoistem leczeniem. Rozpoczynano zazwyczaj leczeniem przygotowawczem, dyetetyczno-fizycznem, celem usunięcia uporczywego zaparcia stolca i poprawy stanu odżywienia. Potem podawano zazwyczaj przez jakiś czas (ze względu na możliwe pochodzenie kilowe choroby) wewnętrznie jod, przyczem spostrzegano nieraz wybitną poprawę, główne w stanie skóry. Wreszcie podawano Merckowskie pastylki z gruczołu tarczowego po 0·1 gr. Zrazu podawano po jednej co drugi dzień, potem codziennie, o ile nie pojawiały się zaburzenia czynności serca. Ważono chorych codziennie i w razie straty wagi przerywano natychmiast leczenie tyreoidyną. Aby zrównoważyć nadmierne wydzielanie substancyi azotowych w tem cierpieniu, dodawano do pokarmów troponu. Przy ostrożnem ciągłem podawaniu tyreoidyny autor spostrzegał wprost zdumiewające wyniki. Poprawa jednakowoż (z jednym wyjątkiem) znikała, jeżeli przerwano leczenie na czas dłuższy. O wyleczeniu trwałem nie może być mowy, bo od czasu do czasu trzeba u czasowo wyleczonych przecież dostarczyć ustrojowi substancyi do życia koniecznych, a przez ustrój nie wytwarzanych. Zadaniem gruczołu tarczowego w ustroju jest dostarczać tkankom (za pośrednictwem naczyń chłonnych) fermentu, koniecznego do utlenienia białka. Fermentem tym jest wykryta w wydzielinie gruczołu przez Baumana tyreoglobulina, zawierająca jod, nazwana przezeń tyreojodyną. Przez brak albo niedostateczną czynność gruczołu tarczowego wstrzymuje się pośrednie ogniwo wydzielnicze substancyi azotowych i powstaje samozatrucie śluzakowe, przez podawanie zaś gruczołu tarczowego lub tyreojodyny Baumana można sprawę utleniania białka dostatecznie uzupełnić i zapobiedz samozatruciu. *Dr. M. Blassberg.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Antrasolu używał Silberstein (*Allgem. medic. Central-Zeitung*, 1904, Nr. 27) w przewlekłym wyprysku w postaci 10% maści, w trądziku różowym w postaci 5% kleiny antrasolowej i przekonał się, że odznacza się on łagodnością działania, nie drażniąc skóry nawet na twarzy i mosznach. Mydło antrasolowe działało dobrze w trądziku zwykłym i świerzbiączce. Wogóle ma antrasol wybornie łagodzić świąd. W chorobach pasorzytnych, jak świerzb, liszaj wyłysiający, łupież pstry, najlepiej używać antrasolu w maściach lub w rozczynie wyskokowym albo w mydłach. Mędoweszki usuwa zmywanie mydłem antrasolowosiarczanem. Wreszcie nadaje się antrasol w $2^1/_2$% rozczynie zamiast wody smołowej do wziewań, przy których nie zauważono nigdy szkodliwego działania na nerki. Również Sklarek (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1904, Nr. 25) był bardzo zadowolony z działania antrasolu w różnych postaciach wyprysku, oraz w świądzie. W podostrych sączących pęcherzykowych wypryskach zaleca S. łączyć 3% maść antrasolową z 6% lenigallolu.

Alk.

Aceton-chloroform (chloreton). Wheder i Fawcett uważają ten środek za znakomity lek przeciw chorobie morskiej w dawkach po 0,6, później po 0,3 co 3 godz. Chloreton można podawać także chorym z organicznemi chorobami serca i nerek. Zapisuje się: Rp. *Aceton-Chloroformii* 0,3. *Dent. tal. dos. ad caps. amyl. S.* Co 3—4 godz. kapsułkę zażyć. Według Bicklego można tym lekiem uśmierzyć także wymioty po zabiegach operacyjnych; tę uspakającą własność można szczególnie wyzyskać przy znieczuleniu rdzeniowem. Można także przy znieczuleniu chloroformowem usunąć nieprzyjemne następstwa przez podawanie 1 gr. chloretonu 2 godz. po operacyi. (*E. Merck's Jahresberichte*, styczeń, 1904).

Baschkopf.

Acetopiryna. Korzystnie o tem nowem połączeniu kwasu salicylowego z antypiryną wyrażają się de Moraes Miranda i Meitner, którzy się przekonali, iż ten przetwór nie wywiera wpływów pobocznych, właściwych innym przetworom salicylowym, jak upośledzenie trawienia, szum uszów i t. d. i dla tego nadaje się do leczenia ostrego gośćca stawowego, grypy i jako ogólny lek przeciwnerwobólowy. (*E. Merck's Jahresberichte*, styczeń, 1904).

Baschkopf.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

I. Posiedzenie naukowe z dnia 17 lutego 1904 r.

Przewodniczący: Dr. Kośmiński, — sekretarz: Dr. Breiter.

I. Przewodniczący przedstawia jako gości: Dra Litwinowicza i Dra Stawnickiego.

II. Na członków czynnych przyjęci: Dr. Lewicki, Dr. Czaplicki, Dr. Daum i Dr. Czyżewicz *junior*.

III. Kol. Dr. Breiter: Przypadek *prolapsus uteri completus cum pyometra*. Przed kilku tygodniami zgłosiła się do kliniki osoba, lat 68 mająca, z pochwą zupełnie wynicowaną na zewnątrz, z objawami niemożności oddawania moczu i trudnością przy oddawaniu stolca. Stan taki trwa od kilku dni. Od 4 miesięcy pochwa wychodzi ze sromu, dawała się jednak dotychczas zawsze z łatwością odprowadzić ku górze. Badanie wykazuje guz znacznej wielkości, sterczący ze sromu o ścianach silnie napiętych, o powierzchni błyszczącej, suchej; około ujścia zewnętrznego macicy znaczne wrzody odleżynowe. Ciała macicy nie można było wybadać z powodu silnie napiętych ścian pochwy. W pierwszej chwili zdawało się, że mamy do czynienia z szybko powstałym znacznym obrzękiem, dlatego po bezskutecznych próbach odprowadzenia macicy i pochwy założono na cały guz opatrunek uciskający. Terapia ta jednak okazała się jednak pomimo stosowania ucisku różnymi sposobami przez kilka dni bezskuteczną, chora uczuwała coraz znaczniejsze dolegliwości. Podczas jednego badania spróbowano sondować macicę i w tym celu do szyi macicznej wprowadzono bez żadnych znaczniejszych trudności wązkie szczypczyki Chrobaka, poczem wydobyła się z macicy treść ropiasta w znacznej ilości, bo około 1 litra, a macica zaczęła się szybko zmniejszać. Rozpoznanie otoku ropnego macicy nie ulegało wątpliwości. Po oczyszczeniu jamy macicznej odprowadzono macicę i pochwę i założono krążek Brauna. Po kilku dniach macica powiększyła się na nowo z powodu nagromadzenia się w niej treści. Kilkakrotne (co kilka dni) wprowadzenie szczypczyków Chrobaka i wypuszczanie ropy z następowem pędzlowaniem nalewką jodową jamy macicy pozostało bez wybitnego skutku. Wówczas poleciłem fabrykantowi narzędzi chirurgicznych sporządzić rurkę metalową długości około 3 ctm., a średnicy 4 mm., zakończoną po obu stronach oliwkami, które zapomocą kilku otworków łączyły się z głównym przewodem rurki. Rurkę tę wprowadziłem do szyi macicy tak, że jedna oliwka znajdowała się powyżej ujścia wewnętrznego macicy, a druga przed ujściem zewnętrznem. W ten sposób drożność szyi była zapewnioną, treść zatrzymywała się wprawdzie w jamie macicy, lecz nadmiar jej spływał otworkami oliwek i kanałem rurki na zewnątrz. Obecnie chora żadnych znaczniejszych dolegliwości nie uczuwa; polecono jej tylko zgłaszać się co pewien czas w celu oczyszczenia rurki.

W rozprawach zabiera głos prof. Dr. Mars i opowiada przypadek, w którym podobną rurkę zastosowano dla przywrócenia drożności szyjki macicy. W wspomnianym przypadku istniało zwężenie szyjki skutkiem zbliznowacenia po odjęciu części pochwowej macicy.

IV. Kol. Dr. Bocheński: *Przedstawienie chorej z guzem uwięzniętym w miednicy małej*. I. I. lat 40, zamężna, izraelitka przyjęta do kliniki dnia 1 lutego b. r. Rodziła 8 razy prawidłowo, ostatni raz przed rokiem. Przez czas karmienia, t. j. do obecnej chwili, nie miesiączkuje. Zgłosiła się do kliniki z powodu niemożności oddawania moczu i stolca od 2 tygodni. — Badanie wykazało: Osoba wzrostu średniego, dobrze zbudowana, niedokrewna. W płucach i sercu żadnych zmian wykazać nie można. W sutkach pokarm w obfitej ilości. Ciepłota ciała 38·8°, tętno przyspieszone, nieregularne. Linia środkowa ciemniej zabarwiona. Pęcherz moczowy bardzo znacznie rozszerzony, sięga 3 palce poniżej pępka; odprowadzono około 4 litrów moczu. Srom ziejący, sino zabarwiony, podobnie, jak to spostrzegamy podczas ciąży, tylna ściana pochwy obrzękła, wypukła się na zewnątrz szpary sromowej. Pochwa długa, szeroka, w górnej części szczelinowata, do szczytu jej dojść nie można, a temsamem i części pochwowej dosięgnąć trudno. Całą miednicę małą wypełnia guz elastyczny, ciastowaty, nie dający się poruszyć, sięgający ku górze 2 palce wyżej spojenia łonowego, który zarazem przemieszcza całą pochwę ku spojeniu łonowemu w ten sposób, że palec badający tylko z trudnością przesunąć można w pochwie ku górze, między guzem a tylną ścianą spojenia kości łonowych. Przy badaniu dwuręcznem z trudnością można wybadać po stronie prawej ponad ramieniem poziomem kości łonowej jakby część pochwową, zostającą w związku z tylną ścianą guza, wypełniającego miednicę małą.

Na podstawie powyższego badania rozpoznano: *„incarceratio uteri gravidi IV. m. retroflecti"*, za czem zdawała się przemawiać i ta okoliczność, że pacyentka sama obecność ciąży przypuszczała. Przez pierwsze 3 dni odprowadzano macicę jużto w ułożeniu na wznak, już też w kolankowo-łokciowem; nadto w miarę potrzeby odprowadzano mocz, stolce zaś wywoływano wlewaniami do kiszki stolcowej. Mimo dość energicznych zabiegów nie udało się macicy odprowadzić. Wobec tego postanowiono zastosować od 4 go dnia stały ucisk na macicę w celu jej odprowadzenia. Użyto dużych balonów Brauna, założono jeden do kiszki stolcowej, a drugi do pochwy, wypełniając każdy z nich 250 gr. wody i zostawiono przez 3 godziny. Po 2 dniach stan zmienił się o tyle, że można było dojść palcem do części pochwowej, ustawionej jeszcze w wysokości górnego brzegu spojenia łonowego. Przez sklepienie tylne wyczuć można było postronki silnie napięte, przebiegające od guza w różnych kierunkach i gubiące się poza tylną ścianą pochwy. Chora zaczęła oddawać mocz dobrowolnie, często i w małych ilościach. W następnych dniach przy wyżej opisanem postępowaniu zstępowała część pochwowa niżej tak, że można ją było wybadać w wysokości dolnego brzegu spojenia łonowego. Ponieważ dotychczasowe postępowanie do celu nie doprowadziło, przeto w zamiarze odprowadzenia macicy uchwycono część pochwową kulociągiem, a po ściągnięciu jej próbowano guz wysunąć jeszcze wyżej, względnie sprowadzić macicę ku przodowi, co się jednak nie udało. Balony stosowano codziennie po 3 godziny przez 2 tygodnie. W ciągu tego czasu ciepłota ciała stopniowo opadała, tętno wolniało, przypadłości, na jakie się chora żaliła, ustępowały tak, że po 2 tygodniach ciepłota ciała była prawidłową, tętno dochodziło do 76 uderzeń, chora oddawała mocz zupełnie dobrze, 4—5 razy na dobę, stolce dobrowolne, bez bólów. W czasie tym obraz choroby zmienił się nadto bardzo znacznie, a mianowicie: Zasinienie pochwy i sromu, przedtem bardzo wyraźne, prawie zupełnie ustąpiło, jak również i obrzęk tylnej ściany po-

chwy; nadto guz, wypełniający przedtem całą miednicę małą, zmalał o połowę, a zbitość jego z elastycznej stała się więcej twardą. Guz w całości daje się obecnie swobodnie wysunąć ponad wchód miednicy, przyczem część pochwowa schodzi nizko i ustawia się prawie w osi miednicy. Wspomniane wyżej postronki, wypadalne jeszcze przez tylne sklepienie, napinają się dopiero przy silnem wysunięciu guza ku górze. Na podstawie tego badania zmieniono pierwotne rozpoznanie na następujące: *Guz wychodzący z ciała macicy, uwięzniety w miednicy małej z dalszymi następstwami.*

Opisany wyżej przypadek jest ciekawy z tego względu, że objawy, z jakimi pacyentka do kliniki się zgłosiła, zgodnie z badaniem przedmiotowem uzasadniały w zupełności pierwotne rozpoznanie, t. j. uwięznięcie macicy ciężarnej. Dalsze spostrzeganie pozwoliło omyłkę rozpoznawczą naprawić, co znów zawdzięczyć należy zastosowaniu wyżej podanego leczenia. Ucisk stały, stosowany zapomocą balonów, coraz silniej wypełnianych wodą, okazał się skuteczniejszym, aniżeli chwilowy, nawet dość energiczny, wywierany ręcznie. W miarę wysuwania guza ku górze ustępował stopniowo i obrzęk tylnej ściany pochwy, jakoteż i guza, który to obrzęk dawał uczucie zbitości guza ciastowatej, a nawet elastycznej i był jednym z powodów mylnego rozpoznania. Kiedy guz już zupełnie ku górze się wysunął, a obrzęk guza ustąpił, wówczas dopiero można było postawić należyte rozpoznanie. Sądzę, że nie minę się z prawdą, jeśli ośmielę się twierdzić, że każdy położnik w tym przypadku, badając chorą w chwili przyjęcia jej do kliniki, rozpoznałby był tak samo uwięznięcie macicy ciężarnej tyłozgiętej, a niejeden może, wobec niemożności ręcznego odprowadzenia a wybitnych objawów uwięznięcia, byłby skłonny (i nie bez racyi) do zabiegów doszczętniejszych.

Po zbadaniu przedstawionej chorej wśród ożywionych rozpraw, kol. Dr. Sołowij oświadcza się za rozpoznaniem włókniaka macicy; kol. Dr. Skałkowski przypuszcza w tym przypadku przewlekłe zapalenie macicy i radzi próbować odpowiedniego postępowania leczniczego; kol. prof. Dr. Mars uważa ten guz za włókniakomięsaka i radzi operować; kol. Dr. Kośmiński zwraca uwagę, iż przypadek ten zasługuje na uwagę z tego powodu, że w chwili przyjęcia do kliniki był niezmiernie trudny do rozpoznania. Wobec istnienia w tym przypadku bardzo wyraźnych objawów, jakie zwykle spotykamy w początkach ciąży, należało w pierwszym rzędzie przypuszczać możliwość ciąży. Przypadek ten niech będzie nauką, jak ostrożnym należy być przy rozpoznawaniu różniczkowem guzów, zaklinowanych w miednicy małej.

V. Kol. Dr. Czaplicki: *Przypadek ciąży prawdopodobnie śródściennej i poród drogą naturalną.* K. Z., lat 21, pierwiastka, zgłosiła się do kliniki 8 lutego 1894 r., przysłana z polikliniki, gdzie przed tygodniem zasięgała porady lekarskiej. Badanie wykazało: brzuch znacznie wysklepiony przez guz, odpowiadający własnościami powiększonej macicy, sięgającej do wyrostka mieczykowatego. W wysokości pępka znaczne przewężenie macicy tak, że miała ona kształt klepsydrowaty. Nad wchodem miednicy główka płodu ruchoma; w dnie pośladki; grzbiet płodu i tony po stronie lewej. Wymiary miednicy: *D. sp.* $24^1/_2$; *D. cz.* 28; *D. tr.* $30^1/_2$; *conjug. ext.* $20^1/_2$; obwód 92 ctm. Badanie wewnętrzne: Srom pierwiastki, pochwa długa, wązka, część pochwowa dług. $^3/_4$ falangi, rozpulchniona, z ujściem drobnem, dołeczkowatem; przez sklepienie przednie główka wyczuwalna, położona nad wchodem miednicy, ruchoma. Następnego dnia wystąpiły bole porodowe. Podczas badania o godz. 9 rano stan był następujący: część pochwowa zanikła, ujście drożne dla palca, pęcherz płodowy gruby, nad którym znajduje się dość znaczna ilość wód poprzedzających. Przez sklepienie przodkowe czuć główkę nad wchodem ruchomą, od strony lewej niewyraźny obrzęk ciastowaty w sklepieniu lewem i tylnem, który uważano za nizko umiejscowione łożysko. Rozpoznano: *parturiens, probabiliter accretio profunda placentae,* a nieustalenie główki u pierwiastki odniesiono właśnie do nizkiego domniemanego usadowienia łożyska.

Tegoż dnia o godz. $2^1/_2$ po południu pękł pęcherz przy ujściu rozwartem na koronę, poczem zaraz ustaliła się główka, a w $10^1/_2$ godzin, t. j. o godz. 1 w nocy, urodził się prawidłowy żywy płód męzki, donoszony. Macica przedstawiała po porodzie kształt nieprawidłowy, mianowicie cały róg lewy był znacznie wyciągnięty na bok i ku górze, podczas gdy prawy nieznacznie tylko był zaznaczony. Stan ten był wybadalny jeszcze przez kilka dni po porodzie. Kształt ten macicy po porodzie i stosunki przed porodem wytłómaczyliśmy sobie dopiero, słysząc opowiadanie, że w tym przypadku w poliklinice rozpoznano przed tygodniem ciążę zamaciczną. Łącząc fakty, przyszliśmy do przekonania, że mamy do czynienia z ciążą w lewym śródściennym odcinku trąbki. W ostatnich dniach przed przybyciem rodzącej do kliniki, wskutek silniejszych ściągań macicy, główka zstąpiła do dolnej części jamy macicy, ciążą niezajętej, która leżała poniżej przewężenia, na zewnątrz wybadanego, a położonego w okolicy pępka. Tem też należy sobie tłómaczyć nieustalanie się główki prawidłowych rozmiarów u pierwiastki o prawidłowej miednicy, łożysko bowiem wbrew przypuszczeniu znajdowało się w dnie macicy po stronie prawej.

Opowiadanie wyników badania, przed tygodniem przez kol. Dra Skałkowskiego w poliklinice dokonanego, potwierdza nasze przypuszczenia tak, jak stan obecny i nasze spostrzeganie potwierdzają słuszność rozpoznania ciąży zamacicznej, postawionego przez kol. Dra Skałkowskiego. Odnośnie do tego przypadku przedstawił następnie kol. Dr. Skałkowski stan, jaki znalazł przedtem, badając osobę tę w poliklinice. Zaznacza, że pewnego rozpoznania na razie postawić nie można było, należało w każdym razie myśleć o ciąży zamacicznej, względnie o ciąży śródmiąższowej, lub też przypuszczać ciążę, rozwijającą się w macicy jednorożnej.

W dalszych rozprawach przemawiali kol. prof. Dr. Mars, kol. Dr. Zawadil, kol. Dr. Kośmiński, kol. Dr. Kwiatkiewicz i kol. Dr. Czaplicki.

VI. Kol Dr. Czyżewicz *junior* przedstawia chorą z ograniczoną formą przerostu naskórka części pochwowej. Pacyentka przechodziła przed 4 laty zapalenie macicy i cierpi od ostatniego porodu, t. j. od 3 lat, na wypadanie macicy niecałkowite. Zmiany miejscowe przedstawiają się jako znaczny przerost przyskórka części pochwowej, najsilniejszy wkoło ujścia, gdzie powstały typowe kłykciny brodawkowe, które nawet zachodzą do szyi. Przerost ten rozchodzi się promienisto na wszystkie strony, przyczem natężenie sprawy stopniowo maleje. Właśnie to nieczęste umiejscowienie czyni ten przypadek zajmującym. Zazwyczaj bowiem przy wypadaniu pochwy i macicy jednostajnemu przerostowi ulega część wypadła, proces jednak ogranicza się na te części — podczas gdy w przedstawionym przypadku zmiana ominęła zupełnie wypadającą pochwę, a usadowiła się li tylko na części pochwowej. Dlatego też należy sprawę — zdaniem prelegenta — odnieść wstecz do czasu, w którym chora przebywała zapalenie macicy. Naskórek, drażniony wydzieliną, wydobywającą się z szyi macicy, ulegał przerostowi i to tem bardziej, im bliżej znajdował się źródła choroby, t. j. ujścia macicy.

VII. Kol. Dr. Kośmiński: *Przypadek przemijającego wodonercza (hydronephrosis intermittens) u osoby ciężarnej.* H. M. lat 30, kat., zamężna od lat 6. Rodziła 4 razy, ostatni raz przed $1^1/_2$ rokiem. Regularność zawsze była prawidłowa, ostatnia z początkiem lipca 1903 r. Obecnie jest w ciąży po raz piąty i od kilku miesięcy doznaje silnych bolów i prężenia w okolicy podżebrza lewego. Podobne bole w podżebrzu lewem miały występować, według podania chorej, już w czasie poprzedniej, to jest czwartej ciąży, jednak w znacznie mniejszem, niż obecnie nasileniu. Badanie stwierdza u osoby ciężarnej w $9^1/_2$ miesiącu księżycowym guz wielkości dużej głowy osoby dorosłej, wychodzący z głębi podżebrza lewego, okazujący wybitne chełbotanie, o powierzchni gładkiej W czasie trzechmiesięcznego pobytu w klinice położniczej przekonano się kilkakrotnie, że guz ten od czasu do czasu znacznie się powiększa, jak n. p. obecnie, przyczem chora doznaje bardzo silnych bolów, a nawet zauważono w tym czasie podwyższenie ciepłoty, dochodzące do 37·6°C. i przyspieszenie tętna do 120. W czasie takiego napadu ilość moczu wydzielanego w ciągu doby wyraźnie się zmniejszała przez kilka dni i dochodziła zaledwie do 1000 ctm. sz., poczem następowało obfitsze wydzielanie moczu do 2500 ctm. sz. na dobę, a równocześnie guz powyżej opisany zmniejszał się i to czasem tak dalece, że tylko z trudnością wybadać go było można. Badanie, w tym czasie przedsięwzięte, wykazało w głębi okolicy podżebrza lewego guz nieco elastyczny, podłużny, wielkości małej główki noworodka, odpowiadający umiejscowieniem powiększonej nerce lewej. Badanie moczu wykazywało, zwłaszcza zaraz po napadzie, ślad białka w ilości 0·013%, a w osadzie liczne, częścią zwyrodniałe nabłonki dróg moczowych i ciałka wypocinowe. Rozpoznanie przemijającego czasowego wodonercza jest w tym przypadku zatem najprawdopodobniejsze. Co do przyczyny jednak, która sprowadza tę czasową niedrożność lewego moczowodu, rozpoznać jej na pewne obecnie nie można. Kilka bowiem przyczyn musimy w tym przypadku mieć na

względzie, a mianowicie przedewszystkiem zagięcie moczowodu, dalej nieprawidłowy przebieg moczowodu i ucisk przez powiększoną macicę, znaczniejszych rozmiarów nieprawidłowe fałdy błony śluzowej moczowodu, a wreszcie blizny lub zgrubienia po sprawach zapalnych w najbliższem otoczeniu moczowodu. Jak dotychczas niema ścisłego wskazania do wystąpienia czynnego w tym przypadku i dlatego postanowiono doczekać przedewszystkiem końca ciąży. W czasie porodu powinna jednak chora znajdować się pod ścisłą obserwacyą i gdyby poród się przeciągał, działanie tłoczni było zbyt energiczne, a równocześnie wodonercze to było w tym czasie znaczniejszych rozmiarów, to z obawy, aby ściany wodonercza nie pękły pod działaniem wzmożonego parcia śródbrzusznego, należałoby w danym razie przystąpić do szybkiego ukończenia porodu.

Następuje przedstawienie chorej, a po zbadaniu jej zabierają głos w rozprawach: kol. Dr. Sołowij, kol. Dr. Skałkowski, kol. Dr. Bylicki i kol. Dr. Kośmiński.

Sekcya nowosądecka Tow. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 4 lipca 1904 r.

Przewodniczący Dr. J. Filewicz, obecnych członków 8.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Kol. Dr. E. Zieliński przedstawia 3 chorych szpitalnych.

a) Chorego, u którego po urazie w okolicę międzykrocza wystąpiło z czasem tak znaczne zwężenie cewki moczowej, że powstały objawy bezmoczu. Wykonano *sectio alta* i założono gumowy zbiornik na mocz. Przed tem próbowano wykonać *sectio mediana*, lecz ta nie doprowadziła do celu.

b) Chłopaka 7-letniego, u którego po urazie w podudzie prawe pękła kość goleniowa w kierunku poprzecznym i podłużnym. Po wypadku chory jeszcze chodził. Ropienie, które się przyłączyło pomimo braku uszkodzeń zewnętrznych skóry, wywołało obumarcie nadłamanych części i trzeba je było usunąć zapomocą sekwestrotomii.

c) Przypadek wodnistości krwi (*hydraemia*) na tle zakażenia zimniczego.

W rozprawach zabierali głos wszyscy obecni.

III. Omawiano sprawę ubezpieczenia lekarzy w lekarskiej Kasie chorych. Następnie uchwalono: a) wezwać wszystkich kolegów okręgu nowosądeckiego, aby na receptach umieszczali znaczki, wydane nakładem Tow. Samop. lek., a które nabyć można od kol. Kaz. Flisa z Krakowa. b) Odezwę Tow. Samop. lek. co do sposobu pobierania honoraryów lekarskich uchwalono umieszczać na widocznem miejscu w poczekalniach lekarskich. Wreszcie c) uchwalono poczynić kroki przeciw zbyt wysokiemu, z roku na rok wzrastającemu opodatkowaniu lekarzy w okręgu nowosądeckim. *Dr. Edward Zieliński*, sekretarz.

* * *

VII. Krynica, jej rozwój i jej obecne potrzeby.

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

(Ciąg dalszy).

III. Kąpiele wogóle

Brak kąpieli w Krynicy, to najcięższa jej choroba i to wzmagająca się coraz więcej tak, że możnaby obecnie nazwać to agonią, albowiem od czasu (przed 25 laty), gdy frekwencya osób wynosiła 2374, do dzisiaj, gdy frekwencya wynosi 6647 osób, pomnożono ilość wanien o 7, i to tylko jedną dobrą, a 6 złych, bo sposób ogrzewania okazał się niedobrym. Przed budową łazienek mineralnych w r. 1867 obliczono potrzebę wanien z ilości osób z pięciolecia, która wynosiła średnio rocznie 1139 osób i przyjęto 14 osób na jedną wannę. Gdy jednak łazienki wybudowano, już w pierwszym roku przypadała jedna wanna na 19 osób, a gdy ta ilość osób wzmogła się do 21, wybudowano w roku 1880 łazienki borowinowe. Ale przez to nie obniżyła się ta ilość osób na wannę, lecz wzrosła na 35 osób. I ciągle wzrasta to obciążenie wanny tak, że w roku 1894 wypada 43 osoby, a obecnie, t. j. w roku 1903, doszło do niemożliwej liczby 58 osób na jedną wannę. Na 58 przybyłych do Krynicy jest zaledwie mała cząstka, najwyżej $1/5$ nie leczących się; zostaje więc 46 osób, które mają przeprowadzić całe leczenie kąpielowe w jednej wannie.

Należy się jeszcze rozpatrzeć, wiele kąpieli wydać musi jedna wanna przez sezon. Gdy w pięcioleciu 1875 do 1879 roku wydawała wanna 357 kąpieli na sezon, poleciła dyrekcya dóbr państwowych wybudować łazienki borowinowe, ale już w roku 1889 jedna wanna wydawać musiała 437 kąpieli na sezon, a pod zarządem Namiestnictwa w roku 1894 wanna wydawać musiała 515 kąpieli; odtąd przez 10 lat następuje ciągły wzrost, tak, że w roku 1903 jedna wanna wydawać musiała aż 750 kąpieli na sezon.

Jeszcze jedno obliczenie. Pokojów dla gości jest w Krynicy 1500, a wanien dla leczących się jest 113, czyli na jedną wannę przypada 14 pokoi. Czyż więc należy budować pokoje, czy łazienki?

Doprawdy dziwnem jest, że prócz Juliusza Sieglera de Eberswald nikt poważnie o Krynicy, jako wielkiem przedsiębiorstwie, nie myślał. On rozumiał interes, robił wielkie wkłady i za jego czasów uderzająco zwiększała się frekwencya Krynicy. Z jego ustąpieniem nastaje coraz większy zastój, następuje coraz większe zapoznanie interesu, który właśnie wtedy należało całą siłą forsować, aby poprzednie wielkie wkłady, nierentowne lub mało rentowne, jakoto dom zdrojowy, wodociągi, drogi i t. p. wyrównać w dochodach wkładami, dającymi największą rentę. Dlatego wydzielono Krynicę z pod zarządu dóbr państwowych, a oddano Namiestnictwu, gdyż tu spodziewano się znaleźć więcej sił fachowych, którеby mogły skuteczniej działać i zdrojowisko rozwijać. Tymczasem Krynica nie znalazła tam nikogo, ktoby istotnie zrozumiał położenie, ktoby gruntownie znał jej sprawy i miał jasne pojęcie, jak się prowadzi wielkie przedsiębiorstwa, ktoby je prowadził z pewną myślą, ideą społeczną i z zamiłowaniem. Na dowód, że się tam załatwiało tylko „kawałki“ urzędowe, godzi się tutaj wspomnieć o działalności i stanowisku departamentu technicznego w Namiestnictwie wobec Krynicy.

Zaraz w pierwszym roku najgwałtowniejszą sprawą było odbudowanie zupełnie zepsutego mostu na drodze powiatowej, która się stała własnością obszaru dworskiego w zamian za drogę górną. Wtedy usilnie się starałem, aby ten most i małą część drogi odsunąć o kilka metrów od łazienek, a przez to je odsłonić, oraz aby tu postawiono most żelazny lub betonowy. Most betonowy najwięcej nadaje się dla Krynicy, bo jest trwały, tani i piękny. Stanął most drewniany na dawnem miejscu pomimo, że zakładano całkiem nowe, a gruntowne przyczółki. Ale cóż się okazało? Inżynier w jesieni wezwany do kolaudacyi znalazł, że przedsiębiorca wykonał wszystkie roboty dokładnie i ściśle według planów, jednak tego mostu nie można było przyjąć, gdyż jego wytrzymałość była o 25% niższą, niż być powinna. Trzeba więc było ten most łatać, aby uzyskać przepisaną wytrzymałość i wydać zapewne więcej pieniędzy, niżby potrzeba było na most trwały, a piękny.

Buduje się dwa domy „Korona“ i „Berło“ jako domy

wzorowe, aby stanąć w zawody z przedsiębiorcami budowlanymi w Krynicy, zmusić ich do obniżenia ceny mieszkań i pouczyć ich, jak mają być budowane mieszkania dla chorych. Smutnoby bardzo Krynica wyglądała, gdyby w czemkolwiek w budowie naśladowano te domy, osobliwie co do wielkości i wysokości pokojów. szerokości korytarzy, nie mówiąc o balkonach. Jeżeli nie mogliśmy się tu pouczyć o pierwszych zasadach higieny co do ilości powietrza na osobę w mieszkaniu dla chorych, to za to można było się nauczyć, jak budować domy, aby grzyb nawet dach zjadał. Z tym grzybem obywatele kryniccy wychodzą jeszcze obronną ręką, chociaż budują domy z drzewa, jako istotnie higieniczne, a rząd stawia je murowane i z grzybem ciągle toczy walkę. Dom zdrojowy grzyb tak doskonale zjadał, że całe podłogi były zniszczone, a festony grzyba wisiały na werendach. Zarządca A. Mravincsics usilnie pilnował inżyniera Wójcickiego, aby jak najszybciej wykonał plany i kosztorysy. Wysłano je z Krynicy do Namiestnictwa w marcu, aby je zaraz zatwierdzono i aby można rozpocząć roboty we wrześniu i ukończyć na następny sezon. Tymczasem pomimo ciągłych nalegań departament techniczny przez cały rok nic nie odpowiadał. Dzielny administrator nie uląkł się odpowiedzialności i nie mając zatwierdzenia planów, nie mając kredytu, zabrał się energicznie do roboty i wykończył wszystko przed sezonem, t. j. przed 15 maja, a plany zatwierdzone, ale kosztorys okrojony. przysłano mu z Namiestnictwa dopiero przy końcu czerwca.

Szczytem błogich dla Krynicy rządów departamentu technicznego były plany łazienek borowinowych, które oglądaliśmy, i historya tych planów, którą słyszeliśmy w czasie pobytu Eks. Namiestnika w Krynicy 12 maja 1904. Cały szereg lat opracowywano te plany, coraz to na innem miejscu z taką gruntowną znajomością rzeczy i potrzeb Krynicy, że w końcu na dużym placu poza teatrem, w miejscu dowolnem, a zupełnie nieodpowiedniem, literalnie przekopiowano plan starych łazienek borowinowych, które mogą służyć za doskonały wzór, jak łazienek borowinowych budować nie należy.

W „Kuryerze warszawskim“ z dnia 4 sierpnia 1904 roku, w korespondencyi z Krynicy, pisanej w tonie bardzo spokojnym, znajdujemy krótki, ale zwięzły ustęp. „Brak wszelki planu inwestycyi na przyszłość, zupełne nieliczenie się z rosnącą frekwencyą, tolerowanie np. takiego stanu, że połowa pacyentów nie prowadzi kuracyi dla braku kąpieli, albo oczekiwać musi po 10 dni, zanim znajdzie wolny bilet. Zakład hydropatyczny rządowy wali się ze starości, wodociągi niewystarczające, kanalizacyi zupełny brak — oto obraz działalności właściciela Krynicy, posiadającego środki, ale nie mającego ani krzty dobrej chęci do podniesienia jej“. Patrząc blisko 30 lat na rozwój Krynicy, godzę się ze wszystkimi zarzutami, oprócz ostatniego. Przyczyny obecnego upadku Krynicy upatruję nie w braku dobrej chęci właściciela, t. j. rządu, ale w tem, że kierownicy zdrojowiska nie znają całej sprawy, nie wtajemniczyli się w nią głębszemi studyami, nie umieją patrzeć na interes, a tem samem nie potrafią go prowadzić. Niema jednostki, któraby trzymając ster całego tego przedsiębiorstwa, znala je gruntownie i wszechstronnie i mogła samodzielnie działać. Jak wielką jest tutaj nieznajomość interesu, na dowód niechaj posłuży fakt, do ogłoszenia którego upoważniła mię osobistość z wysokiem stanowiskiem w ministerstwie. Ministerstwo rolnictwa wysłało do Namiestnictwa zapytanie: 'w jakiby sposób można podnieść rentowność Krynicy? Na to pytanie Namiestnictwo dało zdumiewającą odpowiedź, iż przez podwyższenie taksy kuracyjnej.

Gdyby Namiestnictwo, obejmując Krynicę w 1894 r., było gruntownie obznajomione z całem przedsiębiorstwem zdrojowo-kąpielowem, to otrzymawszy z funduszu propinacyjnego trzy czy pięćkroć sto tysięcy złr. na inwestycye, powinno było zaraz rozpocząć swe prace z planem z góry określonym, a gruntownie opracowanym. Przedewszystkiem powinno było sobie zastrzedz, że z tego funduszu nie będzie pokrywało przez długi szereg lat zaniedbywanej konserwacyi, lecz wydatki na te cele będzie pokrywało z dochodów, które muszą uledz o tyle uszczupleniu, o ile je dawniej nadmiernie wyczerpywano ze szkodą majątku. Po tem zastrzeżeniu w planie gospodarczym na pierwszem miejscu powinna była stać budowa łazienek. W pierwszym roku, t. j. 1894 potrzeba było wybudować 74 kabiny, które licząc każdą po 3000 złr., kosztowałyby 220 000 złr. Poczem w roku 1901 należało znowu wybudować 50 kabin za 150.000 złr., czyli razem zwiększyć majątek o 372.000 złr. W tych warunkach zwiększyłaby się nieco frekwencya według obliczenia poprzednich 30 lat, ale znaczniеby się zwiększyła ilość wydanych kąpieli, jak to było wtedy, gdy była dostateczna ilość wanien, mianowicie 18 kąpieli, zamiast 12 7, na średnią osobę frekwencyi. Że zaś to są kąpiele mineralne i borowinowe, przeto przyjmuję czysty zysk z kąpieli na 60 ct. Zestawiam tutaj

10 lat rządów Namiestnictwa w Krynicy

rok	jakie były			a jakie być powinny						
	osób	kąpieli	wanien	wanien	zwiększenie kąpieli o	zysk czysty z kąpieli	osób	kapitał na wanny	4% od kapitału	zysk nad 4%
1894	4623	54593	106	180	—	—	4623	222.000	—	—
1895	5099	62464	—	—	26240	15744	4928	—	8.880	6.864
1896	4577	53400	—	—	41154	24692	5253	—	8.880	15.812
1897	4945	55073	—	—	45691	27414	5598	—	8.880	18.534
1898	4732	54548	—	—	52858	31743	5964	—	8.880	22.863
1899	5026	69908	113	—	44572	27029	6360	—	8.880	18.149
1900	5882	73807	—	—	48215	28928	6779	—	8.880	20.048
1901	6268	77809	—	230	52259	31354	7226	372.000	8.880	22.474
1902	6343	79809	—	—	58827	35295	7702	—	14.880	20.415
1903	6647	84791	—	—	62989	37692	8210	—	14.880	22.912
									91.920	168.071

Ponieważ już w roku 1894 jedna wanna wydawała 515 kąpieli na sezon zamiast 300, a w roku 1903 wydawała 750, czyli dla 58 osób, przybyłych do Krynicy, na całe leczenie kąpielowe była przeznaczona tylko jedna wanna zamiast 3; przeto musiało się wydać znacznie mniej kąpieli, niż gdyby było tyle wanien, ile było potrzeba. Otóż jeżeliby zaraz pomyślano o kąpielach i włożono w budowę łazienek 222.000 złr., a po 7 latach znowu wybudowano nowe łazienki za 150.000 zlr., to w tych 9 latach przyniosłaby ta inwestycya nietylko 4% od kapitału rocznie w kwocie 91.920 złr., ale nadto dałaby w tych 9 latach 168.000 zwyżki. Przyjrzawszy się zyskowi ponad 4% w poszczególnych latach, stwierdzamy, że wynosił on przeszło dwa razy tyle, co odsetki, zatem razem ta inwestycya dawała ponad 12%; przeto wobec tak wysokiego odsetka można było wykonać inwestycye, nie dające bezpośrednio żadnej renty, lub rentę bardzo nizką, jak kanalizacya, chodnik kryty, regulacya rzeki itp. Tymczasem przez całe 10 lat rządów Namiestnictwa zamiast całą siłą budować łazienki, jako najpotrzebniejsze i najrentowniejsze, zamiast dać 134 wanien za 372.000 złr., dopiero po 6 latach wysilono się na 7 wanien za 16.000 zlr., a nadmienić jeszcze trzeba, że tylko jedna z tych wanien jest dobra, a 6 złych, bo woda jest bez gazu kwasu węglowego skutkiem złego sposobu ogrzewania. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

* Otrzymaliśmy N. N. 2 i 3 czasopisma *„Bulletin officiel“*, organu międzynarodowego XV-go Kongresu lekarskiego w Lizbonie (19—26 kwietnia 1906 r.). Zawierają one najważniejsze uchwały Komitetu gospodarczego, sprawy bieżące, skład osobowy komitetów państwowych i narodowych; przytoczenie tytułów referatów i imiona znanych do tej pory referentów, organizacyę sekcyi i t. d. W skład Komitetu polskiego, pomieszczonego w dziale państwowym austryackim, pod napisem „Pologne“, wchodzą: prof. B. Wicherkiewicz (prezes), doc. K. W. Majewski (sekretarz), dr. W. Słapa (skarbnik) — wszyscy z Krakowa. Wbrew praktykom Kongresu madryckiego Komitet gospodarczy w Lizbonie udzieli legitymacyi członka Kongresu wyłącznie tylko lekarzom. Również, opierając się na doświadczeniu, nabytem na Kongresach poprzednich, zamierza Komitet zmniejszyć liczbę sekcyi. Nowością, a jak Komitet sądzi — ozdobą Kongresu będzie Wystawa kolonialna. Komitet rozesłał kwestyonaryusze, dotyczące dwóch ważnych spraw, mianowicie rumienia lombardzkiego (pellagra) i rozszerzenie się moskitów zimniczych.

* We Lwowie opuścił prasę podręcznik Dr. Legeżyńskiego pod tytułem: »Co to jest desynfekcya i jak się ją wykonuje?« Są to popularne wykłady dla służby, trudniącej się desinfekcyą, nad której zawodowem wyćwiczeniem pracuje Dr. Legeżyński słowem i piórem. Autor na wstępie daje ogólne pojęcie o istocie chorób zakaźnych i ich szerzeniu się; następnie w dziale drugim mówi o desinfekcyi w ogólności, przyczem poucza o desinfekcyi za pomocą gorąca i za pomocą środków chemicznych. Dział trzeci i ostatni poświęcony desinfekcyi szczegółowej, mianowicie o desinfekcyi podczas choroby zakaźnej i o desinfekcyi po chorobie zakaźnej.

Wykład Dr. Legeżyńskiego jasny, przystępny, spopularyzowany w miarę potrzeby; czyni zadość najistotniejszej potrzebie sanitarnych usiłowań naszych gmin. Desinfekcya atoli jest niezbędną tam wszędzie, gdzie może być zakaźna choroba, a zatem w każdej rodzinie i w każdym zakładzie: z tego powodu podręcznik, o którym, mowa ma powszechne zastosowanie w społeczeństwie, powinien się znaleźć w każdym domu i tą miarą należy oceniać zasługę autora, któremu za jego pożyteczną pracę należy się wdzięczność i jak najszczersze uznanie.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 8 września.

* Minister oświaty zamianował na rok szkolny 1904/5 następujących członków Komisyi egzaminacyjnej dla ścisłych egzaminów lekarskich: w Krakowie: Komisarzem rządowym starszego lekarza powiatowego Dr. G. Bielańskiego, jego zastępcą prof. St. Ponikłę. Koegzaminatorami przy II-gim egzaminie ścisłym: prof. Jaworskiego, prof. Pareńskiego i lekarza naczelnego miejscowej dyrekcyi kolei państwowej — Dra I. Zolla. Przy egzaminie III-cim: prof. Pieniążka, prof. Reissa i doc. Rutkowskiego.

We Lwowie: Komisarzem rządowym — radcę Dworu Dr. I. Merunowicza, jego zastępcą Dr. Barzyckiego; koegzaminatorami przy II-gim egzaminie ścisłym: prof. Bądzyńskiego, prof. Raczyńskiego, doc. Wiczkowskiego; przy III-cim: prof. Łukasiewicza, prof. Wehra, prof. Ziembickiego i prof. Schramma.

* Tegoroczny VI-ty międzynarodowy Kongres fizyologów w Brukseli zgromadził 260 uczestników. Wykładów i demonstracyi zgłoszono przeszło 160. Z Polaków wzięli udział w Kongresie: Rektor Cybulski z Krakowa, Mendelsohn z Paryża, Beck ze Lwowa i panie: Joteykówna, Stefanowska i Grużewska. Odczyty odbywały się w trzech salach instytutu Solvaya, dwa razy dziennie.

* Sanatoryum w Zakopanem »Bratnia Pomoc« potrzebuje lekarza. Stanowisko to jest najodpowiedniejsze dla kolegi, potrzebującego pobytu w Zakopanem dla siebie. Zarząd ofiaruje całkowite utrzymanie i skromne wynagrodzenie pieniężne. Szczegółowych warunków udzieli kierownik Sanatoryum, Dr. Józef Zychoń, w Zakopanem.

* Stan zdrowia Dra Szczeniowskiego, naczelnego lekarza ambulansu polskiego w Mandżuryi, zmusił go do powrotu do Warszawy. Stanowisko to zajął Dr. Kazimierz Orzeł, operator z Warszawy.

* Stopień doktorów medycyny w paryskim wydziale lekarskim otrzymali: Władysław Kania i Henryk Loewenhardt. Ten ostatni jest synem ś. p. Henryki Pustowójtówny, głośnej przed 40 laty z męztwa i poświęcenia, która na obczyźnie poślubiła Dra Loewenhardta. polaka i wychodźcę.

* Dr. T. Heiman (Warszawa, Sienna 2 B), objąwszy sprawozdania z otyatryi, rino- i faryngologii w »Centralblatt f. Ohrenheilkunde«, uprasza autorów polskich prac z tego zakresu o nadsyłanie odbitek jaknajrychlej po wydrukowaniu.

* W azyatyckich posiadłościach Rosyi, w szczególności w Merwi, wybuchła cholera, urzędownie stwierdzona i podana do powszechnej wiadomości.

* Liczba lekarzy w Niemczech, jakby na przekorę potęgującej się biedzie, wzrasta niepomiernie: w r. 1876 było ich 13.728, w 1902 zaś — 29,133. Nadmiar lekarzy uczuwać się daje nie tylko po miastach, ale także i po wsiach. Na opłakany byt wielkiej części lekarzy niemieckich wpływa bardzo szerzenie się partactwa, jakiego niema w żadnem innem państwie. W miarę tego, jak lekarze organizują się w celu zapobieżenia wszelkiego rodzaju wyzyskowi, społeczeństwo niemieckie usuwa się od uprawnionego zawodu lekarskiego i oddaje się w opiekę partaczy wszelkich odcieni.

* Rada lekarska w Petersburgu uznała, że niema prawnej podstawy, by wzbraniać lekarzom pisania recept nie po łacinie, lecz w jakimkolwiek innym języku; jednakże aptekarze nie są obowiązani na takie recepty wydawać lekarstw.

* Opieka nad ociemniałymi pozostawia w Austryi wiele do życzenia. Emil Wagner, dyrektor zakładu ciemnych Klara oblicza, że w całej Austryi jest 88·7% ciemnych bez opieki; najmniej w Austryi niższej (57·84%), najwięcej (jak zwykle) w Galicyi (97·1%, to jest 4716, wobec 2·9%, czyli 140 otoczonych opieką) i na Bukowinie, gdzie jest 449 ciemnych, a niema wcale zakładu. Ciekawem jest spostrzeżenie Wagnera, że ze znajdujących się w zakładach w r. 1890 było ociemniałych wskutek śluzoropotoku noworodków 23·7%, a w r. 1900, pomimo rozpowszechnienia się zabiegu Credégo, było ich 25·5%. Wagner oblicza wreszcie, że z obecnie ociemniałych możnaby było 44% uchronić od tego strasznego kalectwa, a więc niemal połowę!

* Liczba słuchaczek medycyny w Szwajcaryi przewyższyła w r. b. liczbę słuchaczy. Pierwszych bowiem było 891, drugich zaś tylko 763. Ta przewaga zależy od napływu cudzoziemek głównie z Rosyi.

* W roku bieżącym mija sto lat od odkrycia morfiny przez aptekarza Sertünera.

* Na terenie wojny rosyjsko japońskiej wzrasta potrzeba lekarzy. Rosyjskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża w Petersburgu werbuje ochotników nawet między słuchaczami ostatnich 3 lat medycyny. Lekarze-ochotnicy otrzymują 500 rubli na wyprawę, 350 rubli miesięcznie i 3 ruble dyety dziennie. W Charbinie, gdzie przebywa bardzo wielu lekarzy, zawiązano nawet „Czasowe Towarzystwo lekarzy na Wschodzie“ przy udziale 96 członków.

* W Monachium dopiero teraz mają rozpocząć się próby z jednorazową nauką w szkołach średnich, oddawna zaprowadzoną w Galicyi. Przecie raz wyprzedziliśmy naszych zachodnich sąsiadów w ważnej reformie higienicznej!

* Między 14 a 20 sierpnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim (2 gm.), przemyskim (1 gm.), rawskim (3 gm.), skałackim (1 gm.), turczańskim (3 gm.), zaleszczyckim (1 gm.), złoczowskim (3 gm.).

Nekrologia. Dr. Leon Patkowski, lekarz powiatu sandomirskiego, lat 42, odebrał sobie życie. Dr. Adolf Hofrichter, z Łodzi, zmarł w Berlinie w 44 r. życia. Dr. Riegel, prof. kliniki lekarskiej, w Giessen, zmarł w Ems. Dr. Bax — prof. kliniki lekarskiej w Amiens

Mianowania. Dr. Bukoyemski, mianowany został docentem położnictwa i ginekologii w Odesie. Dr. A. Meyer mian. dyrektorem zakładu bakteryologicznego w Bremie. Dr. Grünbaum mian prof. patologii w Leeds. Doc. fizyologii w Tybindze, Dr. Bürker, otrzymał tytuł profesora. Dr. Kulabko mian. profesorem zwyczajnym fizyologii w Tomsku. Doc. Szymanowski mian. prof. nadzwyczajnym okulistyki w Kijowie. Doc. Martynow mian. profesorem nadzwyczajnym chirurgicznej patologii w Charkowie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 35. Sterling: Badania nad czuciem wibracyjnem i jego znaczeniem klinicznem. Greliński: Kilka słów o leczeniu nowotworów pęcherza (dok.).

— *Medycyna* Nr. 35. Halpern: Miejscowy wpływ wzmożonej czynności mięśni na nieprawidłowe odżywianie skóry. Smoleński: O znaczeniu leczniczem związków gliceryno-fosforowych u dzieci.

— *Ginekologia* Nr. 7. Mars: Klinika położniczo-ginekologiczna lwowska, jej powstanie, rozwój i wyniki (dok.).

— *Głos lekarzy* Nr. 17: — Towarzystwo samopomocy lekarzy. Langie: Położenie materyalne lekarzy praktyków w miastach. F. Jaworski: Inkamerowanie lekarzy (wspomnienie historyczne). — Lekarz rzeczoznawca, jako świadek sądowy. Mikołajski: Taryfa lekarska. — Przeciw specyfikom. Szamed: O taksie sądowolekarskiej i o lekarzach sądowych.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 11. Zygm. Rosner: Hipoteza Dr. Garrigon. Skórczewski: Komisya zdrojowa (klimatyczna). Z. Rosner: Jeszcze kilka słów w sprawie centralnego składu.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 35. Libenský: Užiti paprskû Roentgenových ve vnitřním lékařství. Návrat: O samovraždě. Prettner: O získáni a účinnosti léčivého séra proti plicni nákaze prasat a moru vepřového. Černicky: O chorobách sdělných, léčených ve Vinohradsko-Žižkovské nemocnici.

— *La Presse médicale* Nr. 68. Azonlay: Włókienka nerwowe według metody badania i prac Ramon-y Cajala. Clément: Przyczynek do badań etyologicznych gruźlicy po wsiach.

Nr. 69. Gilbert i Lippmann: Pierwiastek fosforowo-organiczny ziarn roślinnych. Kwas anhidrooksymetylenowo-dwufosforowy i jego działanie biologiczne. Mally: Niedomoga czynnościowa stawu barkowego z punktu widzenia wypadków przy pracy.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 35. Tendelvo: Wsteczne przerzuty bakteryi komórek nowotworowych i pyłu drogą limfatyczną z klatki piersiowej do jamy brzusznej, szczególnie do gruczołów koło tętnicy głównej. Sippel: Określanie wskazań w ginekologii. Aulhorn: Doświadczenie co do znieczulania miejscowego w praktyce poliklinicznej. Rieder: Badanie radiologiczne żołądka i jelita u ludzi żyjących. Harrass: O częstości powikłań ostrego gośćca stawowego, szczególnie w zakresie serca. Burger: O użyciu wielkich dawek sporyszu w położnictwie. Pfister: Wściekliznа a uraz. Scheier: O rzadkiem uszkodzeniu jamy bębenkowej. Bardenheuer: Akademia medycyny praktycznej w Kolonii. Pollnow: Heisrath Pagel: Uwagi o pracy Rotha p. t.: »Historya medycyny a Hipokrates«.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 35. Pel: Niedomoga mięśniowa (*myasthenia*) rzekomoporaźna (choroba Erba) po wysileniu z następowym zanikiem języka. Kölpin: Osobliwy zbiór objawów po postrzale w skroń. Rey: Samowolne oddawanie moczu u dzieci. Tallquist: Zastosowanie papieru do sączkowania na usługach praktyki hematologicznej. Zabludowski: Mięsienie w celach kosmetycznych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 35. Hofbauer: Przyczynek do nauki o łożyskowem przechodzeniu białka z matki na płód. Riedl: Miesiączka przedwczesna i mięsak jajnika. Pollak: Przypadek zgorzeli szpitalnej na tle wrzodu podudzia. Stegmann: Przypadek zaniku policzka i jego leczenie kosmetyczne.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 36. Bötticher: Metoda Becka operowania spodziectwa (*hypospadiatis*). Rosenstein: Fizykalne doświadczenia w celu wyjaśnienia jednego, nieuwzględnianego do tej pory niebezpieczeństwa przy operacyi Bottiniego. Ury i Alexander: Nieprawidłowości w kale przy schorzeniu trzustki. Moritz: Przyczynek do kazuistyki plamicy Werlhofa. Brüning: Zakaźna żółtaczka z gorączką (choroba Weila) u dzieci, zarazem przyczynek do sprawy chorobotwórczości *bacillus proteus fluorescens* (dok.).

Redakcya otrzymała: Legeżyński: Co to jest desynfekcya i jak się ją wykonuje? Radziszewski: Wiedza tajemna.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 35 (od 28/VIII do 3/IX) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 31, dz. 22; nieżywo: chł. 4, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 10, kob. 10; zamiejscowych: męż. 21, kob. 16.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 13, ob. 11. 3) zapalenie płuc: miej. 4 ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miejsc. — ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 2. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —. ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 6, ob. —. 14) cholera swojska: miej. 1, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 1, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 2 ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 7, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob —. Razem miej. 37, obcych 22.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLIII. Kraków 17 Września 1904. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza w Krakowie (Prymayrusz Radca ces. Dr. A. Krokiewicz).

Eumydrina jako lek przeciwpotny.

Napisał
Dr. Bernard Engländer,
sekundaryusz oddziału.

Jednym z najbardziej przykrych objawów, tak w przebiegu gruźlicy płuc i narządów wewnętrznych, jak również w chorobach gorączkowych i zakaźnych, są niewątpliwie poty. Nauka lekarska rozporządza dość sporą liczbą środków leczniczych przeciwpotnych, jak siarkan atropiny, agarycyna, napar szałwia, sulfonal, mesotan, tannoform, telluran potasowy i t. d., lecz nie wszystkie one działają należycie pewnie i szybko, przyczem niektóre z nich wywołują częstokroć nieprzyjemne i niebezpieczne dla chorego przypady uboczne i mimo swej niezawodnej skuteczności nie znajdują szerszego zastosowania (np. formalina). To też z prawdziwemi uznaniem wita lekarz praktyczny każdy nowy przetwór, który daje rękojmię skutecznego zwalczania tak niemiłego dla chorych i wyniszczającego objawu, jakim są rozpływne poty. W ostatnich czasach przekazała nam firma „Friedrich Bayer i Spółka" do doświadczeń szpitalnych nowy lek przeciwpotny, nazwany eumydriną[1]).

Działanie lecznicze tego środka spostrzegaliśmy klinicznie przez dłuższy czas (4 miesiące) na pokaźnej liczbie chorych i w różnych cierpieniach, mianowicie w przebiegu gruźlicy płuc, róży twarzy, zapalenia kiszki ślepej, wysięku opłucnowego, przeważnie jednak w przypadkach gruźlicy płuc (przypadków 30) i t. d. Wogóle zastosowaliśmy eumydrinę w 35 przypadkach chorobowych i to w proszkach, w dawce jednorazowej po 0·001—0·0025. Podawaliśmy ją zawsze na noc w opłatku. Doświadczenia nasze przeprowadziliśmy na oddziele kobiet; chore były w wieku od lat 14 do 40 i zaliczały się przeważnie do biedniejszej klasy ludności (żony rolników, służące, szwaczki, przeważnie klasa robotnicza). Ogólna ilość eumydriny zużytej do doświadczeń wynosiła 0·91 gm. (260 proszków po 0·001 gm. i 260 proszków po 0·0025 gm.).

Zanim zestawię wyniki naszych doświadczeń nad działaniem przeciwpotnem eumydriny, pozwolę sobie przytoczyć poniżej w krótkości niektóre przypadki chorobowe, w których wyniki lecznicze były mniej korzystne.

[1]) Eumydrina stanowi proszek biały, dość łatwo w wodzie rozpuszczalny. Jest to połączenie methylatropiny z kwasem azotowym (Methylatropinum nitricum); działaniem swem na ustrój ludzki i zwierzęcy przypomina kurarę (*Curarin*; jest prawie 50 razy mniej trująca, niż siarkan atropiny.

1. *K. J.*, lat 31, żona wyrobnika, zamieszkała w Grzegórzkach pod Krakowem. Rozpoznanie kliniczne: gruźlica płuc. Dreszcze, kaszel, ból w piersiach, oblite poty. Ciepłota 38·6—37·8° C. Po zastosowaniu 1 miligrama eumydriny poty się utrzymują. Po 2 proszkach (zawartość eumydriny w każdym = 0·001) poty mniejsze. Chorej podano 12 razy eumydrinę, przyczem poty stały się znacznie mniejsze, jednak nie ustąpiły zupełnie.

2. *A. L.*, lat 35, służąca z Krakowa. Rozpoznanie: Ostra gruźlica płuc. Chora skarży się na kłucie w klatce piersiowej, kaszel, rozpływne poty. Ciepłota 38—37·6° C. Po 0·001 eumydriny poty się utrzymują w tem samem nasileniu; po 2 proszkach jednomiligramowych poty się zmniejszyły. Chorej zastosowano eumydrinę 14 razy ze skutkiem dość zadowalniającym.

3. *K. Ch.*, lat 14, służąca, zamieszkała w Targowisku. Rozpoznanie: suchoty płuc z przebiegiem ostrym. Dreszcze, kaszel silny, ból w piersiach, poty rozpływne. Ciepłota 39·4—38·1° C. Po 0·001 eumydriny raz poty się zmniejszają, drugi raz stopień ich pozostaje niezmieniony; przytem po użyciu czterech proszków wystąpił ból w dołku podsercowym i suchość w gardle.

4. *A. Z.*, lat 32, żona wyrobnika z Młoszowej. Rozpoznanie: Gruźlica płuc z przebiegiem ostrym. Poty, dreszcze. Ciepłota 38·2 do 37·5. Po 0·001 eumydriny poty mniejsze. Chora skarży się na bicie serca. Usunięto eumydrinę, a podano 2 pigułki agarycyny po 0·01, poty się jednak po niej utrzymują.

5. *J. P.*, lat 24, żona ślusarza z Wieliczki. Rozpoznanie: Suchoty płucne z ostrym przebiegiem. Kaszel, poty. Ciepłota 38·8—37·9° C. Po 0·001 eumydriny poty mniejsze. Jednak po kilkurazowem zażywaniu działanie korzystne eumydriny zmniejsza się, a nawet ustępuje tak, iż chora dalej się poci, przyczem występują puste odbijania, ból w dołku podsercowym, zwidywania. Usunięto eumydrinę, a podano 2 pigułki agarycyny po 0·01 z wynikiem jednak ujemnym. Po 1 proszku, zawierającym 0·0025 eumydriny, poty się zmniejszyły, a nawet później zupełnie ustąpiły. Chora czuje się dobrze, tętno prawidłowe (72), regularne, oddech spokojny, brak przypadków ubocznych. Chora użyła 11 proszków eumydriny po 0·001, a 3 proszki po 0·0025.

6. *R. W.*, lat 34, żona muzykanta z Krowodrzy pod Krakowem. Rozpoznanie: Gruźlica płuc i jelit. Dreszcze, poty rozpływne, kłucie w piersiach, biegunka. Ciepłota 38·7—38° C. Po 0·001 eumydriny poty mniejsze, jednak chora skarży się na rozdrażnienie i bezsenność. Biegunka nie zwiększyła się. Chora użyła 12 proszków eumydriny z wynikiem zadowalniającym.

7. *J. K.*, lat 28, żona służącego z Krakowa. Rozpoznanie: Suchoty płuc z ostrym przebiegiem. Kaszel, poty. Ciepłota 37·9—37·5. Po 0·001 eumydriny poty się utrzymują, które jednak po 0·002 eumydriny stają się mniejsze. Równocześnie chora dostaje wymiotów; z tego powodu usunięto eumydrinę, a podano pigułkę, zawierającą 0·001 atropiny ze skutkiem dodatnim.

8. *A. St.*, lat 23, służąca z Krynicy. Rozpoznanie: Gruźlica płuc z przebiegiem ostrym. Kaszel, ból w bokach, poty. Ciepłota 38·3—37·5. Nawet po zażyciu 0·0025 eumydriny rozpływne poty nie ustały.

9. *K. W.*, Rozpoznanie: Róża twarzy. Kaszel, poty silne. Ciepłota 39·6—38·7° C. Po 0·001 eumydriny i po 0·02 agarycyny poty się utrzymują; dopiero po 0·002 eumydriny nastąpiło zmniejszenie się ich.

10. *W. C.*, lat 32, wyrobnica z Bieńczyc. Rozpoznanie: Wypocina opłucnowa po stronie prawej. Duszność, poty. Ciepłota 38·2 do 37·4° C. Po 0·001 eumydriny poty mniejsze.

11. *A., C.*, z Krakowa. Rozpoznanie: Zapalenie wyrostka robaczkowego. Ciepłota 39·1—38·5° C. Po 0·002 eumydriny i po 0·02 agarycyny poty się utrzymują, znikają dopiero po 0·0025 eumydriny itd.

Streszczając wyniki przytoczonych spostrzegań przeciwpotnego działania eumydriny, musimy zaznaczyć, iż w przeważnej liczbie przypadków chorobowych już po podaniu tego przetworu w ilości 0·001 poty znacznie się zmniejszały, a w nielicznych tylko wyjątkach utrzymywały się w tem samem nasileniu. W przypadkach tych atoli, po zadaniu chorej zdwojonej dawki na noc, t. j. 2 proszki po 0·001 eumydriny, prawie zawsze uzyskano skutek dodatni. Zaznaczyć jednak należy, że działanie eumydriny nie zawsze jest jednakowe, t. j. że chore niejednakowo nań oddziaływują. Również w krótkim stosunkowo czasie zwykły chore przyzwyczajać się do tego środka (zdarzało się, że podanie jednego a nawet 2 proszków po 0·001 eumydriny nie odnosiło pożądanego skutku, gdy pierwotnie 0·001 tego przetworu wystarczało do usunięcia potów), a wtedy okazało się koniecznem zastósować dawkę silniejszą, t. j. 0·0025 eumydriny. Dawka ta w każdym przypadku, z wyjątkiem dwóch, odnosiła pożądany skutek; poty po niej albo się znacznie zmniejszały, albo też zupełnie ustępowały. Ale i wówczas po dłuższem zażywaniu tej dawki (0·0025 eumydriny) chore się do leku tego przyzwyczajały tak, iż w celu powstrzymania potów uciekano się wtedy z konieczności do podania znanych już dawniej i powszechnie używanych środków, t. j. agarycyny i atropiny. Rzadko już po jednej dawce 0·001 eumydriny poty zupełnie ustępowały i to na dłuższy czas; były to jednak przypadki wyjątkowe; eumydrina bowiem w dawce jednorazowej 0·001 zazwyczaj tylko zmniejszała poty, a nie usuwała ich.

Podnieść też należy, że działanie eumydriny nie jest jednakowe w każdym pojedynczym przypadku; częstokroć po zastosowaniu 0·001 eumydriny u jednego i tego samego osobnika nasilenie potów raz się zmniejszało, drugi raz znów nie ulegało żadnej zmianie; na ten wynik prawdopodobnie wpływa stan czczego lub pełnego żołądka.

Stosując w oddziele eumydrinę, jako środek przeciwpotny, staraliśmy się porównać jej działanie z innymi podobnie działać mającymi przetworami leczniczymi, jak agarycyna i atropina. Zauważyliśmy, że w przypadkach, w których pomimo 2 pigułek agarycyny (po 0·01) chore się jeszcze silnie pociły, zmniejszały się poty znacznie po zastosowaniu 0·001 eumydriny; to też chore same domagały się tego środka. Wprawdzie w przypadkach tych po podaniu jednej pigułki, zawierającej 0·001 atropiny, u osobników młodszych 0·0005, poty zawsze ustępowały, działaniu jednak jej towarzyszyły wówczas niemiłe uboczne przypady, jak: suchość i drapanie w gardle, przyśpieszenie akcyi serca, rozszerzenie silne źrenic, rozwolnienie, zwidywania, bezsenność itp. Eumydrinę w przeważnej liczbie przypadków chore nasze dobrze znosiły; w bardzo nielicznych tylko przypadkach po zastosowaniu tego leku skarżyły się chore na ból w dołku podsercowym, odbijania, szum w uszach, suchość w gardle (jednakże w mniejszym stopniu, niż po atropinie), bicie serca, rozdrażnienie ogólne, bezsenność, zwidywania, majaczenia, raz nawet na wymioty. Podmiotowe te sensacye po usunięciu eumydriny w krótkim czasie ustępowały. Wpływu ujemnego trwalszego na serce i oddychanie nigdy nie spostrzegaliśmy; tętno prawie zawsze było prawidłowe, pełne, liczba uderzeń najwyżej 90 na minutę. Również nie zauważono objawów zwiększonego ruchu robaczkowego w jelitach, t. j. zwiększonej liczby stolców, jako też znaczniejszego rozszerzenia źrenic. Częstokroć w razie dłuższego stosowania działanie przeciwpotne eumydriny, nawet po jej usunięciu, utrzymywało się przez kilka dni (3—4 dni), przyczem i stan ogólny chorych się podnosił, łaknienie się wzmagało; chore okazywały jakby zwiększoną energię życiową. Wydarzało się to zazwyczaj po stosowaniu eumydriny w większych dawkach (po 0·002 i 0·0025), w razie jeśli dawki mniejsze zawodziły.

Na podstawie naszego spostrzegania klinicznego może my polecić z całą sumiennością eumydrinę jako dobry lek przeciwpotny w przypadkach gruźlicy płuc i to w dawkach od 0·001 do 0·0025; eumydrina posiada wyższość nad innymi przetworami używanymi przeciw potom, zwłaszcza nad atropiną, z powodu pewnego jej działania, a braku wywoływania wszelkich bardziej groźnych, lub nieprzyjemnych przypadów ubocznych.

W końcu uważam sobie za obowiązek złożyć na tem miejscu szczerą podziękę prymaryuszowi Drowi Krokiewiczowi za zachętę do tej pracy, udzielenie odpowiednich wskazówek i odstąpienie materyału szpitalnego do doświadczeń.

II. Z oddziału prof. Dr. Rosnera w szpitalu św. Łazarza (Szkoła położnych).

Przyczynek do sprawy ciąży pozamacicznej trąbkowej.

Podał
Dr. T. Piotrowski,
asystent oddziału.

(Ciąg dalszy).

Chcąc rokować i leczyć ciążę pozamaciczną, musimy odpowiedzieć na dwa pytania; pierwsze, czy jest ciąża pozamaciczna, a drugie, w jakim jest okresie, t. j. czy grozi jej przerwanie, czy przerwanie to już się rozpoczęło, czy też dokonało. Odpowiedź na pytanie pierwsze nie jest łatwa. Z całego szeregu objawów, które stwierdzić możemy, niektóre przemawiają w ogóle przeciw ciąży, inne za zwykłą ciążą maciczną, tak, że nie często możemy zdobyć się na rozpoznanie zupełnie pewne już przy pierwszem badaniu.

Przechodząc objawy kolejno, znajdziemy przy ciąży pozamacicznej rozwijającej się i nie przerwanej, często te same, jak i przy zwykłej ciąży, zaburzenia nerwowe, zmiany w krążeniu i w przewodzie pokarmowym. Co do miesiączkowania, to najczęściej wywiady wykazują pewne nieprawidłowości: albo znika ona zupełnie tak, jak przy zwykłej ciąży, albo jest, ale w nieregularnych odstępach czasu, albo jest przez cały czas, ale skąpsza; rzadko tylko utrzymuje się zupełnie prawidłowo.

Zmiany w sutkach zazwyczaj występują już od początku ciąży takie same, jak przy zwykłej ciąży, może ich jednak zupełnie brakować, jak w naszym przypadku I. 1, 2 i 10. Powiększanie się podściółki tłuszczowej na brzuchu i pośladkach będzie takie samo, jak przy zwykłej ciąży. Wypuklenie brzucha spostrzegalne będzie naturalnie tylko w przypadkach dalej posuniętej ciąży; będzie ono

wyraźniejsze z boku po tej stronie, po której rozwija się ciąża, a tylko wtenczas, jeżeli trąbka ciężarna leżeć będzie w zatoce Douglasa, wypuklenie będzie zajmować środek brzucha, jak przy zwykłej ciąży. Zasinienie i rozpulchnienie będzie znowu takie samo, jak przy zwykłej ciąży. Odmienniej jednak przedstawiać się będzie macica. Jest ona powiększona głównie w wymiarze podłużnym i z boku na bok, mniej zaś w głębokości, t. j. z przodu w tył. Jest ona większa, ale zachowuje kształt macicy nie ciężarnej; przytem ścianom brak tej miękkości i kulistości macicy ciężarnej, a nadto brak objawu Hegara.

Jeżeli ciąża pozamaciczna dotrwała do piątego miesiąca, to zazwyczaj można już łatwiej wybadać części płodu i ruchy płodu, które też dla matki są bardziej bolesne. Tony płodu będą zależeć od położenia płodu, za to szmery łożyskowe słychać już zwykle w III miesiącu, na co zwraca szczególniejszą uwagę Webster.

Rozwijającej się ciąży pozamacicznej często towarzyszą napadowe bole, pojawiające się bez wyraźnej przyczyny w podbrzuszu, zwłaszcza po stronie rozwijającej się ciąży. Bole te według jednych pochodzić mają od rozciągania się trąbki, według innych od skurczów trąbki, są jednak przypadki, nie objawiające się żadnemi dolegliwościami.

Ponieważ ciąża pozamaciczna nie sprawia żadnych znamiennych objawów, stąd też tylko te kobiety zasięgają porady lekarskiej, które mają bardzo silne bole w podbrzuszu lub u których pojawi się krwawienie. Dlatego najczęściej ma lekarz sposobność badać ciążę trąbkową już podczas jej przerwania, a wyjątkowo tylko ciążę utrzymaną. Badając przy ciąży utrzymanej, znajdziemy macicę powiększoną o cechach, powyżej wyłuszczonych, leżącą z boku, zazwyczaj bliżej spojenia łonowego; po jednej stronie przydatki możliwie prawidłowe, po drugiej stronie w trąbce guz miękki, elastyczny, mniej lub więcej chełboczący; jeżeli nie ma zrostów, to zupełnie ruchomy, przy dotyku tkliwy i podczas badania twardniejący. Jeżeli są zrosty, to brak ruchomości, zato między macicą a guzem trąbki czuć zagłębienie rowkowate. Jeżeli ciąża wychodzi z rogu macicy, to w rogu powiększonej macicy czuć guz znacznie większy; podobny obraz może dać i ciąża trąbkowa, jeżeli trąbka zagięta leży na macicy; wtenczas jaje, rozwijające się w trąbce, siedzi niejako na macicy.

Rozpoznanie ciąży pozamacicznej mimo przytoczonych objawów i badania nie jest łatwe, stąd też liczne opisano pomyłki, gdzie n. p. odchodzenie strzępków doczesnej brano za poronienie maciczne i przez wykonane skrobanie wywołano dopiero przerwanie ciąży pozamacicznej (Albert, Doederlein, Dunning); dalej brano ciążę trąbkową za zapalenie wyrostka robaczkowego, za skręt torbiela, za włókniak podsurowiczy, za napad kolki żółciowej, za uwięźnięcie macicy ciężarnej tyłozgiętej i przy usiłowaniu odprowadzenia wywoływano pęknięcie (Crayin, Sutugin, Cullingworth, Lufkin i inni). Brano także ciążę zamaciczną za zwykłą ciążę maciczną (Schauta, Wilson). Klec wspomina o przypadku, w którym przez rozciągnięte tylne sklepienie wydobyto kleszczami płód, następnie przez powstały otwór wydobyto łożysko wraz z macicą, pod nim leżącą. — Brano także nieraz inne cierpienie za ciążę pozamaciczną, jak pęknięcie macicy, włókniaki, guzy jajnikowe (Braun), zgrubiały pęcherz, sprawy zapalne, zastoiny kałowe, guzy nerek, zmiany w trąbkach, a nawet zwykłą ciążę maciczną, zwłaszcza przy zgrubiałej i długiej szyjce, a nadzwyczajnej wiotkości trzonu.

Jedna zmiana chorobowa w trąbce, tak zwana *salpingitis haemorrhagica* Freunda, jeżeli są jeszcze jakieś objawy przemawiające za ciążą, jak zmiany w sutkach, nudności etc., nie da się przed operacyą od ciąży trąbkowej odróżnić. W obu tych cierpieniach występują napadowe bole, pojawia się krwawienie ze sromu, w obu trąbka jest grubsza i bolesna.

Aby uniknąć pomyłek, starano się ułatwić rozpoznanie, badając strzępki odchodzącej doczesnej. Często jednak doczesna maciczna odchodzi dopiero wtenczas, kiedy już ciąża się przerwała, kiedy pojawiły się objawy groźne, wymagające natychmiastowej interwencyi; dlatego radzono w przypadkach wątpliwych wydobywać do badania strzępki doczesnej. Pomijając już to, że możemy doczesnej nie znaleźć mimo istnienia ciąży pozamacicznej, bo mogła już odejść, albo naodwrót może być doczesna po niedawno przebytem poronieniu, chociaż niema ciąży pozamacicznej (jak to n. p. opisuje Spaeth), — to sam zabieg jest tak niebezpieczny, że nie należy go używać dla celów tylko rozpoznawczych. Jeżeliby była ciąża maciczna, to przez skrobanie na pewno ją przerwiemy, jeżeli jest pozamaciczna, to już samo ściąganie macicy, a tem bardziej jej skurcze podczas skrobania i po skrobaniu muszą ciążę przerwać. Drugi sposób rozpoznawczy, t. j. sondowanie macicy w celu wykrycia nierówności, jakie tworzy rozwijająca się doczesna, ma te same wady, co i skrobanie. Badanie w uśpieniu posiada pewne zalety rozpoznawcze, znosząc bowiem napięcie mięśni brzucha, ułatwia obmacanie guza, ocenienie jego zbitości i stosunku do sąsiedztwa; ponieważ jednak chora w uśpieniu nie oddziaływa na ucisk, może on być za silny i wywołać pęknięcie trąbki. Naklunie *(punctio)* guza, o ile on jest przystępnym, może ułatwić rozpoznanie, posiada jednak pewne złe strony, a mianowicie łatwość zakażenia, zwłaszcza przy nakluciu przez pochwę, a nadto możliwość przebicia grubszych pni naczyniowych i narządów sąsiednich. W ostatnich czasach przybył jeszcze jeden sposób rozpoznawczy, całkiem niewinny, t. j. badanie leukocytów, ale rozstrzyga on tylko wątpliwości przy sprawach zapalnych i ropnych, przy których ilość leukocytów będzie zwiększona. Ostatnim sposobem rozpoznawczym będzie śledzenie przebiegu, podczas którego stwierdzimy powiększanie się guza przy innych objawach ciąży, a braku podniesienia ciepłoty.

Ponieważ zazwyczaj lekarz bywa wzywany do ciąży zamacicznej w chwili rozpoczynającego się jej przerwania, dlatego daleko ważniejszem jest pytanie drugie, to jest, w jakim okresie znajduje się ciąża i czy mamy przed sobą jej przerwanie.

Istniejącej ciąży pozamacicznej może grozić poronienie lub przerwanie trąbki. Poronienie zastać możemy zupełnie lub niezupełnie dokonane, albo tylko grożące. Przedarcie zaś trąbki może być częściowe, lub całkowite, z równoczesnem obumarciem płodu, lub bez tego. Każdy z tych stanów zejścia ciąży pozamacicznej ma pewne cechy, ułatwiające rozpoznanie, choć ścisłe rozróżnienie w przypadkach ciężkich, w których objawy ostrej niedokrewności wysuwają się na plan pierwszy, sprawia wielkie trudności.

Łatwiej od innych stanów, towarzyszących przerwaniu ciąży zamacicznej, rozpoznamy „grożące poronienie“. Objawia się ono napadowo pojawiającymi się bolami w podbrzuszu, zwłaszcza po stronie rozwijającej się ciąży, o cechach bolów kurczowych, którym towarzyszy ból w krzyżach, uczucie parcia na stolec i mocz. Podczas napadu zwłaszcza silniejszego bolu pot kroplisty pojawia się na twarzy, tętno jest przyspieszone i powstaje znaczne osłabienie, ustępujące po przejściu napadu. Badaniem stwierdzimy większą tkliwość i napięcie guza trąbkowego przy innych cechach ciąży. Czasem towarzyszy napadowym bolom nieznaczne krwawienie ze sromu.

Jeżeli objawy te utrzymują się przez czas dłuższy, jeśli im nadto towarzyszy odpływ krwi ze strzępkami doczesnej, a nie powstaje krwistek, ani nie występuje zapad z powodu krwotoku do jamy otrzewnej, wtenczas możemy przypuszczać, że jaje płodowe w trąbce uległo zmiażdżeniu przez wylaną krew i wytworzył się zaśniad krwawy. Przy badaniu znajdziemy większą bolesność z jednej strony podbrzusza, guz trąbkowy twardy, silnie napięty i bardziej bolesny. Wylew krwi do trąbki podczas tworzenia się zaśniadu krwawego bywa najczęściej nieznaczny, tak, że nie powoduje objawów niedokrewności; wystąpią one wtenczas, kiedy krew wylewa się w znaczniejszej ilości przez otwór brzuszny trąbki do jamy brzusznej, co nie często towarzyszy grożącemu poranieniu.

Przy poronieniu dokonanem, czy to zupełnem, czy niezupełnem, objawy są te same, co przy poronieniu grożącem, tylko tak silne, że chora zwykle podczas napadu traci przytomność. Przy badaniu znajdziemy objawy ostrej niedokrewności: cera i błony śluzowe blade, zimne kończyny, częste mdłości, tętno miękkie i bardzo szybkie przy braku gorączki, brzuch w całości jednostajnie bolesny, nieznacznie tylko wzdęty, częste odbijanie, czkawka, a nawet i wymioty. W jamie otrzewnej najczęściej wykryć można wolny płyn, odznaczający się szczególnie przytłumieniem w lędźwiach, jawniejącem przy zmianie położenia. Badaniem wewnętrznem, o ile na to bolesność i wzdęcie brzucha pozwala, wykryć można trąbki wielkości prawie niezmienionej, macicę powiększoną, twardą, z której odpływa dosyć znaczna ilość krwi płynnej i skrzepłej ze strzępkami doczesnej Zatoka Douglasa prawie zawsze w przypadkach tych, w których znaleźliśmy płyn w jamie otrzewnej, jest wolna, wyjątkowo tylko zdarza się równocześnie krwistek pozamaciczny i płyn wolny.

W przypadkach, w których nastąpiło pęknięcie trąbki, nie można rozstrzygnąć badaniem, czy jest tylko pęknięcie trąbki na szczycie, a całe jaje jest jeszcze do ścian trąbki przyklejone, czy też pęknięcie jest znaczniejsze i jaje już od ścian trąbki oddzielone; to rozstrzygnąć może tylko śledzenie przebiegu, o ile na to, rozumie się, stan chorej pozwala. Pęknięcie trąbki powstaje nagle, czasem po jakimś wysiłku fizycznym, najczęściej jednak i bez niego; objawia się gwałtownym bolem w podbrzuszu, połączonym często z chwilową utratą przytomności. Badaniem stwierdzimy wszystkie cechy ostrej niedokrewności i zadrażnienia otrzewnej przy prawidłowej zwykle ciepłocie, wolny płyn w jamie otrzewnej lub krwistek pozamaciczny. W okolicy trąbki guz znaczniejszy, niżby to odpowiadało miesiącowi ciąży, bolesny, nierówny, macica powiększona, twarda, ze sromu obfite krwawienie. Jeżeli pęknięcie trąbki było nieznaczne, a całe, lub przynajmniej większa część jaja była jeszcze przyklejona, to w jakiś czas pojawiają się nowe napadowe bole, odklejające dalsze części jaja i dalej rozdzierające trąbkę, skutkiem czego zwiększa się krwistek albo płyn wolny i zapad, powstaje wybitniejsze wzdęcie i bolesność brzucha z następowem przyśpieszeniem oddechów, nudności, wymioty, zaparcie stolca i zaburzenia w oddawaniu moczu. Przy znaczniejszem pęknięciu trąbki i całkowitem odklejeniu jaja bole napadowe nie powtarzają się.

Jeżeli podczas pęknięcia trąbki wypadło jaje w całości do brzucha, objawy będą te same; jeżeli zaś wypadł do jamy otrzewnej tylko sam płód lub wraz z błonami, a łożysko pozostało w trąbce, to po ustąpieniu zapadu i przez kilka dni utrzymującego się zadrażnienia otrzewnej, ciąża dalej się rozwija; — w miarę wzrostu można wybadać płód, leżący w jamie otrzewnej, obok dalszych objawów postępującej ciąży.

Mimo, że jak z opisu tego wynika, nad objawami chorobowymi tak w przypadkach poronienia, jak i pęknięcia, dominuje ostra niedokrewność, która powinna rozpoznanie znacznie ułatwić, to przecież nie jest ono łatwem. Spotykaliśmy się z przypadkami, w których ostrą niedokrewność brano za zapad i to na podstawie zachowania się tętna. Rzeczywiście objaw ten może poniekąd wprowadzić lekarza w błąd z tej przyczyny, że tętno, wskutek utraty krwi przy krwotoku wewnętrznym bardzo słabe i szybkie, może się poprawić tak co do siły, jak i co do częstości, tak jak to właśnie bywa z chwilą dźwigania się chorej z zapadu. Tymczasem to poprawienie się tętna jest w przypadkach krwotoków zwodniczem i dowodzi tylko, że narząd krążenia zdołał przystosować się do zmniejszonej ilości płynu w naczyniach. Że tak jest rzeczywiście, przekonać się możemy przy każdym krwotoku zewnętrznym, n. p. poporodowym. Wśród nagłej i bardzo silnej utraty krwi tętno staje się nikłe i szybkie, ale już w kilka minut może się znakomicie poprawić, mimo że odpływ krwi nieznaczny trwa dalej, a więc mimo że niedokrewność powiększa się. Poprawienie się tętna, nawet wybitne, nie wyłącza wcale ostrej niedokrewności, co więcej, — nie dowodzi wcale, że krwawienie się skończyło.

Chcąc w tych przypadkach uniknąć pomyłki, należy w pierwszym rzędzie rozstrzygnąć wątpliwość ? zapad czy niedokrewność? Samo zachowanie się tętna nie dowodzi niczego. Ostra niedokrewność w przebiegu krwotoku do jamy brzusznej zdradza się całym szeregiem objawów, których trzeba umieć szukać i znaleźć. Objawy te są prócz zachowania się tętna: bladość skóry i błon śluzowych, najłatwiej dostrzegalne na małżowinach usznych, spojówkach, wargach, podniebieniu, dziąsłach i w przedsionku, chwilowe omdlewania z całym szeregiem dodatkowych objawów, jak szum w uszach, płatki przed oczyma, nudności, wymioty, etc., wreszcie zawsze wykazać się dające nagromadzenie się płynu w jamie brzusznej, albo w postaci guza (krwistek), albo w postaci płynu wolnego, dającego się równie łatwo wykryć, jak zwykła puchlina brzuszna.

Te objawy muszą być ze sobą w zgodzie. Wielką bla-

dość i bardzo małe tętno znajdziemy tam, gdzie w brzuchu da się wybadać duża ilość płynu i odwrotnie. Gdzie zbiorą się te wszystkie objawy, tam rozstrzygnięte jest pytanie: zapad czy niedokrewność? na korzyść niedokrewności. W rozpoznaniu uczyniono krok zasadniczy, który uchroni od całego szeregu pomyłek rozpoznawczych, a co za tem idzie i błędów leczniczych. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Kilka uwag o epidemiach duru plamistego w Galicyi i o środkach jego tłumienia, napisał Dr. Józef Barzycki, c. k. krajowy inspektor sanitarny. Lwów, nakładem autora, 1904, str. 28.

Książeczka ta mimo swych małych rozmiarów jest niezbyt u nas częstym objawem rzetelnej chęci podźwignięcia naszego kraju ze smutnego zastoju na polu higienicznem; do tego chwalebnego celu autor zamierzył dojść przez podanie lekarzom urzędowym, powołanym do zwalczania epidemii, bardzo cennego a zwięzłego zbioru wskazówek, wziętych z ustaw i życia praktycznego, a pouczających, jak w najprostszy i najkrótszy sposób osiągnąć cel zarządu zdrowia publicznego, odnośnie do duru plamistego.

A jeśli zważymy, że pracę tę wykonał człowiek, obarczony licznemi zajęciami urzędowemi, że podjął ją wyłącznie z poczucia obywatelskiego obowiązku i wydał własnym nakładem, a przytem z pewnością nie liczył na inne uznanie, jak właśnie grona kolegów zawodowych, to przyzna każdy, że należą mu się za tę mozolną a doniosłą w skutkach pracę wyrazy szczerej podzięki i rzetelnego uznania.

Że praca ta była niełatwa i mozolna, o tem przekonywa każdego uważnego czytelnika treść tej książki. Widzimy w niej, jak liczne są ustawy, dekrety i rozporządzenia władz, zmierzające do tłumienia epidemii. Wiemy zaś z doświadczenia, jak często najlepsze ustawy w naszym kraju nie osiągają prawie żadnych skutków, zwykle z powodu braku sprężystej egzekutywy, ale również, zwłaszcza w Galicyi wschodniej, z powodu nędzy, ciemnoty i lenistwa ludności wiejskiej; że przeto i te z przytoczonych przez autora, które dotyczą gmin i ich przełożonych, rzadko kiedy dadzą się ściśle przeprowadzić (patrz str. 9 o sanacyi gmin; str. 10 o obowiązku rychłego donoszenia władzom o pojawieniu się epidemii; str. 13 o domach izolacyjnych dekret z r. 1806 (!); str. 19 zakaz włóczenia się, domokrąstwa i żebrania; str. 24 i dalsze o przyrządach dezinfekcyjnych i dokonywaniu dezinfekcyi i t. d.). Widzimy dalej, że z wielu czynników, powołanych w myśl ustaw do wczesnego przygotowania obrony przeciw nadciągającej epidemii, rzadko który spełnia ten obowiązek, a lekarz powołany do tłumienia już wybuchłej epidemii nie zastaje często żadnych przygotowań i sam dopiero wywalczyć sobie musi posłuch i warunki do swej pracy leczenia chorych i zapobiegania szerzeniu się epidemii. Widzimy dalej, że ludność często utrudnia mu nawet tę pracę przez zatajanie przypadków choroby, wysyłanie potajemne chorej służby do gmin sąsiednich, ukrywanie pozostałej po zmarłych odzieży i pościeli przed zniszczeniem, względnie dezinfekcyą i t. p. Widzimy wreszcie, że jedyną, prawdziwą pomocą, na którą lekarz urzędowy liczyć może, jest żandarm, a raczej kilku żandarmów, bo bez nich ani wykonania swych zarządzeń, ani przestrzegania ustaw nie będzie w stanie przeprowadzić. I takich smutnych spostrzeżeń, czasem jakby niedopowiedzianych, widzimy w tej książce dość dużo. Przyzna każdy bezstronny, że stwierdzanie ich drukiem musi być dla autora przykrą koniecznością. Porównajmy teraz stan ekonomiczny i kulturny innych prowincyi państwa, jak Czechy, obie Austrye, Morawa, Śląsk i t. d., a przekonamy się, że autor podjął się i dokonał obowiązku ciężkiego, prawdziwego *officium boni viri.*

Wywiązał się zaś autor z tego obowiązku w sposób doskonały. Począwszy od stwierdzenia rozpoznania, prowadzi lekarza krok za krokiem, przypomina wszystko, o czem pamiętać należy, daje mu jako broń do walki z epidemią nietylko zbiór wszelkich odpowiednich ustaw i rozporządzeń, lecz także zbiór wskazówek, zaczerpniętych z własnego, bardzo rozległego doświadczenia i popiera je często przytoczeniem przypadków z własnej praktyki służbowej i biurowej lub inspekcyjnej.

Czytając tę książkę odnosimy to wrażenie, że mimo ogromnych trudności i przeszkód nasi lekarze urzędowi (a także miejscy, obwodowi i t. p.), gdyby tylko przy każdej danej sposobności w całej pełni i z całą energią wskazówki autora w czyn wprowadzili, mogliby niewątpliwie jeśli nie usunąć epidemię duru plamistego z Galicyi, co ze względu na ogromnie rozległą granicę naszą od północy i wschodu osiągnąć się tak rychło nie da, to przynajmniej doprowadzić do znacznego ograniczenia jej w naszym kraju i ułatwienia przez to dalszej z nią walki aż do zupełnego jej wytępienia, za co nietylko tym lekarzom, ale w znacznej mierze i autorowi należeć się będzie szczera wdzięczność naszego społeczeństwa. *J. G.*

Próby chirurgicznego leczenia przewlekłych spraw zapalnych kiszki grubej.

Zestawił

M. W. Herman (Lwów).

(Dokończenie).

Przewagę mężczyzn nad kobietami (w naszem zestawieniu mężczyzn 23, kobiet 11, nie podano płci 10) rozumiemy. W wywiadach bowiem dość często czytamy, że czerwonki chory nabawił się, podróżując po Indyach, Egipcie i t. d. A takie włóczenie się po świecie, to rzecz mężczyzn, nie kobiet. Stąd również prawdopodobnie pochodzi, że wiek chorych wahał się głównie między 21 a 40 r. życia. O ile bowiem w odpowiednich sprawozdaniach podano wiek wyraźnie, znaleźliśmy, że w czasie operacyi

1	chory liczył mniej niż	10 lat
2	chorych liczyło	11—20 „
12	„ „	21—30 „
10	„ „	31—40 „
6	„ „	41—50 „
0	„ „	51—60 „
2	„ „	61—70 „
u 11	„ wieku nie podano.	

Na zabieg operacyjny decydowali się ostatecznie chorzy po roku lub po dwu latach cierpień, wyjątkowo tylko wcześniej. W tym kierunku z danych, podawanych przez chorych, o ile je zapisano w odpowiednich historyach chorób, zestawić możemy następującą tabelkę:

Do chwili operacyi objawy chorobowe trwały:

od 0—1 r.	u 10	chorych
„ 1—2 l.	„ 7	„
„ 2—3 „	„ 4	„
„ 3—4 „	„ 1	chorego
„ 6—7 „	„ 2	chorych
„ 7—8 „	„ 1	chorego
„ 13—14 „	„ 1	„
nie podano liczby	„ 18	chorych.

W opisie każdego przypadku czytamy, że przez cały czas choroby, rzadziej z przerwami, stosowano odpowiednie leczenie wewnętrzne, oczywiście bez powodzenia. W każdym zaś przypadku, zanim ostatecznie choremu zalecono zabieg operacyjny, lub też zanim chory na zalecony rękoczyn zgo-

dził się, stosowano raz jeszcze odpowiednie leczenie ogólne i miejscowe i przystępowano do operacyi dopiero wówczas, kiedy tamtymi sposobami nie osiągano żadnego wyniku, a chory coraz większemu ulegał wyniszczeniu.

We wszystkich przypadkach rozpoznanie wyraźnie lub dość wyraźnie podano. I tak: u 17 chorych rozpoznawano dysenteryę przewlekłą, z nich zaś aż 11 podawało, że cierpienia swego nabawili się, podróżując w krajach podzwrotnikowych. Słusznie zatem przepuszczać możemy, że w przypadkach tych istniało swoiste zakażenie, tym krajom właściwe. W 22 przypadkach autorowie rozpoznawali *colitis ulcerosa*. Bliższych szczegółów najczęściej brak. Co najwyżej ten lub ów nadmienia, że kilkakrotne badanie kału co do prątków gruźliczych dało wynik ujemny. W żadnym jednak przypadku, o ile sobie przypominam, nie zdarzyło mi się czytać, aby badano szczegółowo co do zakażenia kiłowego lub tryprowego, które to postacie zapalenia kiszki przecież tak często przebiegają z owrzodzeniami. Chyba z tej okoliczności, że z wyjątkiem jednego czy dwu przypadków zresztą nigdzie nie mówi się o następowych zwężeniach odbytnicy, które się tak często rozwijają po kiłowem i tryprowem zapaleniu odbytnicy i okrężnicy, wnosić możemy, że w owych przypadkach rzeczywiście nie było ani razu zapaleń na tem tle. U dwóch chorych rozpoznawano *colitis membranacea*, a po razu *colitis polyposa*, *tuberculosa* i *acuta*.

Sama technika operacyjna była bardzo rozmaitą i dość trudno określić ją ściśle, bo pod tym względem sami autorowie, nie mówiąc już o sprawozdawcach, są bardzo nieścisłi. Zdarzają się także opisy, z których trudno nawet zrozumieć, czy operujący wytwarzał w kiszce (lub jelicie) tylko przetokę kałową, w klinicznem jej znaczeniu, czy też rzyć sztuczną? Nie brak także i takich spostrzeżeń, z których wynika, że operujący zamierzał założyć rzyć sztuczną (*anus praeternaturalis)*, niestety jednak później okazało się, że tylko część kału wydostawała się przez otwór zrobiony, reszta zaś krążyła drogą naturalną I trzeba było dopiero dalszych operacyi, aby dojść do zamierzonego celu. Bywało i odwrotnie: wytworzona przetoka kałowa działała jako rzyć i podczas szycia nastręczała niemałe trudności. Inni poszli inną drogą, jak to widać z następującego wyliczenia:

Durante, Mayo-Robson, Robinson, Stephan, Orsini i Czerny — razem w 8 przypadkach, wytwarzali rzyć sztuczną ponad pachwiną lewą, a zatem w pętli esowatej. Czerny w jednym przypadku otworzył okrężnicę w okolicy jej zgięcia śledzionowego, a Wiesinger w okolicy zgięcia wątrobowego W kiszce wstępującej wytwarzali przetokę kałową lub rzyć sztuczną Lindner, Labey, Murray, Povel, Sullivan, Trendelenburg, ogółem w 10 przypadkach. Rzyć sztuczną na kątnicy wykonali Folet, White, Williams, Boas (wzgl. Steiner) i Körte — razem 5 razy. Najbardziej ku górze posunęli się Ballance-Turney i Dalton, oddzielili bowiem jelito biodrowe całkowicie od kątnicy i otwarte światła jelita wszyli w ranę powłok brzusznych.

Mniej radykalnie postępowali Bolton. Gibson i Weir, zadowalając się wytworzeniem przetoki kałowej (*coecostomia*) w kątnicy, przyczem w technice operacyjnej naśladowali gastrostomię Kadera. Podobnie operowali Summers i Smythe-Memphis. Do tego samego celu (t. j. do wytworzenia przetoki kałowej) użyli Weir i Meyer wyrostka robaczkowego, wszywając go w powłoki brzuszne i na szczycie otwierając (*appendicostomia*)

Inaczej radzili sobie i chorym następni chirurdzy: Wiesinger, przekonawszy się, że odbyt sztuczny, utworzony w zgięciu wątrobowem okrężnicy. nie przynosi zdrowia operowanej, postanowił ostatecznie wyłączyć zupełnie całą niemal kiszkę grubą — tym razem z korzyścią. Giordano i Phocas, każdy w jednym przypadku, łączyli jelito biodrowe z kiszką; ten sam zaś Giordano w innym przypadku, a następnie systematycznie niejako B. v. Beck łączyli jelito biodrowe z pętlą esowatą

Pomijamy szczegóły, odnoszące się do techniki operacyjnej, — bo te tak daleco do rzeczy nie należą, — i to tem bardziej, że technika ta, o ile ją autorowie podają, nie różni się niczem od techniki, przyjętej w chirurgii ogólnej.

Przypatrzmyż się z kolei osiągniętym wynikom. Wedle podań autorów w 24 przypadkach osiągnięto całkowite wyleczenie. Dodając zaś do tego przypadki Smythe-Memphisa i San Martina, których liczba jest mi nieznaną, snadnie liczbę wyleczeń podnieść możemy do 30, coby odpowiadało około 60%. W 11 razach wspominają autorowie o poprawie, polegającej na tem głównie, że gorączka, wyniszczająca poprzednio chorych, ustąpiła, znikło parcie, a równolegle z tem poprawiło się łaknienie i odżywienie. W tym stanie chorzy żyli potem latami, jak n. p. w przypadku Ewalda przez 6 lat i dłużej. Trzech chorych mimo wytworzenia rzyci sztucznej nie doznało żadnej ulgi. Wreszcie w 6 przypadkach bezpośrednio lub wkrótce po operacyi nastąpiła śmierć. Przyczyną śmierci w 2 przyp. była postępująca chera, w 1 śmiertelny krwotok z owrzodzenia w kiszce, w 1 uwięźnienie pętli w zaułku, wytworzonym skutkiem wykonanej ileokolostomii (Giordano), w ostatnim wreszcie zapalenie otrzewnej, wywołane przedziurawienie jelita w miejscu połączenia guzikiem Murphyego (w jednym z przypadków B. v. Becka). W leczeniu następowem niemal wszyscy autorowie, którzy robili czy to rzyć sztuczną, czy też tylko przetokę kałową, przemywali obwodową część kiszki, jedni w kierunku od odbytu do przetoki, drudzy odwrotnie. Weir przemywanie to wykonywa, wprowadziwszy w otwarty na szczycie wyrostek robaczkowy cewnik Nelatona (Nr. 18), zwykle z początku na stałe Do przemywań używano 1% roczczynu chlorku lub siarkanu cynkowego, 3% kwasu borowego, zawiesiny bismutu, kwasu garbnikowego, azotanu srebrowego, kwasu salicylowego. błękitu metylenowego, chininy, formaliny, nalewki jodowej, a do długiego tego szeregu dołączyćby można, myślę nie bez celu, słaby roczczyn (a raczej zawiesinę) kollargolu.

Gdy się zaś z czasem okazało, że w płynie przepłuczynowym nie ma już ani śluzu, ani krwi, ani kryształków Charcota, gdy badanie przez odbytnicę lub też przez rzyć sztuczną dowiodło, że ustąpiło istniejące przedtem rozpulchnienie błony śluzowej, a owrzodzenia jej wygoiły się bez śladu lub z pozostawieniem nieznacznych blizn, gdy odżywienie chorego poprawiło się i znikły wszystkie przypadłości chorobowe, wtedy dopiero uznawano danego chorego za wyleczonego i przystępowano do zamknięcia rzyci sztucznej lub też przetoki kałowej. Niektórzy podejmowali ten ostatni akt leczniczy, zatkawszy poprzednio na próbę sztuczny otwór w kiszce i zmuszając kał do krążenia drogą przyrodzoną I dopiero wówczas, gdy próbę tę. kilkakrotnie ponawianą, znosili chorzy bez dolegliwości, zamykano otwór ostatecznie. Z dat zamieszczonych w zestawieniu wynika, że w przypadkach wyleczonych zaszyć można było rzyć sztuczną (lub też wygoić przetokę) kałową:

2	razy	po	6 tygodniach
2	„	„	$3^1/_2$ miesiącach
2	„	„	4 „
3	„	„	5 „
3	„	„	6 „
1	raz	„	11 „
1	„	„	1 roku
1	„	„	$1^1/_2$ „
1	„	„	$2^1/_2$ „

Trzech chorych opuściło zakład z niezaszytą rzycią sztuczną i potem nie zgłosiło się wcale do jej zaszycia, a o jednym chorym wiemy, że już od 6 lat nosi się z odbytem sztucznym, którego zaszyć nie można, gdyż stan odbytnicy nie uległ zgoła zmianie.

W przypadkach tych, w których zamierzono i utwo-

rzono rzeczywiście tylko przetokę kałową (*fistula stercoralis*), zamknięcie jej nie sprawia zwykle większych trudności.

Często wystarcza zaniechanie tylko przemywań od strony przetoki i jej codziennego rozszerzania, aby się ona zamknęła, kiedyindziej trzeba było brzegi jej przyżegać azotanem srebrowym lub przypalać żegadłem Pacquelina, wyjątkowo tylko musiano brzegi okrwawiać i szyć. Inaczej, jak wiadomo, rzecz się ma z rzycią sztuczną. Zamknięcie jej wymaga zawsze dokładnej znajomości chirurgii jelitowej. Najprostszem bywało leczenie następowe tam, gdzie łączono ze sobą jelita (*enteroanastomosis*) (najczęściej jelito biodrowe z pętlą esowatą). Tam bowiem nie trzeba było ani kiszki przemywać, ani też zaszywać przetokę lub rzyć sztuczną.

Daremnym byłby trud, gdybyśmy z przypadków wyleczonych wykryć chcieli warunki, wśród których wyleczenie owo najłatwiej nastąpić może. W tych bowiem przypadkach znajdujemy wszystkie odmiany zapaleń kiszki, poprzednio wymienione, które przed operacyą utrzymywały się raz miesiącami, drugi raz latami całymi. A dalej wyleczenie następowało w jednych przypadkach po typowym odbycie sztucznym, w innych zaś po tak mało znaczącym rękoczynie, jak appendikostomia. Nie wiemy zatem, czemu przepisać wyleczenie w jednym przypadku, a czemu w drugim? Bo chyba przemywania kiszki, stosowane w każdym przypadku, nie mogły mieć znaczenia rozstrzygającego. Wszakżeż i bez wytwarzania wstępnej przetoki kałowej kiszkę drogą naturalną przemyć możemy, z tą jedynie różnicą, że wtedy prąd płynu ma kierunek przeciwny temu, jaki nadać mu możemy, przemywając kiszkę od przetoki ku odbytowi. Lecz czyżby to aż takie mieć mogło znaczenie?

Jeden więc tylko pewny wniosek wysnuć możemy ze spostrzeżeń, zebranych z piśmiennictwa. W uporczywych, życiu zagrażających postaciach przewlekłych nieżytów kiszki, nawet gruźliczych[1], (jak tego dowodzić się zdaje przypadek B. v. Becka), usprawiedliwionym jest zabieg chirurgiczny. Ponieważ zaś badaniem klinicznem nigdy rozstrzygnąć nie możemy, jak daleko zmiany chorobowe sięgają, zasadniczo powinniśmy operować na kątnicy, jako na najwyższej części kiszki. A ponieważ, jak się to zdaje wynikać nie tyle z historyi chorób, na wstępie przytoczonych, ile z innych spostrzeżeń, nagromadzonych już dotychczas i uznanych w chirurgii, w leczeniu tym podobnych spraw chorobowych najważniejszym czynnikiem jest wyłączenie chorego narządu, przeto należy zasadniczo, nietylko na kątnicy operować, ale wytwarzać tu zawsze rzyć sztuczną (*anus praeternaturalis*). Technika operacyjna powinna zaś być jaknajprostszą i to z dwóch przyczyn. Po pierwsze: zawsze w takich przypadkach chorzy są wycieńczeni, a siłom ich i wytrzymałości nie bardzo dowierzać możemy. Zatem operować będziemy musieli najprawdopodobniej bez uśpienia ogólnego i spieszyć się. Powtóre — pamiętać i o tem trzeba, że odbyt sztuczny po kilku miesiącach trzeba będzie zaszyć.

[1] Szczegół ten zasługuje na podkreślenie.

IV. Wyciągi.

Wesener. **Rozpoznanie i zapobieganie durowi brzusznemu.** (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1904, Nr. 23, 24). Autor spostrzegał w szpitalu w Akwisgranie w przeciągu 12 lat 690 przypadków duru brzusznego z 81 przypadkami śmierci, to jest 11·7% śmiertelności. W historyi rozpoznania duru brzusznego można rozróżnić trzy okresy: pierwszy sięga do r. 1840, kiedy nazwą tyfusu objęto dur brzuszny, osutkowy i powrotny. Drugi okres sięga do r. 1884, kiedy Gaffky zapomocą badań drobnowidowych i hodowli dowiódł, że prątek, odkryty w r. 1880 przez Ebertha, jest napewno przyczyną duru brzusznego. Jednak wykazanie prątków durowych w kale napotykało na bardzo znaczne trudności, w krwi różyczek rzadko je znajdowano, a nakłucie śledziony dla wykazania prątków okazało się sposobem niebezpiecznym. W r. 1896 wreszcie Widal zalecił aglutynacyę, jako środek rozpoznawczy. A zatem podstawy rozpoznawcze w durze brzusznym stanowią przebieg gorączki, obrzęk śledziony, różyczka, odczyn dwuazowy, odczyn Gruber-Widala i wykazanie prątków.

Co się tyczy gorączki, to w szpitalu niezawsze jest sposobność spostrzegania znamiennego jej przebiegu, zresztą W., również jak Ewald, w ostatnich latach zauważył, że gorączka w durze często nie trzyma się znanego typu, lecz przebiega zupełnie nietypowo. Wymacalny obrzęk śledziony stwierdzono w 60·4% przypadków, różyczkę w 78·5%, odczyn dwuazowy w 85·2%. Odczyn Gruber-Widala wykonano w 209 przypadkach z 75·1% wyników dodatnich. Z doświadczeń autora wynika więc, że najpewniejszym i najczęstszym objawem duru brzusznego jest odczyn dwuazowy; jego stały brak na szczycie choroby przemawia przeciw durowi. Ma on jednak tę wadę, że występuje i w wielu innych chorobach i to właśnie w takich, które najłatwiej można pomieszać z tyfusem, jakoto gruźlica prosówkowa, zapalenie płuc, grypa i posocznica. Po odczynie dwuazowym co do doniosłości rozpoznawczej następuje różyczka, lecz i jej brak nie przemawia bezwzględnie przeciw durowi, a niekiedy i ona zdarza się w gruźlicy prosówkowej i posocznicy; zresztą zdarzają się wykwity na skórze, szczególnie u chorych, skłonnych do potów, które to wykwity trudno odróżnić od różyczki. Odczyn Widala ma również tylko warunkowo znaczenie rozpoznawcze, zresztą zapatrywania pod tym względem są rozstrzelone. Wartość tego odczynu doznaje jeszcze ograniczenia przez to, że liczni badacze spostrzegali dodatni odczyn i w innych chorobach. W. sam spotykał odczyn Widala w przypadkach złośliwego zapalenia wsierdzia, grypy, gruźlicy prosówkowej i posocznicy, w których sekcyą stwierdzono zupełny brak zmian durowych. Przytem trzeba się zawsze liczyć z możliwością, że jeśli u gorączkującego chorego odczyn W. jest dodatni, chory mógł przed jakimś czasie przebyć lekki dur i cierpi obecnie na inną chorobę. Wyczuwalny obrzęk śledziony jest najmniej pewnym objawem rozpoznawczym. Do opukiwania śledziony nie trzeba przykładać większej wagi, a wymacanie zależy od najróżnorodniejszych okoliczności; wreszcie zjawia się obrzęk śledziony i w wielu innych chorobach. W. wspomina jeszcze, że kilkakrotnie stwierdził wymacalny obrzęk śledziony u sług, cierpiących na wrzód żołądka, jakoteż u dzieci po przebyciu krzywicy i z objawami, zresztą mało typowymi, zołzów, przez co choroby gorączkowe u takich chorych łatwo mogą być wzięte za dur. Zaznaczyć jednak warto, że obrzęk śledziony, jako objaw anatomiczny, jest dość stałym i zdarza się według Curschmanna w 91·5% przypadków. Wykazanie wreszcie bakteryi przez hodowle nie dało autorowi żadnych pewnych wyników. Zatem jeszcze dzisiaj rozpoznanie duru jest trudne, a w ostatnim czasie sprawa stała się jeszcze zawilszą przez tak zwany paratyfus, który tak nazwał pierwszy Schottmüller w r. 1900 i którego odróżniano nawet dwa typy, jako typ A. i B. Paratyfus różni się od duru tylko co do własności prątków, objawy kliniczne zaś są niemal te same, tylko paratyfus zdaje się przebiegać łagodniej i rzadko tylko kończy się śmiercią. Anatomicznie cechuje się paratyfus tylko niewielkiemi płytkiemi owrzodzeniami błony śluzowej jelit bez swoistych zmian narządu limfatycznego w przewodzie pokarmowym.

Najważniejszym czynnikiem w zapobieganiu durowi brzusznemu stały się urządzenia i środki higieniczne, zalecane przez Pettenkoffera, chociaż wynikły one z jego błędnej teoryi gruntowej. Znaczne zmniejszenie się duru w większych miastach w latach ostatnich jest bezwątpienia następstwem uzdrowotnienia miast, wprowadzenia wodociągów i kanalizacyi. Autor omawiając następnie obowiązek donoszenia, odosobnienie i odkażanie, zwraca się przeciw przymusowi donoszenia władzy i o podejrzanych przypadkach duru, gdyż przymus taki tylko niepotrzebnie obciąża lekarzy i chorych. Każdy lekarz spotyka często przypadki, gdzie rozpoznanie z początku jest chwiejne, a jeśli przytem istnieje wysoka gorączka bez szczególnych objawów przedmiotowych, to musi przedewszystkiem zastanowić się, czy to nie jest dur brzuszny. Wiemy przecież, że różne choroby wywołują przez pewien czas podobne objawy, jak dur. W grypie może być wysoka gorączka i obrzęk śledziony, w zapaleniu płuc, szczególnie płatu górnego, rozpoczynającem się w środku płatu, może być wysoka gorączka, obrzęk śledziony i nieprzytomność, w gruźlicy prosówkowej można spotkać niekiedy także i różyczkę i t. p. W takich przypadkach lekarz przez szereg dni liczy się z możliwością duru; musiałby zatem o każdym takim przypadku donosić. Zresztą i prawdopodobieństwo duru bywa różnego stopnia, gdyż są przypadki z bardzo uzasadnionem przypuszczeniem duru,

gdzie n. p. 90% za, a 10% przeciw durowi przemawia, i przypadki z bardzo słabem podejrzeniem, gdzie może tylko 10% za, a 90% przeciw durowi przemawia; ale i o tych ostatnich przypadkach, skoro przypuszcza się dur, musiałoby się donosić. Jak w tych przypadkach lekarz ma postąpić, jeżeli przypuszczenie duru zamieni się w pewność lub też odwrotnie, ujawni się inna choroba? czy powinien poraz wtóry donosić!? I to napotykałoby na trudności, dopóki nie mamy sposobu, dającego pewne i niezbite rozpoznanie, czego dotychczas brak. Inaczej rzecz się ma z donoszeniem o podejrzanych przypadkach cholery, ospy, duru osutkowego, moru, febry żółtej i t. p., to jest takich chorób, które tylko czasem mogą nagminnie pojawiać się w niektórych miejscowościach i które po największej części mają objawy znamienne tak, że o wiele trudniej pomieszać je z innemi chorobami. Natomiast dur brzuszny w wielkich miastach nigdy nie ustaje i z łatwością można go pomieszać z wielu innemi, często zdarzającemi się chorobami tak, że lekarz musiałby przez cały rok donosić o podejrzanych przypadkach. Zresztą w takich chorobach, jak cholera z 50% śmiertelności i mór z 80%, jaknajsurowsze przepisy i ostry przymus donoszenia są bardzo słuszne i uzasadnione, ale nie w durze, w którym obecnie śmiertelność wynosi ledwo 5—15%. Autor jednak przyznaje, że w czasie epidemii duru brzusznego może zajść potrzeba donoszenia także i o podejrzanych przypadkach, w których rozpoznanie jeszcze nie jest pewne.

Dotychczas słusznie nie uznawano za konieczne odosabniać chorych na dur brzuszny, gdyż zakażenie nie następuje przez powietrze, lecz przez dotykanie i na drodze pośredniej, a prątek durowy ma tylko ograniczoną żywotność. Nietylko kał należy odkazić środkami przeciwgnilnymi, ale i mocz, który wprawdzie tylko w 25 do 30% przypadków zawiera jadowite prątki durowe, lecz mogą one się w nim długo utrzymywać lub wogóle dopiero w czasie ozdrowienia w nim się zjawić. W urotropinie posiadamy środek, który bardzo szybko usuwa prątki durowe z moczu. Co się tyczy odosobnienia chorych w szpitalach, to zapatrywania są różne. Curschmann, Strümpell, Fürbringer nie uważają go za potrzebne. Na 690 przypadków duru w 12 latach miał W. 19 przypadków zakażeń domowych t. j. 2·7%, z których dwa były śmiertelne, co nie potwierdza zdania, jakoby zakażenia przez zetknięcie się przebiegały cięższej i częściej kończyły się śmiercią, niż inne. Zakażenia te dotyczyły prócz dozorczyń i służby, przedewszystkiem chorych kobiet, które pomagały w pielęgnowaniu chorych na dur, a kiedy przed sześciu laty zakazano chorym szpitalnym pomagać w pielęgnowaniu chorych na dur, zakażenia szpitalne z wyjątkiem jednego przypadku ustały. Raz zakazili się durem lekarz i dozorca przy opatrywaniu chorego z ciężką odleżyną i oprócz tego raz zakaził się służący pracowni klinicznej, który się jednak przyznał, że uważając badanie bakteryologiczne za oszustwo, zjadł nieco hodowli bulionowej, służącej do odczynu Widala. Natomiast zakażenia służby zdarzają się wszędzie, nawet przy przestrzeganiu najostrzejszych przepisów, bo istnieje szczególne niebezpieczeństwo zakażenia się służby przy czyszczeniu i kąpaniu chorych, przy zmianie bielizny i t. p. Autor zebrał też ciekawe dane o zakażeniach szpitalnych w 20 rozmaitych szpitalach w ostatnich 5 latach; okazało się, że zakażenie innych chorych durem zdarzyło się trzy razy w szpitalach, w których chorych na dur się odosabnia, raz w szpitalu z ograniczonem odosobnieniem, a ani razu nie zdarzyły się w szpitalach, które chorych durowych wcale nie odosabniają. Zakażenia służby i dozorców spostrzeżono w 12 szpitalach i to cztery razy w odosabniających, pięć razy w odosabniających tylko częściowo i trzy razy w szpitalach nieodosabniających. Samo odosabnianie chorych na dur nie wystarcza więc, aby zapobiedz zakażeniu się innych chorych, jakoteż służby i dozorców, lecz zależy to od wyćwiczenia służby i od przypadku. W. spostrzegł, że zakażenia dozorców szczególnie wtedy się zdarzały, jeśli chorzy byli zupełnie odosobnieni. Mimo to uważa on za słuszne, by chorych na dur o ile można w szpitalach odosobnić, lecz bezwzględne, ściśle odosobnienie nie jest konieczne.

Co się wreszcie tyczy odkażania, to rozróżnić trzeba odkażanie ciągłe i końcowe, z których bez wątpienia pierwsze jest ważniejsze i tyczy się kału, moczu, bielizny i wszelkich sprzętów, zanieczyszczonych wydzielinami chorego, jakoteż osób obsługujących i pielęgnujących. Jeżeli zaniedbano ciągłego odkażania w toku choroby, to i najenergiczniejsze odkażenie końcowe mało pomaga. Przy końcowem odkażeniu należy odkazić nietylko mieszkanie, lecz także miejsca ustępowe i t. p., do których się kał i mocz usuwa. Bardzo ważnem też jest, by odkażenie końcowe dopiero wtedy przedsięwziąć, kiedy chory zupełnie przestał być zaraźliwym; inaczej odkażenie jest tylko pozorne, a nawet niebezpieczne, gdyż daje fałszywe uczucie pewności, przez co dalsze zakażenia tem łatwiej nastąpić mogą. *Dr. J. Fels.*

Kahane. **Choroba Stokes-Adamsa.** (*Wiener klinisch-therap. Wochenschrift*, Nr. 25—28, 1904). Znaczne zwolnienie tętna i padaczkowe lub też udarowe napady znamionują chorobę Stokes-Adamsa; oczywista rzecz, że tak co do nasilenia, jak postaci, i trwania tych objawów mogą zdarzać się najrozmaitsze stopnie, skutkiem czego i sama choroba może się pojawiać w najrozmaitszych odmianach; w każdym jednak razie pamiętać należy, że po takich napadach udarowych porażenia nigdy nie pozostają.

Etyologia tej choroby nie jest jeszcze dotychczas wyświetlona, wiadomo tylko, że choroba ta nagabuje w przeważnej mierze mężczyzn i to w starszym wieku (powyżej 50 lat), dotkniętych ogólnem stwardnieniem tętnic; przebyta kiła, nadużywanie wyskoku i tytoniu, zarówno jak i urazy, szczególniej czaszki i kręgosłupa, bywają nierzadko czynnikami przyczynowymi, wreszcie zdarzają się przypadki, których przyczyny wogóle wykryć nie można.

Jednym z najważniejszych objawów jest *bradycardia*, t. j. zwolnienie tętna czyli istotne zmniejszenie się liczby skurczów serca i uderzeń tętna sprychowego w pewnej jednostce czasu (minuta), i tylko taki objaw jest znamiennym dla choroby Stokes-Adamsa. Nie należą tu zaś takie n. p. przypadki, w których liczba skurczów serca w jednostce czasu jest prawidłową, jednak nie każdy skurcz jest tak silnym, aby wywołał wyczuwalną falę w tętnicy sprychowej. W przypadkach więc prawdziwej, istotnej bradykardyi ustaje zupełnie czynność serca w przerwach między poszczególnymi skurczami; w tych przestankach żadnego ruchu serca stwierdzić nie można. U ludzi młodszych 60 uderzeń na minutę, a 50 lub mniej uderzeń u starszych należy już przyjąć za objaw chorobowy; oczywiście podczas napadów obniża się jeszcze bardziej ilość uderzeń; czasami można stwierdzić nadmiernie długie przestanki między poszczególnymi skurczami serca, dochodzące do 15 lub 30, a nawet i więcej sekund.

Dalszą wybitną cechę choroby Stokes-Adamsa są wyżej wspomniane napady od najsłabszych, kilka sekund trwających i szybko przemijających zawrotów aż do najcięższych napadów padaczkowych i śpiączki, kończących się czasami i śmiercią. Wszystkie jednak napady mają to wspólne znamię, że polegają na zaburzeniach czynności mózgu i rdzenia przedłużonego: są to więc napady mózgowo-opuszkowe. Można tedy stwierdzić omdlenia, zupełną utratę przytomności, kurcze stałe lub drgawki, rozszerzone źrenice i zranienie języka skutkiem szczękościsku, obok tego zimny pot, nudności i wymioty. O ile lekkie napady przechodzą dosyć znośnie, o tyle po cięższych pozostaje zazwyczaj lekka senność lub upośledzenie pamięci.

Rozpoznanie choroby Stokes-Adamsa opiera się na dwóch zasadniczych objawach t. j. na zwolnieniu tętna i znamiennych napadach; ze względu na rozpoznanie różniczkowe należy pamiętać, że zwolnienie tętna pojawia się w różnych zatruciach, jak ołowiem, nikotyną, naparstnicą, wreszcie w cholemii, mocznicy i t. d., nadto w sprawach zakaźnych, jak w durze, błonicy, włóknikowem zapaleniu płuc, ropnicy lub w niektórych chorobach serca. Nigdy jednak z samego zwolnienia tętna bez napadów nie można rozpoznawać choroby Stokes-Adamsa; dlatego dłuższe śledzenie przebiegu podejrzanych przypadków jest nieodzowne. Przebieg cierpienia nie jest jednolity; zdarzają się przypadki trwające latami, inne znów przebiegają raczej ostro. Rokowanie jest tem gorsze, im starszy jest chory, oczywiście przy uwzględnieniu choroby pierwotnej. Z środków leczniczych — obok ogólnych środków higienicznych i dyetetycznych — zasługują na uwagę przetwory jodu, naparstnicy, azotyn amylowy (amylnitrit), nitrogliceryna, kofeina i cały szereg środków podniecających. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

M. Nonne. **Przypadek rodzinnego wiądu rdzenia na tle kiłowem.** (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 32, 1904). Autor doskonałej książki: *Syphilis und Nervensystem* podaje i rozbiera następujący przypadek. Dziewczyna 20-letnia zgłasza się z powodu niepewności i bolu w nogach i silnego upośledzenia wzroku. Choroba rozpoczęła się w 8 r. ż., a w jej przebiegu pojawiły się zboczenia czynności pęcherza. Badanie wykazało typowy wiąd rdzenia: obustronny zanik nerwu wzrokowego, nierówność źrenic i brak oddziaływania, statyczny i lokomotoryczny bezład miernego stopnia, objaw Romberga, upośledzenie czucia na stopach i podudziach, brak odruchów ścięgnistych, wreszcie plamy na rogówkach. Nic nie wskazywało na kiłę nabytą. Matka chorej, która kilkakrotnie roniła i rodziła płody nieżywe, przyznała się, iż mąż jej potajemnie zażywał jakieś leki. Badanie jej wykazało, iż i u niej istnieje wiąd rdzenia, którego początki wystąpiły przed 20 laty: silne bole w nogach, ich bezład i znieczulenia, zmniejszenie napięcia (*hypotonia*), zaburzenia w oddawaniu moczu, nierówność źrenic i częściowe zniesienie ich oddziaływania, brak odruchów ścięgnistych. Wobec tego Nonne zbadał rodzeństwo pierwszej pacyentki: u brata niedało badanie żadnych wyników, natomiast u starszej siostry powiodło się

stwierdzić wiąd rdzenia, a zawezwany specyalista znalazł zapalenie naczyniówki i rogówki pochodzenia najprawdopodobniej kiłowego.

Już Marburg zauważył, iż w przypadkach dziedzicznego i rodzinnego wiądu rdzenia kobiety częściej są dotknięte, niż mężczyźni, że bezład pojawia się tylko w miernym stopniu, a zanik nerwu wzrokowego niezwykle często. O rodzinie, opisanej przez Nonnego zupełnie to samo można powiedzieć. Ze względu na sprawę stosunku wiądu rdzenia do kiły ważnem jest to, iż u obu córek istniały równocześnie z dziedzicznym wiądem zmiany ócz pochodzenia prawdopodobnie dziedziczno-kiłowego. Wogóle przypadki takie, jak Nonnego, pozwalają poznać bliżej związek między kiłą, a wiądem rdzenia.

Dr. Adam Rydel.

Lenzmann. **Praktyczne doświadczenia co do przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.** *(Münchener medicinische Wochenschrift*, 1904, 24). Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego jest częstszem, niż dotychczas mniemano, choć nie zawsze objawia się klinicznie. Powstaje ono albo powoli bez wszelkich wyraźnych objawów, albo stanowi, o wiele rzadziej, zakończenie pojedynczych, lekkich napadów ostrych. Każdy wyrostek, dający się sposobem, podanym przez autora, wymacać jako grube, okrągłe, robakowate ciało, jest dotknięty przewlekłem zapaleniem albo przynajmniej był niem dotknięty; szczególnie w drugim przypadku nie ma zbyt wielkiej bolesności, ani też żadnych typowych objawów. Objawy przewlekłego zapalenia wyrostka bywają bowiem bardzo różnorodne. Chorzy odczuwają zawsze ciśnienie w prawej połowie podbrzusza, potęgujące się nieraz do silnych bolów i rozpromieniające się w okolicę wątroby, pępka, żołądka i grzbietu. Chorzy stają się nieraz wskutek ustawicznych dolegliwości neurastenikami, cierpią na bezsenność i są niezdolni do pracy. U kobiet uważa się te dolegliwości najczęściej za objaw chorób narządu płciowego i rozpoznaje się zazwyczaj zapalenie jajnika, tem łatwiej, że badanie prawego jajnika jest wtedy bolesne. Dolegliwości pojawiają się szczególnie po jedzeniu i przy ruchach robaczkowych przed wypróżnieniem i są często powodem pomyłki z wrzodem żołądka, kamicą żółciową lub nerką wędrującą. Z powodu przewlekłego zapalenia wyrostka może też powstać nadmierna kwaśność soku żołądkowego, która znowu może stać się przyczyną wrzodu żołądka. Dolegliwości w przewlekłem zapaleniu wyrostka robaczkowego są często tak znaczne, że wycięcie wyrostka staje się pożądanem. Operacya równa się pod względem niebezpieczeństwa laparotomii próbnej.

Dr. J. Fels.

Guérard. **Czy należy zarzucić** *ventri-* **i** *vaginaefixatio* **u kobiet w okresie rozrodczym.** *(Monatschrift f. Geb. und Gyn.*, tom 19, zesz. 2, 1904). Po zapale, jaki zapanował w pierwszych latach po zjawieniu się wymienionych w tytule metod operacyjnych, ustalających macicę w prawidłowem położeniu, nastąpił silny zwrot, zmierzający do zupełnego ich potępienia. Główną tego przyczyną były spostrzeżenia ciężkich czasem powikłań porodowych po tych operacyach. One dały dopiero pochop do dalszych badań, dzięki którym następuje zwolna znowu zwrot ku drodze pierwotnej. Po spojeniu macicy ze ścianami brzusznemi (*ventrifixatio*) mogą nastąpić tylko wtedy powikłania porodowe, jeżeli spojenie to będzie zbyt silne, dokonane wielu szwami (w jednym przypadku 14 szwów!) i na zbyt wielkiej przestrzeni. Doświadczenie pouczyło, że jeżeli przymocowano macicę jednym lub dwoma szwami, przechodzącymi poniżej nasady trąbek niezbyt głęboko przez mięsień macicy, to powikłania porodowe nigdy nie nastąpią. Szwy (jedwabne) należy wyjąć dopiero po 14 dniach. Autor zestawia 57 przypadków przymocowania macicy do ścian brzusznych, po którem operowane zaszły w ciążę. Z tych 4 rodziły po operacyi po 2 razy. 52 porodów było zupełnie prawidłowych, 5 razy założono kleszcze (3 razy nizkie). Dwa tylko nawroty tyłozgięcia; wyniki więc co najmniej dobre. Nie gorsze były i po przymocowaniu macicy do pochwy (*vaginaefixatio*). 39 kobiet operowanych w ten sposób rodziło 41 razy. Z tych było 37 porodów zupełnie prawidłowych, 4 razy założono kleszcze nizkie. Również nie zauważono żadnych zboczeń w przebiegu ciąży. Tylko u jednej operowanej tyłozgięcie wróciło. I tu wystarczyły 2 szwy jedwabne, przechodzące niezbyt głęboko przez mięsień macicy, nieco poniżej środka między nasadą trąbek i przyczepieniem otrzownej, aby macicę utrzymać w pochyleniu ku przodowi. Także i poronienia po tych operacyach nie są częste, skoro po *ventrifixatio* było ich 7 na 57, po *vaginaefixatio* 4 na 41 porodów czasowych. Wyniki więc autora wcale nie potwierdzają przypuszczeń niektórych ginekologów, owszem dowodzą, że operacye te, wykonane *lege artis*, nie wywołują żadnych przeszkód porodowych.

Dr. E. Ehrenpreis.

Renmaux. **Ichtyol i tigenol w leczeniu zapalenia brzegu powiekowego.** (*Clinique ophtal.*, Nr. 9, 1904). Leczenie zapaleń brzegu powiekowego należy częstokroć do zadań najtrudniejszych w lecznictwie okulistycznem. W przypadkach lżejszych wystarcza wprawdzie nacieranie brzegu powiekowego protargolem i stosowanie maści żółtej lub borowej. W przypadkach jednak zastarzałych, w których podłoże rzęs jest przerosłe i zaczerwienione i wzrost ich nieprawidłowy, w których następuje wywinięcie punktów łzowych lub całej powieki dolnej i ciągłe łzawienie, leczenie to nie odnosi skutku i chorzy błądzą od jednej kliniki do drugiej, nie odzyskując zdrowia. W takich przypadkach stosowano na klinice Dariera następująco leczenie: Obok przecięcia kanalików łzowych i wkraplania argyrolu stosuje Darier na powieki okłady z gazy, przesiąkniętej ichtyolem, pozostawiając je przez całą noc. Chorzy, w ten sposób leczeni, nie dostawali nawrotów zapalenia. Jedyną ujemną stroną tego sposobu leczenia jest silne pieczenie i bol, gdy ichtyol zetknie się ze spojówką, jeżeli chory nieostrożnie otworzy oczy. By temu zapobiedz, stosował autor za poradą Dariera tigenol, który oprócz takich samych własności leczniczych, jak ichtyol, ma jeszcze te zalety, że jest bezwonnym, że wysycha szybko na skórze, tworząc cienką powłokę, że nie drażni oka i daje się łatwo zmyć zwykłą wodą. Zamiast okładów z ichtyolu należy więc brzegi powiekowe po poprzedniem namydleniu protargolem, pomazać tigenolem i zaschłą warstwę zostawić przez całą noc. Leczone w ten sposób zapalenia brzegu powiekowego, nawet najcięższe, ustępują po dwóch lub trzech tygodniach.

Dr. W. Reis.

M. Letulle. **O zapobieganiu tężcowi zapomocą suchej i sproszkowanej surowicy.** (*La Presse médicale*, Nr. 57, 1904). Technika jest nader prosta, a podał ją prof. Calmette, dyrektor zakładu Pasteurowskiego w Lille. Po dokładnem wymyciu rany jakimś środkiem przeciwgnilnym lub najlepiej wodą, przynajmniej przez kwadrans przegotowaną, i po staraunem wydobyciu ciała obcego, jeżeli się ono w ranie znajduje, zasypuje się ranę grubą warstwą suchej sproszkowanej surowicy przeciwtężcowej Calmetta. Na to zakłada się zwyczajny opatrunek przeciwgnilny. Po 24 godzinach ogląda się ranę. W razie ropienia trzeba powtarzać zasypywanie surowicy aż do zupełnego zagojenia się rany. Ta prosta i praktyczna metoda zapobiegawcza nie grozi żadnem niebezpieczeństwem. W licznych spostrzeżeniach dotychczasowych nie było ani razu żadnego rumienia, wysypki lub bolu w stawach. Sposób Calmetta zasługuje tedy zdaniem autora, jako zupełnie nieszkodliwy, na ogólne rozpowszechnienie.

Dr. Blassberg.

Riehl. **Przyczynek do nauki o opryszczkach we włóknikowem zapaleniu płuc.** *(Münchener medicinische Wochenschrift*, Nr. 25, 1904). Autor ujmuje swoje spostrzeżenia co do opryszczek w 481 przypadkach włóknikowego zapalenia płuc w zdania następujące: Opryszczki zdarzają się prawie w 30—40% włóknikowego zapalenia płuc i to częściej u mężczyzn, niż u kobiet. U jednego i tego samego osobnika opryszczki pojawiają się tylko raz, najczęściej 3 lub 4 dnia choroby. Najczęściej występują one w przebiegu drugiej i trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego, szczególnie nerwu podoczodołowego. W zakresie pierwszej gałęzi nerwu trójdzielnego (oko, czoło) rzadko występują. Atypowe usadowienie się opryszczek na szyi, tułowiu (okolica odbytu, kość krzyżowa) i na kończynach należą do wyjątków. Zapalenia płuc u dzieci i starców przebiegają prawie zawsze bez opryszczek. Najlżejsze przypadki zapalenia płuc odznaczają się zwykle obfitemi i silnemi opryszczkami. Natomiast w 90% ciężkich zapaleń płuc, kończących się śmiertelnie, nie ma opryszczek. Prognostyczne znaczenie opryszczek jest więc do pewnego stopnia zupełnie uzasadnione.

Dr. J. Fels.

H. Dawids. **O weronalu.** (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1904, Nr. 31). W klinice okulistycznej Prof. Vossiusa w Giessen jakoteż w jego prywatnej praktyce znalazł weronal rozległe zastosowanie. Chorzy zażywają ten środek chętnie, a oczekiwany skutek nie zawodzi. Według doświadczeń autora wystarcza w ogólności dawka 1/4 do 1/2 grama u kobiet i 1/2 grama u mężczyzn. Przy tych dawkach osiągano skutek, a nawet po dłuższem ich podawaniu nie było groźniejszych przypadów ubocznych. Autor nie zamilcza jednak, że już nawet po tych małych dawkach pozostawała u niektórych chorych, a to głównie u słabowitych kobiet, nazajutrz senność, niekiedy tak przykra, że niektóre chore wzbraniały się zażywać weronal. Autor poleca małe dawki (1/4 gr.) weronalu celem utrzymania chorych po operacyach w spokoju. Dawki większe uważa D. za zbyteczne i przytacza jeden przypadek, w którym po podaniu 1 grama u kobiety wiejskiej 74-letniej, czy to wskutek wysokiej dawki, czy też skutkiem idyosynkrazyi, wystąpił rodzaj omdlenia i silnej śpiączki, oraz rumień na całem ciele. Objawy te wśród łuszczenia się skóry i uczucia znużenia powoli ustąpiły w przeciągu trzech tygodni.

Dr. Blassberg.

* * *

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

O wartości helmitolu w zapaleniu pęcherza moczowego. (*Heilkunde*, Nr. 5, 1904). Kelemen donosi o wynikach leczenia helmitolem ciężkiego nieżytu pęcherza moczowego u dotkniętych rzeżączką, powiększeniem gruczołu krokowego, zwężeniem cewki moczowej lub brodawczakami. Stosował też helmitol w 10 przypadkach *urethrocystitis blenorrhoica* z parciem, silnymi bolami, w których mocz był jednostajnie mętny, zawierał znaczną ilość ropy, a leczenie miejscowe było bezskuteczne. We wszystkich tych przypadkach, spostrzeganych w peszteńskiej klinice dermatologicznej, już w bardzo krótkim czasie doznawali chorzy znacznej ulgi, mocz się wyjaśniał tak, iż można było przejść do miejscowego leczenia. Z doświadczeń autora wynika, iż można użyć helmitolu z dobrym skutkiem w zapaleniu pęcherza moczowego, powstałem na tle rzeżączkowem lub z innego zakażenia: skuteczność polega częścią na znakomitem działaniu odkażającem, częścią na działaniu moczopędnem. Na dwoinki rzeżączkowe nie wpływa helmitol swoisto, sprawia jednak kwaśne oddziaływanie moczu, odkaża go, łagodzi zapalenie, a przy pomocy przepłókiwań lub wkraplań usuwa zupełnie zapalenie. Chorzy chętnie lek ten zażywają, gdyż nie wywiera nieprzyjemnych wpływów ubocznych, a w wodzie z cukrem przypomina przyjemnym smakiem limonadę. *Baschkopf.*

Styptol zdoła według badań Toffa (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1904, 24) zastąpić zupełnie sporysz. Jestto połączenie kwasu ftalowego z kotarniną, a zatem dwóch składników, z których każdy ma własność tamowania krwotoku. Styptycynę przewyższa styptol taniością. Toff na 20 przypadków krwotoków w toku cierpień ginekologicznych nie uzyskał zapomocą styptolu żadnego wyniku tylko w 3 przypadkach krwotoków przy poronieniu, które zresztą po wyskrobaniu bez dalszego leczenia ustały. Toff podawał zwykle po 0,05 styptolu 3 razy dziennie. *Alk.*

Leczenie krztuśca arystochiną. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 27, 1904). Bargebuhr leczył arystochiną 32 przypadków krztuśca w okresie przeważnie kurczowym. Lek posiada dobre własności chininy bez jej nieprzyjemnych lub szkodliwych wpływów ubocznych i oddaje lepsze usługi w przypadkach, w których dawniej używano garbnikanu lub siarkanu chininy. Arystochina nadaje się bardzo u dzieci wobec trudności, jakie zawsze jeszcze sprawia u nich podawanie chininy mimo czekolady i innych dodatków. Można też polecić ten niewinny lek, szczególnie u chorych młodocianych lub osłabionych, nim uciekniemy się do środków narkotycznych. *Baschkopf.*

Liście naparstnicy. Nowy sposób leczenia naparstnicą opisuje Brase (*Allg. med. Centr. Ztg.*, 1903, Nr. 102). Napar z 0,1 do 0,2:20,0 w postaci wstrzykiwań w skórę lub pod skórę oddawał dobre usługi w leczeniu żylaków. Wstrzykuje się naprzemian na brzegach żył, razem 2 strzykawki Pravaza, uważając, by nie wstrzyknięto w samą żyłę.— Znakomite wyniki uzyskał Bragagnola wielkiemi dawkami naparstnicy (4 gr. dz. jako napar) w zapaleniu płuc, co tłómaczy tem, że naparstnica przeciwdziała trującym wytworom życiowym dwoinek Fränkla. (*E. Merck's Jahresber.*, styczeń, 1904). *Baschkopf.*

Tanalbinę podawał Domidow (*Deutsche Medicinal-Zeitung*, 1904, Nr. 52) w 43 przypadkach biegunek u dzieci, przeważnie w toku nieżytów ostrych, tylko 6 razy w sprawach przewlekłych. Do szóstego miesiąca życia podawał D. po 0,3, od szóstego do dwunastego miesiąca po 0,4, starszym po 0,6 tanalbiny co godzinę lub dwie aż do ustania biegunki, oczywiście przy zachowaniu odpowiedniej dyety. Jak z tego widać, dawki tanalbiny muszą być wielkie, ale wtedy działanie tego środka jest rzeczywiście wyborne. Zaletą tanalbiny jest nieszkodliwość nawet wielkich dawek i brak smaku. *Alk.*

* * *

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

II. Posiedzenie naukowe z dnia 3 marca 1904 r.

Przewodniczący: Dr. Kośmiński, sekretarz: Dr. Breiter.

I. Kol. prof. Dr. Mars: *O stosowaniu krążków w przypadkach opadnięcia macicy (prolapsus uteri).* W praktyce jesteśmy często w tem położeniu, że chore zgodzić się nie chcą na operacyę w celu usunięcia opadania macicy i że musimy się uciekać do leczenia zapomocą krążków. U osób młodych, jeżeli tylko krążek ma dostateczną podporę i nie wypada, możemy tym sposobem bardzo wiele uzyskać; inaczej atoli rzecz się ma z osobami w wieku późniejszym. U tych ostatnich z wiekiem pochwa ulega zanikowi, staje się w szczycie coraz węższą i lejkowatą, a błona śluzowa wrażliwą: łatwo więc powstają w pochwie owrzodzenia pod wpływem ucisku krążka, którym towarzyszą zwykle bardzo obfite nader uciążliwe, a często cuchnące upławy ropiaste. Musimy często krążki zmieniać i to na coraz mniejsze, — aż wreszcie, gdy pochwa w szczycie stała się bardzo wązką, małe krążki nie trzymają się i wypadają. Okoliczności te dały powód do wymyślania krążków nowego kształtu. I tak Breisky podał krążek maciczny jajowaty Schatz—lejkowaty, a w ostatnich czasach Rosenfeld i Menge—krążki opatrzone trzonkami. Kol. Mars miał kilka przypadków, w których mógł wypróbować te nowe krążki. W przypadkach tych krążki zwykle używane Brauna, Hodgego, nie były do użycia, gdyż albo wypadały, albo sprawiały znaczniejsze odleżyny. Krążki Breiskyego nie nadawały się ze względu na trudności, jakie istnieją przy ich wyjmowaniu. Natomiast bardzo dobre usługi oddawały mu krążki z trzonkami; do kategoryi tej należy krążek lejkowaty Schatza, będący właściwie ich pierwowzorem. Za najlepszy uważa kol. Mars krążek Schatza, gdyż jest zrobiony z jednej sztuki; krążki Rosenfelda i Mengego mogą oddawać bardzo dobre usługi, ale są o tyle gorsze, że jako złożone, trudniej dają się oczyszczać. Krążki Schatza łatwe są do zakładania, trzymają się dobrze i utrzymują się w dole pochwy; chore same mogą je sobie na noc wyjmować, a na dzień zakładać, co kol. Mars uważa za bardzo korzystne.

W bardzo długich i wyczerpujących rozprawach zabierali głos: kol. Dr. Stroynowski, Dr. Bylicki, Dr. Breiter, Dr Sołowij, Dr. Skałkowski, Dr. Kośmiński i referent.

II. Kol. Dr. Kośmiński: *Przypadek vasa praevia funiculi umbilicalis* (z demonstracyą odnośnego popłodu). *L. S.* lat 26, rz. kat., zamężna, rodziła poprzednio dwa razy prawidłowo w położeniu czaszkowem. W maju 1903 r. wezwany do rodzącej stwierdził prelegent stan następujący: pierwszy okres porodowy, ścieśnienie miednicy, główka płodu zbacza na talerz biodrowy prawy; po stronie prawej czuć grzbiet płodu i tam słyszalne tętno płodu; po stronie lewej więcej w dnie wyczuć się dają części drobne płodu. Przy badaniu wewnętrznem napotkał w ujściu, rozwartem prawie na trzy palce, stojący pęcherz płodowy, w którym przebiegał wyraźnie tętniący sznur. W pierwszej chwili rozpoznał tylko poprzedzającą pępowinę; gdy jednak dokładniej zbadał i zastanowił się, dlaczego ta pętla pępowiny ze swego miejsca się przy badaniu nie usuwa, tylko zawsze na jednem i tem samem pozostaje, przyszedł do przekonania, że pępowina ta musi być w związku z błonami, a więc, że ma do czynienia z błoniastym przebiegiem i przyczepieniem poprzedzającej pępowiny. W tym stanie rzeczy wszelkie próby wysunięcia pępowiny poza obręb pola badania byłyby oczywiście nie na miejscu, gdyż przebiegającej w błonach pępowiny odprowadzić przecież nie można. Ponieważ poród w położeniu główkowem płodu wobec wypadniętej pępowiny, której odprowadzić nie możemy, kończy się dość często niepomyślnie dla płodu pomimo szybkiej i wprawnej pomocy lekarskiej, poród zaś w położeniach miednicowych płodu przy równocześnie wypadniętej pępowinie, nawet jeżeli siłami przyrody się odbywa, jest dla płodu bezwarunkowo korzystniejszym, przeto wykonał w przypadku tym obrót na nóżki metodą Braxton Hicksa, przerywając pęcherz płodowy kilka centymetrów powyżej przebiegającej pępowiny. Po godzinie płód urodził się siłami przyrody do pępka — przy ciągłej kontroli tętna płodu — poczem wykonał pomoc ręczną i wydobył płód żywy donoszony. Popłód w 15 minut wydalony został w całości siłami przyrody. Na preparacie widzieć można (demonstracya popłodu): łożysko średniej wielkości, nie przedstawia zmian; od brzegu łożyska przebiega w błonach płodowych prawidłowy sznur pępowinowy na przestrzeni około 15 ctm.; brzeg otworu w błonach płodowych, przez który płód przechodził, jest zale dwie $1/2$ ctm odległy od przebiegającego sznura pępowiny.

Przyczepienie błoniaste pępowiny spotyka się względnie dość często, bo według różnych autorów 4—10 razy na 1000 porodów; — jeszcze częściej spotykamy tę nieprawidłowość w przypadkach ciąży bliźniaczej, bo według Winckla nawet 50 na 1000. Natomiast rzadko stosunkowo spotykamy przodowanie naczyń pępowinowych lub pępowiny przebiegającej w błonach. Przypadki takie nierozpoznane najczęściej kończą się niepomyślnie dla płodu, jużto z powodu skrwawienia się z przerwanych naczyń krwionośnych pępowiny po pęknięciu pę-

cherza płodowego, już też z powodu przerwania krążenia, wywołanego uciskiem naczyń pępowinowych przez poprzedzającą główkę płodu. W piśmiennictwie znanych jest już dwadzieścia kilka przypadków tego rodzaju. Rozpoznanie tej nieprawidłowości w czasie ciąży zwykle nie jest możliwe; natomiast wśród porodu, gdy szyja macicy jest dostatecznie drożną, rozpoznanie nie przedstawia zdaniem prelegenta zbyt wielkich trudności, gdy tylko nie zapominamy o możliwości istnienia tej nieprawidłowości. Sznur tętniący, wyczuwalny przez błony płodowe, który palcem badającym przesunąć się z zajmowanego miejsca nie daje, ani też nie zmienia zupełnie swojego ułożenia względem błon płodowych przy różnych położeniach, jakie polecamy przybierać rodzącej, musi zawsze nasunąć myśl, że mamy do czynienia z pępowiną przodującą, przebiegającą wśród błon płodowych. Co do sposobu postępowania w takich razach, to K. uważa przypadki podobne za zupełnie identyczne z przypadkami, w których pępowina tętniąca przoduje lub wypada i żadnym sposobem odprowadzić się nie daje. Za najodpowiedniejsze więc postępowanie uważa w takich przypadkach wykonanie obrotu na nóżki, z następowem — w razie potrzeby — szybkiem wydobyciem płodu, przyczem starać się należy przerwać błony płodowe ile możności jak najdalej od przebiegających naczyń pępowinowych.

W rozprawach zabierają głos: kol. Dr. Sołowij, Dr Czyżewicz *jun.*, Dr. Mars i Dr. Kośmiński.

III. Posiedzenie naukowe z dnia 23 marca 1904.

Przewodniczący: Dr. Kośmiński — sekretarz: Dr Breiter.

I. Przewodniczący zawiadamia, że istnieją bardzo znaczne trudności w prowadzeniu dokładnych protokółów z posiedzeń. Odnośnie do wygłaszanych odczytów i demonstracyi można złemu zapobiedz przez dostarczanie autoreferatów, o które też najgoręcej prosi; aby jednak można było umieszczać w protokołach szczegółowo całą dyskusyę, na to potrzeba stenografa. Z braku funduszów na taki wydatek Towarzystwo pozwolić sobie nie może, pomimo iż właśnie dokładne przedstawienie i spisanie prowadzonych rozpraw i wzajemnej wymiany zdań jest rzeczą niewątpliwie największej wagi i dawać może prawdziwy obraz ruchu w Towarzystwie.

W sprawie tej przemawiali kol. prof. Dr. Mars, kol. Dr. Sołowij, kol. Dr. Festenburg, kol. Dr. Wątorek i przewodniczący.

II. Kol. Dr. Czaplicki przedstawia łożysko kształtu nerkowatego i dodaje kilka uwag, dotyczących powstawania tego rodzaju łożysk. Nieprawidłowy kształt łożyska porównywano z zaczątkami łożyska u zwierząt i uważano za twór atawistyczny. Twierdzenie to jednak nie jest uzasadnione, gdyż stosunki rozwoju łożysk zwierzęcych są zupełnie inne i o wiele prostsze. U człowieka odnieść należy te nieprawidłowości w przeważnej części do zmian zapalnych błony śluzowej macicy, które to zmiany z jednej strony powodują wzrost i bujanie kosmków na miejscach, gdzie one prawidłowo zanikają (*decidua reflexa*), z drugiej zaś strony powodują zanik kosmków na miejscach, gdzie w prawidłowych warunkach się rozwijają. Wskutek kombinacyi tych procesów wytwarzają się zamiast prawidłowych, okrągłych i owalnych łożysk rozmaite inne kształty, jak: *placenta reniformis, panduraeformis, fenestrata, biloba, triloba, multiloba.* Łożyska te wszystkie mogą powodować zaburzenia w 3-cim okresie porodowym; najczęściej przychodzi do oderwania oddzielonych małych łożysk (*placentae succenturiatae*), których najwięcej dotychczas naliczono 7. Te łożyska dodatkowe wytwarzają się na początku ciąży, na brzegu *decidua reflexa*, zmienionej wskutek spraw chorobowych *(endometritis).* Początkowo stoją one w związku z *placenta serotina,* później jednak przez bujanie i zmiany zwyrodnienia doczesnej następuje ich oddzielenie od głównego łożyska, a wskutek rozciągnięcia się tkanki może odległość ta wynosić 4—5 ctm. od łożyska głównego. Jeżeli te łożyska dodatkowe zanikną, znajdujemy na zewnętrznej stronie kosmówki zgrubienia zwane *placenta spuria.* — Łożysko przedstawione okazuje kształt wybitnie nerkowaty.

III. Kol. Dr. Breiter: *Przypadek ciąży śródmiąższowej.* Przed kilku miesiącami prelegent wezwany został wraz z drugim kolegą do przypadku poronienia u osoby drobnej, wątłej Badanie wykazało poczynające się poronienie w 3-cim miesiącu ciąży. Z powodu krwawienia wytamponowano pochwę, a na drugi dzień usunięto jajo płodowe i wyskrobano jamę macicy, przyczem usunięto dość znaczną ilość strzępków jaja płodowego. Jamę macicy i pochwę następnie wytamponowano gazą. Na drugi dzień wczesnym rankiem dano znać prelegentowi, iż chora ta krwawi dość znacznie. Po usunięciu tamponów wprowadziłem swobodnie palec do jamy macicy, którą znalazłem próżną i o ścianach zupełnie gładkich. W rogu lewym macicy jednak wyczułem nieznaczne zwieszające się nierówności; chcąc je usunąć natrafiłem na otworek o brzegach gładkich, z którego nierówności te przedostawały się do jamy macicy. Przy nacisku palca przedostałem się z łatwością przez otworek do jamki o ścianach silnie napiętych, wypełnionej resztkami jaja płodowego. Wielkość jamy odpowiadała wielkości orzecha włoskiego. Po usunięciu treści jamka szybko zaczęła się zmniejszać, ściany obkurczyły się silnie około palca i w miarę jego wyciągania zmniejszała się tak, iż po usunięciu palca prawie zupełnie zanikła. Niewątpliwie mieliśmy do czynienia z ciążą śródmiąższową, warunki zaś sprzyjające dozwoliły, iż można było dostać się do jamy i usunąć części jaja płodowego. Względnie mieliśmy tu niezupełne poronienie ciąży śródmiąższowej do jamy macicy. Macica sama była cośkolwiek więcej wypukłona, zwłaszcza po stronie lewej. Chora wkrótce przyszła do siebie; przed kilku zaś dniami przebyła po raz wtóry poronienie, którego przebieg był zupełnie prawidłowy.

IV. Kol. Dr. Czyżewicz *junior: Dwa przypadki ciąży śródmiąższowej.* W ostatnim czasie spostrzegano w c. k. szkole położnych dwa niezwykłe przypadki: U pierwszej pacyentki, rodzącej na czasie, można było stwierdzić odosobnione dwa rogi macicy, pomiędzy któremi było głębokie zagłębienie. W prawym rogu znajdował się płód w położeniu pośladkowem I.; w lewym wyczuć się dawał elastyczny opór, a szmery tam słyszalne wskazywały na obecność łożyska. Rzeczywiście po urodzeniu się płodu zapadł się róg prawy zupełnie, podczas gdy lewy pozostał niezmieniony. Dopiero po odejściu łożyska zapadł się i ten róg i macica przybrała kształt *uterus arcuatus.* W 2-gim dniu połogu nie wykazywała macica już żadnych zboczeń co do kształtu. Zmianę kształtu macicy w czasie porodu wytłómaczyć sobie można, przyjmując rozpoznanie ciąży śródmiąższowej w lewym rogu macicy. W miarę wzrostu płodu przesunął się on do jamy macicy, łożysko zaś pozostało w pierwotnem miejscu przyczepu, t. j. w rozszerzonym macicznym końcu trąbki. W przypadku drugim, u kobiety rodzącej na czasie znaleziono na szczycie macicy w linii środkowej guz elastyczny wielkości dużej pięści, ściśle połączony z macicą i biorący udział w skurczach. Poniżej znajdował się w macicy płód w położeniu czaszkowem I. Po urodzeniu się płodu guz wyżej opisany przesunął się na prawo, odpowiadając teraz prawemu rogowi macicy; po porodzie łożyska zapadł się, poczem macica przybrała kształt prawidłowy. I te objawy wytłómaczyć można rozpoznaniem ciąży śródmiąższowej w rogu prawym macicy. Ciekawym jest tylko w tym przypadku fakt, że róg ten, zawierający w sobie łożysko, nie był umiejscowiony na boku, jak w przypadku pierwszym, lecz więcej ku linii środkowej. W przypadku tym powiększanie się i rozrost macicy musiały odbywać się głównie na koszt prawej połowy i ściany macicy. — Przebieg połogu w obu przypadkach był zupełnie prawidłowy.

V. Kol. Dr. Kośmiński okazuje preparat jaja płodowego z błoną doczesną, przedstawiający zupełny odlew jamy macicy.

Jajo to, odpowiadające rozwojem skończonym dwu miesiącom księżycowym ciąży, zostało w całości wydalone siłami przyrody przez osobę, po raz drugi będącą w ciąży. Okaz ten zasługuje z tego powodu na uwagę, że kształt jego, przedstawiający wierny odlew macicy, jest niezwykły. A mianowicie miejsca, odpowiadające rogom macicy, nie są sobie równe. Podczas gdy po jednej stronie miejsce, odpowiadające rogowi macicy jest kształtu takiego, jak zwykle w przypadkach prawidłowych, to po stronie drugiej znajdujemy wypuklenie znacznych stosunkowo rozmiarów, odpowiadające odlewowi drugiego rogu macicy. Przy rozpatrywaniu tego preparatu okazuje się, że jeden róg macicy, znacznie powiększony, mieścił w sobie więcej aniżeli połowę całego jaja płodowego, podczas gdy jama macicy wraz z drugim rogiem zawierała resztę.

Wobec tego bardzo cechującego kształtu należy przyjąć, iż w przypadku tym jajo rozwijało się początkowo śródmiąższowo w części macicznej trąbki.

W obszernych rozprawach, jakie się rozwinęły nad poszczególnymi przypadkami i o ciąży śródmiąższowej, wzięli udział kol. Dr. Bocheński, Dr. Skałkowski, Dr. Breiter, Dr. Sołowij, prof. Dr. Mars, Dr. Schellenberg, Dr. Czyżewicz *jun* i Dr. Kośmiński.

VII. Krynica, jej rozwój i jej obecne potrzeby.

Napisał
Dr. B. Skórczewski.

IV. Kąpiele borowinowe.

W Krynicy zaprowadzono kąpiele borowinowe w roku 1858, lecz prawdopodobnie skutkiem wadliwego ich urządzenia były one mało używane, albowiem wydawano ich rocznie 126, 167, 188, 190, 324, 246, 540, 714, 913; aż dopiero, gdy wybudowano nowe łazienki mineralne i w nich wydawano także kąpiele borowinowe, odrazu liczba ich podnosi się do 2009 i wzrasta ciągle a jednolicie tak, że obecnie w roku 1903 wydano ich 20.360 w czasie sezonu.

Borowina krynicka, której pokłady w najbliższem sąsiedztwie są bardzo obfite i niema obawy, aby jej kiedykolwiek zabrakło, pod względem jakości i składu chemicznego nietylko nie ustępuje borowinom francensbadzkiej, maryenbadzkiej, elsterskiej, ale je przewyższa, gdyż posiada soli rozpuszczalnych 107‰, gdy tamte mają tylko 35‰, 37‰, 60‰, a zatem jest ich przeszło o 1/3 więcej niż w najlepszej z tych borowin, t. j. elsterskiej. Mamy w Krynicy ten środek leczniczy o wiele lepszy, silniejszy, niż go posiadają inne wszechświatowe zdrojowiska i posiadamy go w ilości nieprzebranej, dlatego nie powinniśmy tego leku szukać u obcych, mając go w lepszym gatunku u siebie. Ależ u nas go dostać nie można, gdyż i to źródło bogactwa krajowego zupełnie zaniedbano. Że to jest bogactwo, niech posłuży za przykład Karlsbad, który nie ma borowiny na miejscu, lecz sprowadza ją koleją z okolic Franzensbadu, a więc musi opłacać dowóz kolei, fracht kolejowy i odwóz z kolei, czyli ponosić musi duże ciężary finansowe, których nie potrzebuje ponosić Krynica, mając ją bardzo blisko, a mimo to na kąpielach borowinowych robi duże interesy i buduje coraz nowe i coraz wspanialsze gmachy: Kaiserbad w roku 1895, a obecnie mają budować siódme łazienki w parku cesarza Franciszka Józefa. U nas inaczej. Jak można Karlsbad porównywać z Krynicą? Zatem porzućmy Europę: a raczej cofnijmy się o 38 lat wstecz, mianowicie do roku 1866. W tym roku w Krynicy stanął duży gmach łaziebny o 72 wannach dla kąpieli mineralnych, w których robiono także kąpiele borowinowe, otóż w tem zestawieniu widzimy, jak były w ogóle:

Kąpiele wydawane w Krynicy dawniej.

Rok	osób	kąpieli	wanien	kąpieli na 1 osobę	osób na 1 wannę	1 wanna wydaje kąpieli przez sezon
1866	940	17140	72	18·2	13	238
1867	1544	28239	„	18·2	21	392
1868	1935	30479	„	15·7	27	423
1869	1912	27699	„	14·4	27	384
1870	1643	28210	„	17·2	23	391
1871	1740	33208	„	19·0	23	461
1872	2011	37162	„	18·4	28	516
1873	899	12413	75	13·8	12	165
1874	2073	36251	„	17·5	28	483
1875	2120	38608	„	18·2	28	514
1876	2055	35363	„	17·2	27	471
1877	2284	34151	„	14·9	30	455
1878	1928	33384	„	17·3	26	445
1879	2374	38658	„	16·2	33	515
1880	2691	43305	+26	16·0	27	428
Średnio	1876	31618	—	16·8	25	418

W przeciągu tych 15 lat wydawano średnio rocznie po 31618 kąpieli, a jedna wanna służyła średnio na sezon do 418 kąpieli, zaś na jedną wannę przypadało 24·8 osób ogólnej frekwencyi, w końcu każda osoba ogólnej frekwencyi kąpała się 16·18 razy. Oprócz tego ogólnego wniosku należy tu podać jeszcze kilka wyjaśnień. Nizkie liczby z r. 1866 i 1873 pochodzą: pierwsza z powodu wojny prusko-austryackiej, a druga z powodu cholery, którą zawleczono także do Krynicy. W roku 1872 liczba kąpieli, jaką wydała jedna wanna na sezon, wzrosła do 516 i zaraz na rok następny postarano się o wytworzenie 3 nowych wanien; ale gdy to okazało się niedostatecznem i wanna obciążała się wydawaniem kąpieli ponad przeciętną liczbę i doszła w r. 1879 do 515, to już w roku 1880 stanął osobny gmach łaziebny dla kąpieli borowinowych o 26 wannach, a wkrótce potem, bo w r. 1884, stanął zakład wodoleczniczy, jako uzupełniający kuracyę kąpielami krynickiemi. Słowem, w całem tem piętnastoleciu widoczną jest wielka czujność i dbałość sfer rządzących Krynicą, aby ona posiadała dostateczną liczbę kąpieli, aby chorzy swobodnie i wygodnie z tych środków leczniczych korzystać mogli. Obecnie stan ten się znacznie zmienił na niekorzyść, co uwidocznia zestawienie, jak były w ogóle

Kąpiele wydawane w Krynicy w ostatnich 15-latach.

Rok	osób	kąpieli	wanien	kąpieli na 1 osobę	osób na 1 wannę	1 wanna wydaje kąpieli przez sezon
1889	4133	46313	106	11·2	39	436
1890	4465	49286	„	11·0	42	464
1891	4270	4[illegible]074	„	10·5	40	425
1892	4627	42933	„	9·2	43	405
1893	4551	49506	„	10·7	42	467
*) 1894	4623	54593	106	11·7	43	513
1895	5099	62464	„	12·2	47	600
1896	4577	52400	„	11·6	43	494
1897	4945	55073	„	11·1	46	515
1898	4732	54548	„	11·5	44	514
1899	5026	69908	113	13·9	44	619
1900	5882	73807	„	12·5	52	658
1901	6[illegible]68	77528	„	12·3	55	686
1902	6343	79809	„	12·6	56	706
1903	6647	84701	„	12·7	58	750
Średnio	5079	59869	—	11·7	46	550

*) Krynicę objęto w zarząd Namiestnictwa.

W tych ostatnich 15 latach wydawano średnio rocznie w Krynicy 59869 kąpieli, jedna wanna służyła średnio do 550 kąpieli na sezon, zatem o 132 kąpieli więcej, niż poprzednio; zaś na jedną wannę przypadało średnio 46 osób ogólnej frekwencyi, czyli blizko dwa razy tyle, jak poprzednio, a każda osoba ogólnej frekwencyi kąpała się średnio 11·7 razy, zatem o 6 razy mniej, niż poprzednio. W tych liczbach przeciętnych nie występuje jeszcze zaniedbanie Krynicy pod względem kąpieli tak dosadnie, jakiem ono jest istotnie, ale widzi się je doskonale, rozpatrując rok po roku. Skoro w poprzednich 15 latach liczby ulegały pewnym znaczniejszym wahaniom, to tutaj wzrastają one niemal jednolicie: frekwencya podnosi się z 4133 osób na 6647 osób; liczba kąpieli wzrasta z 46313 na 84791, czyli niemal się

podwaja, a liczba wanien nie podwaja się, ale przybywa tylko 7; skutkiem tego jedna wanna, która powinna wydawać 300 do 400 kąpieli na sezon, wydawała zwłaszcza w ostatnich 10 latach powyżej 500, aż doszła do 750 kąpieli na sezon, a na jedną wannę przypadało 58 osób, zamiast 25. Porównywując te dwa zestawienia co do wydawanych kąpieli w Krynicy, stanowczo twierdzić możemy, że dawne rządy, czy to Dyrekcyi skarbu, czy też Dyrekcyi dóbr państwowych, daleko lepiej wywiązywały się ze swego zadania, niż Namiestnictwo, które, mając fundusze inwestycyjne, prawie nic w tym kierunku nie zrobiło, a właśnie w tym kierunku powinno było zwrócić całą swoją działalność.

Jeden szczegół zasługuje tu jeszcze, by się w nim bliżej rozpatrzeć, mianowicie ile kąpieli wypada na 1 osobę frekwencyi. W dawniejszych 15 latach, w czasach, gdy do Krynicy wiele osób przyjeżdżało dla zabawy, gdy Krynica była letnim salonem całej Polski, wtedy na 1 osobę przypadało około 18 kąpieli. W ostatnich zaś 15 latach, gdy się zmieniła jakość publiczności, gdy przyjeżdżają wyłącznie tylko chorzy, którzy leczą się bardzo starannie i pieniędzy na leczenie się nie żałują, mianowicie izraelici, to liczba kąpieli na osobę obniżyła się średnio na 11·7, a spadała nawet na 9·2. Do pewnego stopnia można to tłómaczyć tem, że w zestawieniu nie uwzględniłem zabiegów wodoleczniczych. Gdybyśmy te zabiegi wliczyli, to pomimo, że przy leczeniu się wodą używa się dziennie nie jedna, ale kilka procedur, nie otrzymamy tej liczby kąpieli, co dawniej. A powinno być przeciwnie, bo ludzie nie przyjeżdżają tutaj się bawić, a tylko się leczyć, zatem więcej powinni zużywać środków leczniczych. Że zaś ich nie zużywają, to główna przyczyna leży w tem, że tych środków dostać nie mogą.

Gdy przed 25 laty wybudowano łazienki borowinowe o 27 wannach, wtedy wydawano rocznie około 6000 tych kąpieli, co na 2691 osób frekwencyi czyni 2·2 kąpieli na osobę, a 1 wanna na 99 osób, zaś 1 wanna wydawała 222 kąpiele na sezon. A jak jest obecnie?

Kąpiele borowinowe w Krynicy wydawane w ostatnich 15-latach.

Rok	kąpieli	wanien	kąpieli na 1 dobę	osób na 1 wannę	1 wanna wydaje kąpieli przez sezon
1889	13900	27	3·3	153	514
1890	13739	„	3·2	165	508
1891	11636	„	2·7	158	431
1892	11115	„	2·4	171	412
1893	13501	„	2·9	168	500
1894	15083	27	3·2	171	595 *)
1895	17651	„	3·5	189	654
1896	13874	„	3·0	169	514
1897	15000	„	3·0	183	555
1898	15168	„	3·2	175	562
1899	18153	„	3·6	186	672
1900	19296	„	3·2	218	714
1901	18717	„	2·9	232	693
1902	19479	„	3·0	235	721
1903	20360	„	3·0	246	754

*) Krynicę objęło w zarząd Namiestnictwo.

Z tego zestawienia okazuje się, że przez te 15 lat (pomimo wielkiego przeciążenia wanien, bo każda wydawać musiała nie 200—300 kąpieli na sezon, ale powyżej 500, 600, aż doszła do 754), to gdybyśmy przyjęli 100 dni pełnego, równego sezonu, wypadałoby na wannę $7\frac{1}{2}$ kąpieli dziennie, że zaś sezon główny trwa 4 do 5 tygodni tylko, to w tym czasie nawet 12 kąpieli na 1 wannę dziennie jeszcze byłoby za mało. Zapotrzebowanie tych kąpieli w Krynicy jest duże, ale temu zapotrzebowaniu nie czyni się zadość.

Zapatrując się ze stanowiska przemysłowego na potrzebę łazienek borowinowych i przyjąwszy 5 kąpieli na 1 osobę frekwencyi, a 300 kąpieli na sezon z jednej wanny, to rzecz tak się przedstawia:

Kąpiele borowinowe w przyszłem 25-leciu.

od roku	do roku	liczba osób średnio rocznie	liczba kąpieli średnio rocznie	liczba wanien
1904 —	1908	6922	34610	115
1909 —	1913	8860	44300	147
1914 —	1918	11341	56705	189
1919 —	1923	14515	72575	242
1024 —	1928	18579	92895	309

Liczby tutaj przytoczone same przez się mówią bardzo wyraźnie, że jeżeli będzie racyonalnie prowadzona gospodarka kąpielami borowinowemi w Krynicy, to społeczeństwo polskie nie będzie potrzebowało szukać gorszej borowiny we Francensbadzie i Elsterze, ale chętniej napływać będzie na te kąpiele do Krynicy, a za ten jeden środek leczniczy zostawiać będzie w kraju w niedalekiej przyszłości krocie tysięcy złr.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Walka z gruźlicą. Prof. K. Müller, dyrektor szpitala w Peszcie, proponuje Zarządowi miasta utworzenie tak zw. «dispensaires» według planu Calmettea, co ma być niezbyt kosztowne. Na Węgrzech umiera rocznie na gruźlicę przeszło 7000 osób, co odpowiada 400.000—500.000 chorych. W samym Budapeszcie umarło na suchoty w r. 1902 2600 osób, gdy wszystkie inne choroby zakaźne zabrały tylko 1305 ofiar. Gorsze pod tym względem stosunki są tylko w Rosyi. Wobec tego nie wystarczają te tylko środki zaradcze, które zaprowadzono dla suchotników, leżących w szpitalach, lecz trzeba zwrócić uwagę na suchotników chodzących, od których właśnie zagraża zdrowym największe niebezpieczeństwo zakażenia. W latach 1900 do 1902 udzielono w 9 publicznych szpitalach peszteńskich porady 194 927 przychodnim suchotnikom. Najodpowiedniejsze ze względów leczniczych i zapobiegawczych są dla takich chorych tak zw. «dispensaires», których wiele istnieje już we Francyi i w Belgii. W tych zakładach leczy się takich tylko chorych, u których stwierdzono niewątpliwie gruźlicę. W pierwszym rzędzie udziela się im porady i leków, nadto otrzymuje każdy spluwaczkę kieszonkową, którą codziennie wymienia na inną, wyjałowioną. Otrzymuje też broszurki, pouczające go o zachowaniu się etc.; dostaje mięso i mleko, stosownie do stanu, które spożywa w zakładzie. Zarząd zakładu dowiaduje się dokładnie o stosunkach rodzinnych, mieszkania i zarobkowania chorego, stosownie do tego ustala jakość wsparcia i troszczy się też o odkażenie mieszkań suchotników.

Baschkopf.

Feilchenfeld. **Uwagi higieniczne w sprawie mamek.** *(Deutsche Medic. Zeitung*, 1904, Nr. 19). Autor przypomina czas, w którym dawano pierwszeństwo sztucznemu karmieniu i na podstawie badań Soxhleta zaprowadzono je powszechnie. Gdy później stwierdzono pewne choroby, powstające wskutek sztucznego karmienia wyłącznie mlekiem, zbyt energicznie wyjaławianem, przekonano się znów, że karmienie piersią zasługuje na pierwszeństwo. Każdy przyzna jednak, iż wybór mamki należy do najwstrętniejszych czynności lekarza. Badanie mamki podobne jest poniekąd do zadania rzeczoznawcy przy kupnie konia. Trudno też stanowczo rozstrzygnąć, czy pokarm jest dobry. Niewiele pomoże zbadanie gruczołów piersiowych, brodawek, ani rozbiór chemiczny mleka. Lekarz może tylko badać konstytucyę mamki jej narządy i czy nie ma choroby zakaźnej. O dziedziczności nie może nic stanowczego orzec, gdyż ograniczyć się musi do takich wywiadów, jakie poda mamka. Co do najważniejszego pytania: dostatecznej ilości mleka, musi lekarz w zupełności polegać na orzeczeniu pośredniczki. Co prawda można zbadać dziecko, jeżeli mamka je przyniesie. Dobre wyglądanie dziecka przemawiałoby stanowczo za zdrowiem mamki i dobrocią jej pokarmu. Niestety często nie ma się pewności, że dziecko to rzeczywiście jest własnem dzieckiem mamki. Dlatego powinno zawsze być zasadą nie polecać mamek, które przychodzą bez dzieci. Autor opisuje, jak pośredniczki — przynajmniej w Berlinie — wyzyskują młode mamki, przywabione anonsami ze wsi do wielkiego miasta. Niejedna z mamek, straciwszy skutkiem nędznego odżywiania się zdolność karmienia, chwyta się nierządu, by się uwolnić z rąk stręczycielki. Dla poprawienia złego zaleca autor utworzyć schronisko dla mamek, ze wsi przybywających, najlepiej przy klinice pedyatrycznej lub zakładzie dla podrzutków. Tam możnaby mamki i ich dzieci nadzorować celem zapobiegania oszustwu, którego padają same ofiarą, a przez nie inni. Przytułek zaś dla osesków miałby tylko korzyść z takiego urządzenia, gdyż mógłby bezpłatnie używać mamek przez dłuższy czas, aż nie znajdą miejsca z odpowiedniem wynagrodzeniem. Lekarze i publiczność zyskaliby pewność, że mamki, polecone przez przytułek, są dobre. Następnie należałoby wprowadzić nadzór policyjny. Dotychczas mało zważa się na książeczkę służbową u mamek. Każda partya powinna do książeczki dokładnie wpisać czas pobytu u niej mamki, na policyi zaraz zameldować, powinno się nadzorować mieszkania mamek u stręczycielek, odżywianie etc. *Baschkopf.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 15 września.

* *Otrzymujemy z c. k. Namiestnictwa następujące ogłoszenie:*

L. 122.275. W czasie między 15 a 20 października b. r. odbędzie się w Paryżu międzynarodowy Kongres dla asanacyi i higieny mieszkań. Na wezwanie kongresowego Komitetu organizacyjnego poselstwo francuskie we Wiedniu zaprasza za pośrednictwem c. k. ministerstwa spraw zewnętrznych do wzięcia udziału w obradach tego Kongresu. Wskutek reskryptu c. k. ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 22 sierpnia 1904 L. 32.685 zawiadamia się o tem Redakcyę »Przeglądu lekarskiego« i zwraca uwagę na program Kongresu, ogłoszony w czasopiśmie »Das österreichische Sanitätswesen«.

O nazwiskach ewentualnych uczestników zechce Redakcya »Przeglądu lekarskiego« zawiadomić c. k. Namiestnictwo.

Za c. k. Namiestnika: *Łoś.*

* W niedawno zakończonym międzynarodowym Zjeździe fizyologów w Brukseli polscy członkowie wzięli wybitny udział w wykładach i rozprawach: panna Joteykówna przedstawiła bardzo dokładnie przeprowadzone doświadczenia nad nużeniem się mięśni; utworzyła ona formułę matematyczną, według której nużenie to występuje. W drugim odczycie wyłożyła p. J. rzecz o wpływie wyskoku, cukru, kofeiny i innych czynników na pracę: z tych doświadczeń wysnuwa prelegentka wnioski, tyczące się ekonomii, z jaką pracuje układ nerwowy. Panna Stefanowska zdała sprawę z dwóch prac nad wzrostem zwierząt i roślin, starając się przedstawić prawidło matematyczne, według którego wzrost ten się odbywa. Prof. Beck ze Lwowa mówił o zjawiskach elektrycznych w korze mózgowej po zniszczeniu niektórych jej części. Doświadczenia, z których zdał sprawę, umożebniły wykrycie tych miejsc w mózgu, w których powstają czucia ogólne, n. p. ból. Bardzo wielkie zajęcie budziły doświadczenia Rektora Cybulskiego nad zjawiskami elektrycznemi w nerwach: praca ta, prócz doniosłej strony naukowej, ma dla naszego fizyologa to jeszcze znaczenie, że długoletni i zawzięty przeciwnik jego zapatrywań, prof. Borutau, cofnął się na całej linii i przyznał Cybulskiemu słuszność i pierwszeństwo w wypowiedzeniu teoryi t. zw. koncentracyjnej. To cofnięcie się i uznanie w ustach prof. Borutau ma jeszcze i tę stronę znamienną, że walcząc z profesorem Cybulskim, nie potrafił on należycie uszanować odmiennych zapatrywań kolegi, a doborem wcale niewytwornego stylu wprost uchybiał zasadom polemiki naukowej.

* Profesor nadzwyczajny dermatologii w Uniw. Jag., Dr Władysław Reiss, mianowany został profesorem zwyczajnym.

* Profesorowie nadzwyczajni uniwersytetu lwowskiego, Dr. Stanisław Bądzyński i Dr. Włodzimierz Sieradzki, mianowani zostali profesorami zwyczajnymi.

* Doc. Dr. Wincenty Łepkowski otrzymał tytuł profesora dentystyki.

* Nadetatowi ordynatorowie warszawskiego szpitala Dzieciątka Jezus, Dr. Janowski i Dr. Stefan Jakowski, mianowani zostali ordynatorami etatowymi.

* Dyrektorem szpitala powszechnego w Bochni mianowany został Dr. Bolesław Nodzyński, sekundaryuszem tegoż zakładu Dr. Roman Urysz.

* Asystent sanitarny, Dr. Eustachy Baczyński, przeniesiony został z Zbaraża do Zborowa.

* Jednym z sekretarzy nowopowstałego Towarzystwa lekarskiego w Charbinie wybrany został Dr. Arcimowicz.

* Dzienniki donoszą, że w okolicy Mińska znaleziono zdroje żeleziste.

* Rada kijowskiego Towarzystwa wzajemnego kredytu przeznaczyła 25,000 rubli na zapomogi dla rodzin lekarzy, czynnych w obecnej wojnie wschodniej.

* Cholera w krajach azyatyckich nie ustaje. W Baku stwierdzono jeden przypadek, prawdopodobnie zawleczony z Persyi, a istnieje uzasadniona obawa, że wybuchnie ona na Kaukazie w większych rozmiarach.

* Międzynarodowy Kongres dla walki z gruźlicą, który się zbierze w Paryżu między 2 a 7 października 1905 r., powziął już uchwałę co do tematów, które w formie referatów poddane będą pod rozprawy członków zjazdu. Sekcya patologiczna wybrała trzy następujące zagadnienia: 1) leczenie toczenia (lupus) nowemi metodami; 2) wczesne rozpoznawanie gruźlicy przy zastosowaniu nowych metod; 3) badania porównawcze gruźlicy różnych rodzajów. Sekcya społeczna: 1) czynnik etyologiczny gruźlicy; 2) rola sanatoryów w walce z gruźlicą; 3) instytucya ubezpieczeń w walce z gruźlicą.

* Ile kosztuje rad? Dzięki niepomiernie wysokiej cenie badanie naukowe i kliniczne tego pierwiastku chemicznego trafia na nieprzezwyciężone trudności: 0,005 bromku radu kosztuje 2.000 franków; 0,01 — 4,000 fr.; 0,1 — 40,000, a 1,0 — 400,000 fr. Takie ceny podają ogłoszenia w czasopiśmie *Le Radium,* wydawanem przez grono badaczy, oddających się specyalnemu studyowaniu promieniotwórczości.

* Między 20 a 27 sierpnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim, drohobyckim, horodeńskim, rawskim (po 1 gminie), stryjskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), turczańskim (3 gm.), złoczowskim i żółkiewskim (po 1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzwyczajny chirurgii w uniw. czeskim, Dr. Kukula, mianowany został profesorem zwyczajnym. Dr. Kossel mianowany — profesorem zwyczajnym higieny w Giessen, w miejsce Gaffkyego. Prof. Krehl z Tybingi objął katedrę medycyny wewn. i kierownictwo kliniki lekarskiej w Strassburgu, jako następca Naunyna. Prof. Lyon z Chicago mian. został profesorem fizyologii w Waszyngtonie.

Nekrologia. Dr. Władysław Głaczyński, emerytowany prymaryusz szpitala, zmarł w Kołomyi. Dr. Sokołowski zmarł w Wrocławiu. Dr. Sousa prof. okulistyki — w Lizbonie. Dr. Koebner, b

profesor wrocławskiej kliniki dermatologicznej, zmarł w Berlinie w 66 roku życia. Dr. Zenon Cywiński, ceniony okulista, zmarł w Wilnie.

Bibliografia.

— *Nowiny lekarskie* Z. 9. Noiszewski: Poczucie mięśniowe uczucie inerwacyi. Dziembowski: Leczenie kamicy nerkowej. Rakowski: Przypadek ostrej niedrożności jelit wyleczony za pomocą użycia prądu przerywanego.

— *Gazeta lekarska* Nr. 36. Halpern: O zachowaniu się chlorków w ustroju, ich stosunku do powstawania obrzęków i znaczenia w dyetetyce przy zapaleniu nerek. Schoeneich: Przyczynek do rozpoznawania różniczkowego zrostów osierdzia i wad zastawkowych w wieku dziecięcym.

— *Medycyna* Nr 36. Dehnel: Wrzekome zapalenie wyrostka robaczkowego. Smoleński: O znaczeniu leczniczem związków gliceryno-fosforowych u dzieci (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Z. 8. Prechner: Krzywica w świetle poglądów współczesnych. Fidler: Przyczynek do epidemiologii błonicy (c. d.). Serkowski: Zarys semiotyki moczu (c. d.). Puławski: Przyczynek do leczenia płonicy surowicą swoistą (z prac wni prof. Bujwida).

— *Zdrowie* Z. 10. Szyc: Udział kobiet w wychowaniu fizycznem i konieczność przygotowania się do tej roli. Sulgustowska: Slöjd i jego stanowisko wobec wychowania i higieny. Neumarkowa: O slöjdzie pedagogicznym. Przedborski: O wpływie niedrożności nosa i jamy nosowogardzielowej na zdrowie dzieci i podrastającej młodzieży. Przychodzki: Uwagi o stanie sanitarnym m. Radomia i o potrzebie reorganizacyi Komisyi sanitarno wykonawczych w naszych miastach gubernialnych. Tołwiński: Klimat na Dalekim Wschodzie.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 36. Kopfstein: Kasuistika vzácnych nádorů v chirurgii. Libenský: Užiti paprskü Roentgenových ve vnitřním lékařstvi (c. d.). Návrat: O samovraždě (c. d.).

— *Sbornik klinický* Nr. 6. Kose: Přispěvek ku seznáni účinku nikotinu na srdce. Niederle: O spodni luxaci v kloubu kyčelním. Kutvirt: Sarcoma sinus frontalis. Šamberger; Dermatitis blastomycetica.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 8. Rubeška: Přispěvek ku hnisani v boubelich vaječnikových. Mráček: Jak vyšetřovati chrup žactva.

— *La Presse médicale* Nr. 71. Adenot i Latarjet. Przepuklina nadbrzuszna błony śluzowej żołądka. Malibran: Mechanizm rozedmy płuc. Testevin i Busquet: Zapalenie gardła rzekomobłonicze złośliwe na tle łańcuszkowców i pneumokoków.

Nr. 72. Marandon i Montyel: Spotęgowanie licznych wydzielin w przebiegu porażenia postępującego. Delbet: Leczenie przetok kałowych, występujących po uwięźniętych i uległych zgorzeli przepuklinach udowych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 36. Nader bolesne pasy po postrzale głowy. Laqueur: Leczenie przewlekłych gośćcowych i rzeżączkowych schorzeń stawów za pomocą zastoinowego przekrwienia metodą Biera. Seidelin: Badania treści żołądkowej u osobników starszych. Liefmann: Przypadek guza w mózgu po urazie. Operacya. Stifler: O opadnięciu aorty brzusznej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 36. Edlefsen: Przyczynek doświadczalny do nauki o utleniającem działaniu substancyi fluoryzujących. Lichtwitz: O działaniu substancyi fluoryzujących. Donath i Landsteiner: Hemoglobinurya napadowa. Düring: O wyprysku. Schumm: Przyczynek do nauki o alkaptonuryi. Wagner: O gnilcu sporadycznym. Stein: Przyczynek do leczenia moczówki prostej. Rheinboldt: Żółtaczka i cukrzyca na tle nerwowem. Oberwinter: Przyczynek wrodzonego połączenia między aortą a tętnicą płucną z jednoczesnem wytworzeniem się tętniaka w wspólnej przegrodzie. Bulling: Wdychiwania z fenylpropiolanem sodowym w gruźlicy krtani i płuc. Jesionek: Nowa dermoterapeutyczna lampa do naświetlania.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 36. Nitsch: Uwagi nad metodą Pasteura szczepień przeciw wściekliźnie. Baumgarten: Przyczynek do chorobotwórczości prątka Friedländera i tkankorództwa komórek Mikulicza. Goldman: Tymczasowe uwagi nad szczepieniem w świetle czerwonem.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 37. Friedrich: Leczenie przewlekłego otoku jamy Highmora. Schaudinn: Przedostawanie się zarodków tęgoryjca przez skórę z zewnątrz. Volhard: Oczne objawy przy porażeniu ramienia. Brat: W sprawie pomocy dla pracujących w fabrykach wyrabiających trucizny. (Polemika z Dr. Lewinem i odpowiedź tego ostatniego na zarzuty Brata). Ury i Alexander: Nieprawidłowości w kale przy schorzeniu trzustki (dok.).

Redakcya otrzymała. Spira: Bericht über die Thätigkeit des rhinootiatrischen Ambulatoriums des israelitischen Spitales in Krakau in der Zeit vom 1—I bis zum 31—XII 1903. — C. Beck: 1) Ueber ein neues rhinoplastisches Verfahren. 2) Beitrag zum amerikanischen Vorbildungsunterricht. 3) Ueber das Korrekturverfahren bei schlecht verheilten Knochenbrüchen. 4) Ueber Verknöcherungsvorgänge in den Venen im Lichte des Röntgenverfahrens. — Kucharzewski: Recherches expérimentales sur les modifications du sang après les injections de sérums thérapeutiques et de sérum normal de cheval.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 36 (od 4/IX do 10/IX) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 17, dz. 22; nieżywo: chł. 3, dz. 1. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 16, kob. 16; zamiejscowych: męż. 10, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. — ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. 1, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. 1. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 3, ob. 7. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 2. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob —. **Razem** miej. 32, obcych 22.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok LXIII. Kraków 24 Września 1904. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

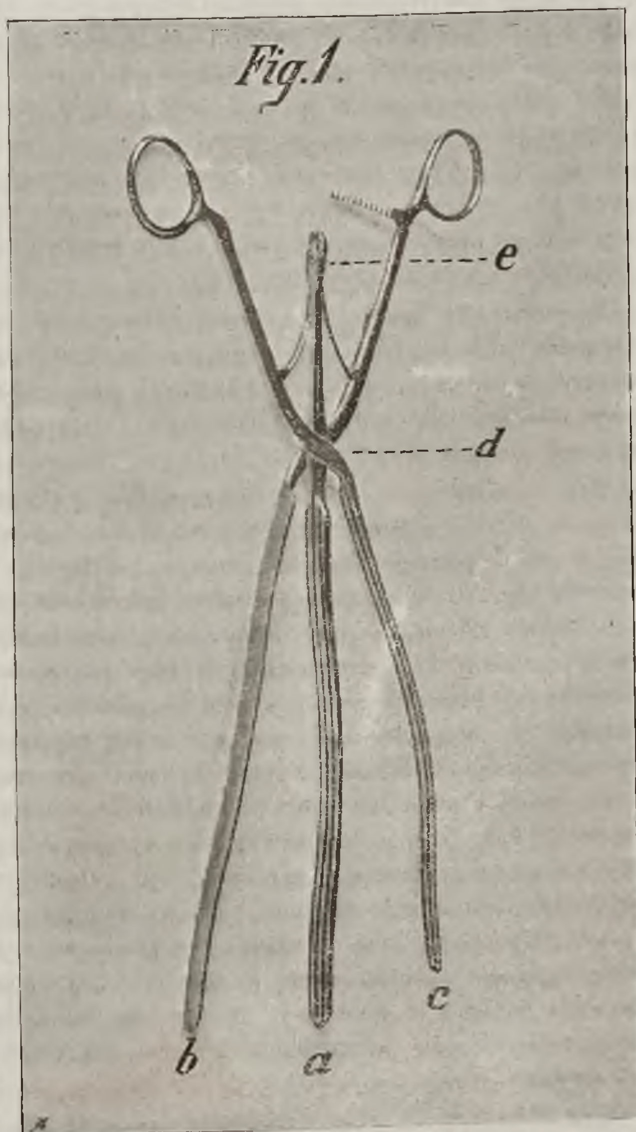
Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. L. Rydygiera we Lwowie.

„Trójlistne kleszcze“ w zastosowaniu praktycznem.

Podał
Doc. Dr. M. W. Herman,
asystent kliniki.

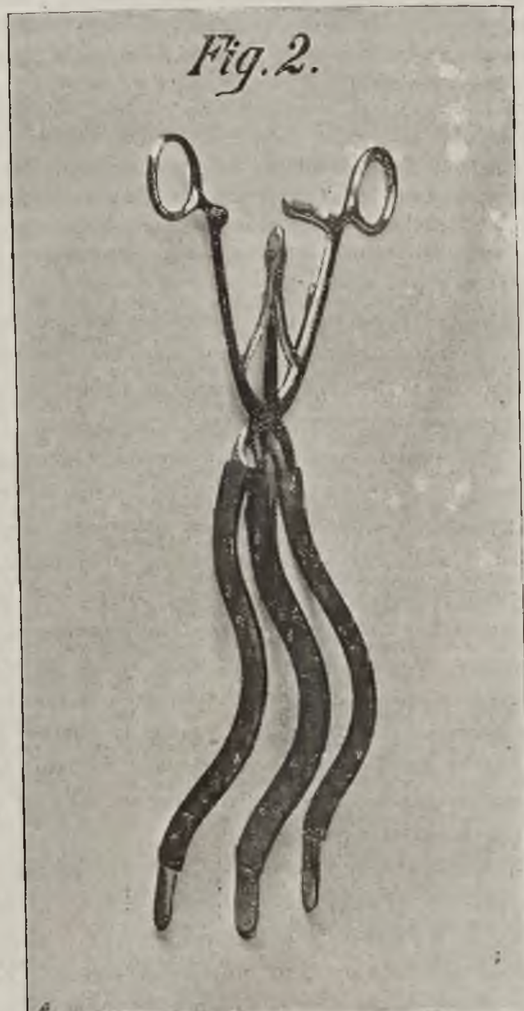
Przedstawiając przed kilkoma miesiącami w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem kleszcze trójlistne, które miały pod pewnym względem ułatwić założenie trwałej przetoki



a) ramię środkowe, mające w punkcie d) oś obrotu, wspólną z ramionami zewnętrznemi b) i c); e) widełki utrzymujące ramię środkowe w niestałym stosunku do ramion zewnętrznych.

między żołądkiem a jelitem czczem i opisując je później, wyraziłem przekonanie, że przyrząd ten zdoła zastąpić jednego asystenta i to wprawnego. Kleszcze owe bowiem nie tylko zaciskają odpowiednią część żołądka i jelita do tego stopnia, że nie zgniatając samychże ścian, nie dozwalają, aby treść z nich wylała się do jamy otrzewnej, lecz równocześnie ustalają odpowiednie okolice żołądka i jelita w jednem niezmiennem położeniu obok siebie.

Twierdzenie to opierałem wówczas na kilku doświadczeniach z naszej pracowni (na psach) i na jednem spostrzeżeniu z kliniki. Dzięki uprzejmemu zajęciu się temi kleszczami Szefa mego Radcy Dworu Prof. L. Rydygiera, kleszczy trójlistnych od tego czasu jeszcze 5 razy użyto



w klinice, cztery razy przy gastroenterostomii tylnej (m. Hacker), a raz przy przedniej (m. Wölfler).

Pomijam opis kleszczy, co już gdzie indziej uczyniłem[1]) i sądzę, że obejrzenie dołączonych rycin wystarczy do zrozumienia ich budowy.

[1]) Wiener klinische Wochenschrift 1904, Nr. 8.

Technika zaś użycia kleszczy trójlistnych jest wcale prostą. Operując n. p. sposobem v. Hackera postępujemy tak: Odszukawszy odpowiednią pętlę jelita i ustaliwszy cypl tylnej ściany żołądka w szczelinie krezki poprzecznicy kilkoma szwami węzełkowymi, okręcamy jelito tak, aby ruch robaczkowy w ramieniu odprowadzającem przebiegał równolegle do ruchu robaczkowego żołądka. Asystent, stojący naprzeciw, przytrzymuje przy sobie żołądek i jelito, operator zaś wsuwa między nie ramię środkowe kleszczy, oba zaś ramiona zewnętrzne zakłada na żołądek, względnie jelito. Przekonawszy się raz jeszcze, że rzeczywiście mamy między ramionami kleszczy tylko te części przewodu pokarmowego, które są jedynie potrzebne, a nic ponadto, zamykamy kleszcze i zaciskamy je o tyle, o ile potrzeba, aby uchwycone kleszczami części z pomiędzy ich ramion się nie wysuwały. Zwykle tętnice zostają przy tem tak zaciśnięte, że z przeciętych ścian zgoła nie krwawi. Kilka razy zauważyliśmy, że mimo dokładnego zaciśnienia z pomiędzy ramion kleszczy żołądek się wysuwał (nigdy jelito), zwłaszcza w stronie, zwróconej do trzonka kleszczy. Temu zapobiegaliśmy, chwytając zaciśnięte ścianki żołądka tuż ponad kleszczami, haczykowatemi szczypczykami Chaputa. Tę niedokładność w działaniu kleszczy usunąćby można przez pewną poprawkę techniczną w ich budowie, mianowicie przez zetknięcie ich ramion już przy samym zamku. Z obawy bowiem zgniecenia ścian żołądka, w modelu pierwotnym ramiona zewnętrzne tak były ustawione (przez odpowiednie odgięcie), że nawet po całkowitem zamknięciu kleszczy między wewnętrznemi powierzchniami ramion pozostawała wolna przestrzeń, wysokości około 3 mm. Praktyka przekonała nas, że to zbyteczna ostrożność. Założywszy kleszcze, okrywamy pole operacyjne dużymi płatami gazy wyjałowionej, osłaniającymi całą jamę brzuszną i trzewa, jeden zaś płat wsuwamy popod kleszcze pomiędzy żołądek i jelito. Rozpoczynamy szyć. Najpierw więc tylny szew Lemberta, potem po nacięciu warstwy surowiczej i mięsnej, tylny (t. z. pierwszy) rząd Czernyego. Po założeniu tego szwu przecinamy błonę śluzową jelita i żołądka bez najmniejszej obawy, aby cokolwiek z nich wypłynęło, i na błonę tę zakładamy szew obrąbkowy najpierw od tyłu, potem od przodu, poczem następuje szew przez surowiczą i mięsną od przodu. Po założeniu tego szwu zdejmujemy już kleszcze, stały się bowiem zbyteczne i utrudniałyby tylko szerokie wpuklenie ścian surowiczych przy zakładaniu ostatniego rzędu szwu Lemberta od przodu.

W klinice Rydygiera przetokę żołądkowo-jelitową zakładamy z zasady, znieczuliwszy powłoki brzuszne płynem Schleicha (Nr. II). Do uśpienia ogólnego (chloroformowo-eterowego) uciekamy się tylko wyjątkowo i to tylko wówczas, gdy przed operacyą nie można stanowczo wyłączyć możności wycięcia odźwiernika. Więc w przeważnej liczbie przypadków odpada potrzeba asystenta, prowadzącego narkozę. Jeżeli zaś przed operacyą przyrządzimy sobie wszystkie szwy, jakie w dalszym ciągu mogą być potrzebne, jeżeli odpowiednio rozłożymy narzędzia i umieścimy je pod ręką, możemy śmiało, mając jednego tylko asystenta i to niekoniecznie wprawnego, przystąpić do gastroenterostomii. Praktyka bowiem pouczyła, że kleszcze trójlistne, jeżeli nie zastąpić, to w każdym razie wyręczyć zdołają asystenta, obarczonego trudnem i odpowiedzialnem zadaniem: ustalania i zaciskania żołądka i jelita.

Tym wskazaniom równocześnie zadość nie czyni żaden z przyrządów, dotychczas podanych przez A. Guinarda, Laplacea i Naratha, o których wspominałem w pierwszem swem ogłoszeniu, tem mniej zaś kleszcze Fr. Hansyego, o których się dowiedziałem już później [2]). Obmyślano je bowiem tylko w tym celu, aby przez zaciśnięcie kleszczami odpowiedniej części żołądka zapobiedz wylaniu się zeń treści, innemi zaś kleszczami zaciskają jelito. Przeto jeden z asystentów musi kleszcze te, a raczej części żołądka i jelita, przez nie odgraniczone, przez cały czas operacyi dostosowywać. Przy używaniu kleszczy trójlistnych potrzeba ta odpada, gdyż stojący naprzeciw operującego asystent ma właściwie jedno tylko zadanie: przytrzymywanie szwów. Każdej więc niemal chwili odejść może, aby podać czyto świeży szew, czy też jakieś narzędzie. Między operowanymi sześcioma przypadkami nie natrafiliśmy na taki, w którymby z powodu zrostów w otoczeniu żołądka wykonanie operacyi napotykało na trudności techniczne, nie mogę więc nic powiedzieć o pożyteczności tych kleszczy w trudnych przypadkach, o których także myślałem, obmyślając ten przyrząd. Nie zdarzyła się też w tym czasie sposobność zastosować kleszcze przy zakładaniu przetoki między ramionami pętli jelita, czy kiszki, blizną czy nowotworem zwężonych. Z tego jednak, co już widziałem, sądzę, że pomoc kleszczy trójlistnych w tych przypadkach pożądana ze względu na niemożność opróżnienia ramienia doprowadzającego, byłaby wcale znaczną.

Z sześciu chorych, u których zakładaliśmy przetoki żołądkowo-jelitowe (z powodu raka odźwiernika) przy pomocy naszych kleszczy, pierwsza zmarła w 48 godzin po operacyi. Sekcya stwierdziła, że przyczyną śmierci było daleko posunięte zwyrodnienie mięśnia sercowego i drobne ognisko zapalne w płucach. U czterech następnych przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki, jakkolwiek byli to chorzy tak już wyniszczeni, że jedynie z niechęcią i zmuszeni moralnie przez otoczenie chorego ważyliśmy się na gastroenterostomię. W szóstym wreszcie przypadku rozwinęło się zapalenie płuc po lewej stronie u dołu, które przez pierwszych dziesięć dni po operacyi utrzymywało nas w niepewności co do ostatecznego wyniku pooperacyjnego.

W pierwszym przypadku dzięki autopsyi, w następnych przez pilne śledzenie przebiegu pooperacyjnego przekonaliśmy się, że użycie kleszczy trójlistnych przy gastroentostomii nie sprawia żadnego ubocznego, niepożądanego skutku szkodliwego

Tak usunięte zostały ostatecznie wszelkie wątpliwości i skrupuły, któreby odstręczać mogły od użycia tego przyrządu. I dziś, opierając się już nietylko na szeregu doświadczeń, lecz na dostatecznej liczbie spostrzeżeń klinicznych, śmiało zalecić możemy kleszcze trójlistne każdemu, kto musi operować bez dostatecznej i dostatecznie wprawionej asysty, jak niemniej i temu, kto ze względu na łatwiejsze zachowanie aseptyki woli operować z jak najmniejszą (liczebnie) asystą. W klinice wypróbowaliśmy oba modele kleszczy, mniej i więcej wygięte. Oba oddawały nam równie dobre usługi, ale że modelem mniej wygiętym (por. fig. 1) pracuje się prościej, łatwiej i zgrabniej, ten zalecilibyśmy do użycia i to tembardziej, że model bardziej wygięty obmyślany był głównie dla tych trudnych przypadków, w których wyciągnięcie żołądka ponad poziom rany laparatomijnej natrafia na wielkie trudności. Nie mamy zaś żadnego dowodu, o ile w tych przypadkach kleszcze takie lub podobne się przydadzą.

Szefowi memu Panu Radcy Dworu Prof. L. Rydygierowi dziękuję serdecznie za wypróbowanie kleszczy w Jego klinice.

---

[2]) Zentralblatt f. Chirurgie 1904, Nr. 18.

II. Z oddziału prof. Dr. Rosnera w szpitalu św. Łazarza (Szkoła położnych).

Przyczynek do sprawy ciąży pozamacicznej trąbkowej.

Podał
Dr. T. Piotrowski,
asystent oddziału

(Dokończenie.)

Pozostanie tylko rozstrzygnąć, jaka jest przyczyna krwotoku do jamy brzusznej, co zwykle nie sprawia wielkich trudności, jeśli się uwzględni, że przyczyn tych jest w ogóle bardzo niewiele. Jeśli chora jest kobietą przedtem zdrową, niegorączkującą, u której zatrzymała się miesiączka choćby przez czas krótki i u której istnieją objawy ciąży (sutki), jeśli się nadto stwierdzi powiększenie macicy i opór po jednej stronie obok macicy, to rozpoznanie wobec s wierdzenia ostrej niedokrewności nie może budzić żadnych wątpliwości. Pozostanie odpowiedź na pytanie dodatkowe i daleko mniej ważne, jaka jest postać przerwania ciąży: poronienie, czy pęknięcie; dalej w jednym i drugim przypadku, czy jaje opuściło trąbkę, czy jeszcze w niej tkwi. Wątpliwości te, mające małe znaczenie dla rokowania i leczenia, można próbować rozstrzygnąć w myśl powyższych uwag.

Nim zastanowimy się nad leczeniem, musimy sobie pierwej uprzytomnić, co się stanie, jeżeli się ciąża zamaciczna przerwie. Jeżeli nastąpiło poronienie, czy to zupełne, czy niezupełne, czy przy utrzymanej, czy pękniętej trąbce, to zejście zależeć będzie nietyle od samego jaja, ile od ilości wylanej krwi. Przy gwałtownym krwotoku następuje śmierć skutkiem skrwawienia się do brzucha. Przy powolnym krwotoku do wolnej jamy otrzewnej może także nastąpić skrwawienie albo posokowate zapalenie otrzewnej skutkiem dostania się bakteryi z jelit do wylanej krwi, albo otorbienie się nagromadzonej krwi i ta dopiero uledz może wessaniu, zropieniu, albo zagęszczeniu.

Zropiały krwistek może znowu przebić do otrzewnej i wywołać ropne zapalenie z zejściem śmiertelnem, albo przebić do narządów sąsiednich, lub przez powłoki. Pozostawienie więc przerwanej ciąży pozamacicznej bez odpowiedniego leczenia, jeżeli nie wywoła natychmiast śmierci, to staje się przyczyną tak ciężkich spraw, że ich następstwem może być w końcu także śmierć albo długotrwała, choroba, a często i stałe upośledzenie zdrowia.

Leczenie więc ciąży pozamacicznej jest koniecznem.

Zachodzi teraz pytanie, jak się ma zachować lekarz, rozpoznawszy ciążę zamaciczną. Zależeć to będzie oczywiście od tego, czy znajdzie się wobec przypadku świeżego, a więc ciąży rosnącej, nieprzerwanej, czy wobec przerwania ciąży.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że rozpoznanie ciąży wczesnej, świeżej i rosnącej, pociąga za sobą wskazanie do jaknajrychlejszej operacyi. Zasada ta jest dziś chyba powszechnie uznaną. Operacya doszczętna w tych przypadkach wczesnych jest łatwa i życiu nie zagraża, wyczekiwanie zaś wywołać może jaknajgroźniejsze następstwa.

W trudniejszem położeniu znajduje się lekarz, wezwany do chorej, u której ciąża zamaciczna przerwała się. Może on wówczas znaleźć grożące poronienie z krwawieniem do trąbki i z towarzyszącymi temu stanowi napadowymi kurczowymi bolami, dalej może się znaleźć wobec poronienia trąbkowego lub przerwania trąbki z krwotokiem w postaci krwisteka, lub wylewu do wolnej jamy brzusznej.

W pierwszym przypadku, to jest jeśli sprawa ogranicza się do zmian w trąbce i nie ma wylewu krwi do jamy brzusznej, operacyę doszczętną należałoby podjąć jaknajrychlej, gdyż tylko w niewielu przypadkach kończy się sprawa wytworzeniem zaśniadu w trąbce. Najczęściej jest to pierwszy akt przerwania ciąży, po którym, czasem bardzo rychło, pęka trąbka, lub powstaje poronienie z krwotokiem do jamy brzusznej. Liczyć na to, że może w danym przypadku do tego nie dojdzie, byłoby lekkomyślnością; i owszem korzystać trzeba z tego, że chora jeszcze się nie skrwawiła i dzięki temu zniesie zabieg operacyjny łatwiej. Zresztą prócz niebezpieczeństw, które wyczekiwanie za sobą pociąga, należy uwzględnić także i długość choroby w przypadkach, leczonych zachowawczo. I tak w naszym przypadku l. 2 leczenie trwało bardzo długo, cierpienia były wielkie i należy przypuszczać, że bez doszczętnej operacyi powrót do zdrowia byłby bardzo a bardzo powolny.

Jeżeli chora nie zgadza się na operacyę, należy przynajmniej uczynić wszystko, żeby w razie nagłego wskazania operacya mogła być natychmiast przedsięwzięta. Jako dowód, że ostrożność taka jest pożądana, posłużyć może przypadek 10. Rozpoznanie ciąży zamacicznej z wytworzeniem się zaśniadu nie ulegało żadnej wątpliwości. Gwałtowne napadowe bole, towarzyszące krwawieniu do trąbki, ustały, stan chorej był zupełnie dobry, mimo to chorą umieszczono w Domu zdrowia i stale, dzień i noc, wszystko przygotowane było do zabiegu. Trzeciego dnia pobytu w zakładzie po nieznacznych stosunkowo bolach chora zaczęła blednąć i słabnąć, tętno, przedtem prawidłowe, przyśpieszyło się znacznie tak, że kiedy przystępowaliśmy do operacyi wynosiło przeszło 140 uderzeń na minutę. W jamie brzusznej znaleźliśmy ogromną ilość krwi płynnej. Jest prawdopodobnem, że kilkogodzinna zwłoka mogłaby była wywołać śmierć tej chorej.

Podobny przebieg miał przypadek 13. I tutaj pewnem było, że wytworzył się zaśniad krwawy w trąbce. Ani krwisteku, ani wylewu do wolnej jamy brzusznej nie było wcale. Chorą przewieziono na oddział, przygotowano wszystko do niezwłocznej operacyi, ze względu jednak na wolę rodziny postanowiono wyczekiwać. W 10 dni po przyjęciu chorej do szpitala wystąpił niespodzianie krwotok do wolnej jamy brzusznej, który nas zmusił do bezzwłocznej operacyi.

Jeżeli lekarza wezwano do chorej, u której z tej, czy innej przyczyny powstał w toku ciąży zamacicznej krwotok do wolnej jamy brzusznej, to skoro tylko rozpoznano krwotok, powinien lekarz albo sam przystąpić do operacyi, albo, gdyby zewnętrzne warunki (n. p. brak asystencyi) na to nie dozwalały, powinien postarać się o to, żeby operacya ta na miejscu, t. j. bez przewożenia chorej mogła być szybko wykonaną. Jest to wymaganie tak naturalne, tak odpowiadające zasadniczym pojęciom chirurgicznym, że nie potrzeba tu dalszego dowodzenia. Każdy krwotok, zagrażający życiu, powinien być tamowany. Zupełnie słusznie twierdzi Gusserow, że samo rozpoznanie krwotoku wystarczy, aby wykonać la-

parotomię; operacyę przedsiębierze się z powodu krwotoku, a nie celem leczenia ciąży zamacicznej. Naturalnie przy tej sposobności usuwa się źródło innych niebezpieczeństw, t. j wycina się chorą trąbkę. Należy zdać sobie z tego sprawę, że operacya jest jedynym sposobem tamowania krwotoku, że wszelkie inne sposoby, jak okłady lodowe, ergotyna t i. d. i t. d., nie mogą tu nic pomódz, że co najwyżej krwotok sam przez się może ustać, na co liczyć nie mamy prawa. Zresztą o ile czekanie naraża chorą na największe niebezpieczeństwa, o tyle zabieg operacyjny jest w tych przypadkach najczęściej łatwy i mało niebezpieczny, o ile jest dość wcześnie wykonany. Wśród krwotoku do wolnej jamy brzusznej, a więc podczas ostrej niedokrewności, operowaliśmy 8 razy, z tego cztery razy w najniekorzystniejszych warunkach w domu prywatnym, na zwykłym stole i przy złem oświetleniu. Trzy razy (z tych czterech) operowano w nocy przy świetle lampy naftowej. W jednym przypadku niedokrewność była tak znaczna, że chora prawie już konała i zabieg odbyć się musiał prawie bez uśpienia. Wszystkie te chore zniosły zabieg doskonale; u żadnej nie było powikłań, któreby można wprowadzić w związek z operacyą. Z ośmiu tych chorych trzy przebyły po operacyi ciążę i poród, jedna z nich, operowana w 1908, nawet dwa porody.

Daleko trudniejszem jest zadanie lekarza w tych przypadkach, w których wśród przerwania ciąży zamacicznej wytwarza się krwistek, a nie wylew krwi do wolnej jamy brzusznej. Faktem jest, że doraźne niebezpieczeństwo śmierci z ostrej niedokrewności jest przy wytworzeniu się krwisteku mniejsze, choć bynajmniej nie wyłączone. Nie mam zamiaru opisywać dokładnie powstawania krwisteku i klinicznego przebiegu cierpienia, leczonego zachowawczo; zaznaczam tylko, że 1) krwawienia z trąbki do krwisteku mogą powtarzać się nawet po dłuższej przerwie i spowodować zejście śmiertelne, tak że bardzo trudno rozstrzygnąć pytanie, czy sprawa, wywołująca krwawienie, jest już skończoną; 2) nawet w korzystnych przypadkach choroba trwa bardzo długo, zwykle dłużej, niż trzy miesiące, czasem, dłużej, niż $^1/_2$ roku; 3) choroba nawet w tych przypadkach, które nie grożą niebezpieczeństwem dla życia, łączy się z nieznośnymi bolami; 4) nawet w późnym okresie choroby możliwym jest niekorzystny zwrot, polegający na zropieniu krwisteku; 5) krwistek, ustępujący powoli, może być przyczyną zmian na otrzewnej w postaci zrostów, które, o ile dotyczą trąbki nieciężarnej, stać się mogą przyczyną niepłodności, o ile przytwierdzają kiszki, sprawić mogą ich niedrożność.

Te wszystkie względy przemawiają za tem, że i w tych przypadkach najodpowiedniejszym sposobem leczenia jest operacya doszczętna. Usuwa ona w zupełności niebezpieczeństwa, wymienione pod 1) do 4), jeśli zaś wykonano ją należycie, zmniejsza prawdopodobieństwo następstw, wspomnianych w punkcie 5).

O ile wskazanie do operacyi w przypadkach krwotoku do wolnej jamy brzusznej jest bezwzględne, o tyle krwistek stanowi wskazanie względne, jak długo krwawienie nie sprowadza ostrej, życiu zagrażającej niedokrewności. Można tu indywidualizować, odkładać operacyę z tej lub owej przyczyny, wreszcie przewozić chorą, o ile naturalnie nie ma nawrotu krwawienia. W każdym jednak razie należy pamiętać, że nawrót taki każdej chwili powstać może, i umieścić zawczasu chorą tam, gdzie operacya w razie koniecznej potrzeby natychmiast wykonaną być może. Tymczasem polecić należy zupełny spokój w łóżku i *narcotica* w razie bolów. Z powodu tworzenia się krwisteku operowaliśmy cztery razy z pomyślnym wynikiem i to w przypadkach świeżych, w których nawrót krwawienia nie był wyłączony.

Wreszcie dwa razy operowaliśmy w przypadkach, w których po pęknięciu trąbki, lub też ściany macicy przy rozwoju ciąży śródmiąższowym, upłynęło kilka miesięcy. W obu przypadkach znaleźliśmy płód zmumifikowany w jamie brzusznej w związku z miejscem dawnego rozwoju. W obu przypadkach stan ten rozpoznano przed operacyą. Wskazanie operacyjne było tu zupełnie jasne; chodziło o usunięcie niebezpieczeństw, które tym chorym groziły w przyszłości przez ropienie w jamie brzusznej lub wskutek niedrożności przewodu pokarmowego. Obie chore zniosły doskonale zabieg operacyjny.

O zachowaniu się wobec przypadków, w których płód żywy rozwija się poza macicą do prawidłowego kresu ciąży, nie wspominam, gdyż opieram się w niniejszych uwagach tylko na przypadkach powyżej przytoczonych, między którymi przypadku o takim przebiegu nie było.

Co się tyczy techniki operacyjnej, to posługiwaliśmy się zawsze laparotomią, nawet w przypadkach krwisteków, wypełniających zatokę Douglasa.

Niewątpliwie operacyę doszczętną przez kolpotomię od przedniego lub tylnego sklepienia można wykonać, ma ona jednak pewne niekorzyści. Silne unaczynienie w tych przypadkach czyni każde rozdarcie tkanki w zakresie więzadła szerokiego lub w okolicy *lig. infundibulo — pelvicum* bardzo niebezpiecznem, gdyż ze szczelin takich krwotok bywa silny, a przy operowaniu przez pochwę niekiedy trudno go zatamować. Ponieważ najczęściej chore już są niedokrewne, przeto nie wolno nam narażać ich na krwawienie z ran, operacyą zadanych. Zresztą laparotomia stwarza bez porównania lepszy dostęp do miejsca chorego, pozwala rozpatrzeć się w położeniu, umożliwia wyszukanie jaja, gdyby po urodzeniu się z trąbki leżało między kiszkami, i jak wyżej wspomniałem, nie otwiera nowych źródeł krwawienia, a ułatwia opanowanie krwotoku, spowodowanego pęknięciem lub poronieniem.

Operacyę wykonywaliśmy w następujący sposób:

Po otwarciu jamy otrzewnej podnosimy zapomocą pętli macicę ku górze, oddzielamy zlepy i zrosty, chwytamy trąbkę blizko macicy w zaciskadło, powyżej którego ją przecinamy. Wyjąwszy trąbkę wraz z jajem płodowem, wydobywamy z jamy otrzewnej skrzepy krwi i nadmiar krwi płynnej, zalewającej pole operacyjne, następnie podwiązujemy z osobna pojedyncze naczynia, poczem na pozostały kikut, t. j. trąbkę i część więzadła, zakładamy szew otrzewnowy sposobem Lamberta. Po obszyciu kikuta zapuszczamy macicę do miednicy małej i usuwamy krew, zlewającą się z pomiędzy jelit do zatoki Douglasa, poczem powłoki zaszywamy w całości, zakładając osobny szew na otrzewnę, szwy głębokie przez skórę i warstwę mięsną, osobno powięź i dodatkowo samą skórę Dokładnego oczyszczenia jamy otrzewnej, t. j. przemywania rozczynem soli

lub innym płynem w celu usunięcia krwi z pośród jelit, nie robimy, a to dlatego, że wylana krew ulegnie wessaniu, z im mniejszą zaś przestrzenią otrzewnej stykamy się przy operacyi, tem pewniej unikniemy następowego zapalenia, a w końcu im krócej trwa operacya, tem pewniejsza aseptyka i mniejsza szkodliwość usypiania, a więc i lepsze rokowanie. Zawsze wycinamy trąbkę, chociażby nawet była cała i pusta, a jajnik, o ile można, pozostawiamy.

Do podwiązywania i szycia używamy katgutu, wyjątkowo tylko jedwabiu.

Kończąc niniejszą notatkę składam serdeczne podziękowanie wszystkim kolegom, którzy byli łaskawi donieść mi o obecnym stanie operowanych.

III. Wyciągi.

Wertheimber. **O znaczeniu rozpoznawczem i leczniczem nakłucia lędźwiowego w zapaleniu opon mózgowych.** (*Münch. medic. Wochenschrift*, 1904, Nr. 23). Quincke pierwszy w r. 1891 wykonał i poznał znaczenie nakłucia lędźwiowego. W ropnem zapaleniu opon mózgowych zapomocą nakłucia można wydobyć ropę, ale także płyn surowiczy, w gruźliczem zapaleniu opon nakłucie wydobywa oczywiście płyn surowiczy, w którym dokładne i umiejętne badanie wykaże często prątki gruźlicze. Prątków brakuje w płynie, wydobytym przez nakłucie, w wodogłowiu, nowotworach mózgu i w surowiczem zapaleniu opon mózgowych, opisanem poraz pierwszy przez Quinckego, w których to chorobach ilość i ciśnienie płynu mózgowordzeniowego są wzmożone. Oczywiście, że także u zdrowego znajduje się pewna ilość płynu mózgowo-rdzeniowego, który przy nakłuciu pod bardzo nizkiem ciśnieniu, odpowiadającem 40—60 mm. wody, w kroplach występuje. Jeśli zaś w warunkach chorobowych płyn się powiększa, to i ciśnienie w przestrzeni podoponowej wzrasta zwykle do 150—300, a nawet do 700 mm., a ilość wydobytego płynu może wtedy wynosić 3—100 cm. sz., średnio 20 cm. sz.

Co się tyczy działania leczniczego, to wyniki są dość niekorzystne. Tylko Freyhan osiągnął raz wyleczenie gruźliczego zapalenia opon mózgowych, w którym to przypadku w płynie, wydobytym przez nakłucie, stwierdzono prątki gruźlicze. Sam jednak Freyhan nadmienia, że przypadek ów i bez nakłucia byłby się może wyleczył. Natomiast inni autorowie nie widzieli żadnego wyniku, albo tylko przejściowe polepszenie przy wodogłowiu i szybkie zejście śmiertelne przy mocznicy i nowotworach mózgowych. Mimo tych wyników niekorzystnych nakłucie lędźwiowe zachowa wartość leczniczą, jednak zdaje się tylko w surowiczem zapaleniu opon, opisanem, jak wspomniano, przez Quinckego.

Choroba ta zdarza się częściej u dzieci, przyłączając się szczególnie do chorób gorączkowych, jak zapalenie płuc, róża, nieżyt żołądka i jelit. U dorosłych zdarza się ona w przebiegu zapalenia płuc i duru, jako następstwo urazów, ostrego i przewlekłego zatrucia wyskokiem i ustawicznego przeciążenia umysłowego. Objawy odpowiadają zapaleniu opon mózgowych; zwykle istnieje przekrwienie dna oka lub tarcza zastoinowa, u dorosłych często zatrzymanie moczu. Tętno zwykle, choć nie zawsze, zwolnione; gorączka nieraz jest ciągła, czasem pojawia się tylko w pierwszych dniach lub wcale nie. Po 3—5-miesięcznem trwaniu tych objawów następuje zwykle dość raptownie zejście śmiertelne, a sekcya wykazuje jedynie rozszerzenie wszystkich komór mózgowych i zwiększenie się ilości płynu mózgowo-rdzeniowego. Część tych przypadków może samoistnie się poprawia, natomiast jako leczenie skuteczne Quincke i inni zalecają właśnie w tych przypadkach nakłucie lędźwiowe obok równoczesnych wcierań szaruchy.

Nakłucie można kilkakrotnie powtarzać, ilość upuszczonego płynu również może być różną. Quincke upuszczał do 80 cm. sz. zodrazu, Ziemssen do 90, Fürbringer do 110, a Lenhartz przez zostawienie kaniuli przez 36 godzin upuścił nawet raz 600 cm. sz. Lenhartz leczył też ciężkie przypadki blednicy z silnymi bolami głowy i wymiotami zapomocą 1—4-krotnego nakłucia lędźwiowego. Szczególne znaczenie ma jednak nakłucie lędźwiowe w leczeniu zapalenia opon mózgowych u dzieci, które dawniej prawie zawsze kończyło się śmiercią. Wertheimber wyleczył w ten sposób dwa przypadki zapalenia opon u dzieci, powstałe w związku z zapaleniem płuc. Pierwszy przypadek trwał tylko 18 dni, w drugim, ciężkim przypadku obok wcierań szaruchy wykonano 14 nakłuć lędźwiowych, z początku w 3—4-dniowych, potem w 8-dniowych odstępach i wypuszczano za każdym razem 5—80 cm. sz. płynu mózgowo-rdzeniowego, razem 560 cm. sz. jasno-surowiczego płynu, niezawierającego bakteryi. W początkowych nakłuciach, kiedy objawy ciśnienia mózgowego były cięższe, płyn o wiele powolniej się sączył i otrzymywano w $1^1/_2$ godziny 15—20 cm. sz. Przy późniejszych nakłuciach, kiedy stan ogólny już się polepszył, płyn z początku nieraz silnie strzykał i wydobywano w 3 kwadransach 80 cm. sz. Ilość uchodzącego płynu zależy zdaje się od wykonania nakłucia, jeśli się bowiem natrafia na włókna nerwowe, płyn pomału i kroplami lub wcale nie odpływa. Jeśli w wykrzywionem położeniu bocznem płyn tylko kroplami odchodzi, można chorego powoli wyprostować do pozycyi siedzącej, poczem płyn znowu szybciej się wydobywa.

Tak więc sposób Quinckego polepsza nieco rokowanie w niektórych zapaleniach opon mózgowych u dzieci, występujących szczególnie w związku z zapaleniem płuc lub inną chorobą ostrą, a które prawdopodobnie należy uważać za surowicze zapalenie opon bez udziału drobnoustrojów. Należy zaś wypuścić płyn mózgowo-rdzeniowy nietylko wtedy, jeśli nakłucie próbne wykaże ciśnienie wysokie, lecz także, jeśli objawy ogólne, a szczególnie badanie oka wykaże istnienie ucisku mózgu. Częstość tarczy zastoinowej powinna być ostrzeżeniem, by z nakłuciem nie czekać tak długo, aż chory wprawdzie nie życie, lecz wzrok już straci. Leber odnosi zanik nerwu wzrokowego do dawniejszego i ukończonego surowiczego zapalenia opon mózgowych. Nakłucia zaś tak długo trzeba powtarzać, dopóki ucisk mózgu nie ustąpi. W ten sposób można nietylko niejedno ciężko zagrożone życie, lecz także znikające czynności umysłowe, oraz wzrok, uratować. *Dr. J. Fels.*

Vörner. **Leczenie swoiste ciężarnych kobiet przez pochwę.** (*Dermatologische Zeitschrift*, B. XI, Heft 3, 1904). Od roku 1897 leczył autor ciężarne, zakażone kiłą, tak zw. metodą pochwową. Metoda ta polega na wprowadzaniu do pochwy 3-gramowych gałek (*globuli*), zawierających 12—15% rtęci, a sporządzonych z tłuszczu wieprzowego i łoju baraniego w równych częściach. Po wprowadzeniu gałki rtęciowej, która powinna się znajdować przed samem ujściem zewnętrznem macicy, należy dla utwierdzenia gałki w tem położeniu założyć do pochwy tampon, napojony mieszaniną gliceryny z taniną w stosunku 1 : 2. Gałki 3-gramowe wprowadza się codziennie do pochwy, można jednak u kobiet z mierną wydzieliną pochwową stosować 10-gramowe gałki, jedną co 3 dni.

Ten sposób leczenia przeciwkiłowego niewielu ma zwolenników; jak sam autor przyznaje, większość utrzymuje, że wogóle leczenie przeciwkiłowe u kobiet ciężarnych nie przynosi prawie żadnych korzyści dla płodu, a nawet są tacy jak: Hugnier i Fonberg, którzy twierdzą, że takie leczenie wprost szkodliwie wpływa na przebieg ciąży. Albers-Schönberg miał na osiem ciężarnych, leczonych bądź rtęcią, bądź jodem, siedem płodów zmacerowanych, a ósmy płód zmarł w krótki czas po porodzie. Inni podają 73% do 81% śmiertelności u dzieci matek kiłowych, swoiście w czasie ciąży leczonych.

Statystyka Vörnera obejmuje czterdzieści przypadków kiły u kobiet, których dzieci pozostawały pod nadzorem lekarskim przez pierwsze cztery miesiące od urodzenia, niektóre z nich i dłużej, aż do końca pierwszego roku. Z tych 40 kobiet, 22 uległo zakażeniu przed początkiem ciąży, reszta w pierwszych miesiącach ciąży.

Z pierwszej kategoryi jedenaście kobiet było leczonych bądź wcieraniami, bądź wstrzykiwaniami miąższowemi jeszcze przed początkiem ciąży, u wszystkich zaś stosowano w pierwszej połowie ciąży leczenie pochwowe.

Płodów żywych donoszonych było 36, zaś dwa porody przedwczesne płodów z objawami kiłowymi i dwa poronienia. U większej części dzieci objawy kiły występowały dopiero między 2 a 4 miesiącem, najczęściej w postaci wysypki guzkowej (10 przyp.) lub plamisto-guzkowej (5 p.), rzadziej w innych postaciach, jak: wysypki czysto plamistej (2 p.), kłykcin płaskich (3 p.), sapki kiłowej (*coryza*) (4 p.), zanogcicy (2 p.), wysypki krostkowej (1 p.), pęcherzycy kiłowej (2 p.). U 12 dzieci nie wystąpiły w czasie obserwacyi objawy kiły, a z nich zmarło 7 przed końcem pierwszego roku; z pozostałych 24 kiłowych zmarło 9. U tych dzieci, które znajdowały się w dobrych warunkach, to jest miały pokarm matki i staranną opiekę, przebieg kiły był łagodniejszy, i w tych tylko przypadkach zaznaczał się wyraźnie korzystny dla dzieci wpływ leczenia przeciwkiłowego matek. Na podstawie swojego doświadczenia uważa autor leczenie przeciwkiłowe przez pochwę za zupełnie nieszkodliwe dla przebiegu ciąży i zaleca je nawet w tych przypadkach, gdzie nie można się spodziewać utrzymania płodu przy życiu, a chodzi tylko o ułatwienie prawidłowego rozwiązania. *Dr. Stopczański.*

Sinnhuber. **Uraz, jako przyczyna niedomykalności zastawek tętnicy głównej.** (*Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 32, 1904). Jedną z najczęstszych przyczyn urazowego pęknięcia zastawek tętnicy głównej bywa nagły, nadmierny wysiłek mięśni, a szczególniej mięśni klatki piersiowej, pociągający za sobą wzrost parcia krwi w tętnicach, które znów ze swej strony — jeśli się często powtarza, — wiedzie do ustawicznego napinania się zastawek tętniczych, do stanów zapalnych i wreszcie do pęknięcia lub przedarcia. Drugą przyczyną mogą być urazy zewnętrzne, trafiające klatkę piersiową, jakoto uderzenia, pchnięcia, ucisk, upadek i t. d. Obok tego zdarzają się przypadki rzekomo samoistnego przedarcia zastawek, w istocie jednak w przebiegu zapalenia śródsierdzia. Jeśli więc rozpoznanie tego cierpienia ma być jakotako uzasadnione, powinno się opierać nietylko na powyższych danych, lecz także na pewności, że u chorego nie było poprzednio, t. j. przed urazem, niedomykalności zastawek tętniczych, ani też te zastawki nie były miażdżycowo zmienione lub zapaleniem dotknięte, wreszcie że przypadłości sercowe pojawiły się prawie bezpośrednio po zadziałaniu urazu. Badanie pośmiertne ma dla rozpoznania tylko wówczas pewną wartość, jeśli zostało dokonane wkrótce po wypadku, w przeciwnym bowiem razie wytwarzają się w miejscu przedarcia wybujałości, tak że trudno określić, co było zmianą pierwotną. Autor opisuje trzy przypadki urazowej niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Pierwszy dotyczy 23-letniego mężczyzny, oddanego sportowi, uprawiającego nadto namiętnie grę w piłkę nożną. Przy pierwszym popisie wojskowym nie wzięty do wojska z powodu ogólnej wątłości rozwoju fizycznego. Pewnego dnia został wśród zabawy tak silnie piłką nożną uderzony w klatkę piersiową, że upadł zemdlony; — po przyjściu do siebie uczuł kłucie w okolicy serca. W 4 tygodnie później znów stawał do wojska i przy tej sposobności dowiedział się, że jest dotknięty wadą sercową wyższego stopnia. Z biegiem czasu rozwinęła się duszność, uczucie ucisku na klatce piersiowej, a badanie stwierdziło wszystkie objawy ciężkiej wyrównanej niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Drugi przypadek odnosi się do 42-letniego cieśli, u którego badanie — przy sposobności ubezpieczenia się — żadnych zmian nie wykryło. W niejaki czas później spadł z deski i uderzył się w plecy. Bezpośrednio potem pojawiły się dolegliwości sercowe, a badaniem, w 2 miesiące po upadku dokonanem, stwierdzono niedomykalność zastawek tętnicy głównej (szmer rozkurczowy). W trzecim wreszcie przypadku również powstały objawy choroby serca u 30-letniego mężczyzny po upadku na piersi, z rusztowania $1^1/_2$ metra wysokiego. Badanie po przyjęciu na oddział szpitalny stwierdziło niedomykalność zastawek tętnicy głównej, w szczególności już zdala słyszalny, szeleszczący szmer rozkurczowy, nadto widzialne zdala tętnienia tętnicy skroniowej, stopowej i t. d. Przed wypadkiem nie doznawał ów chory żadnych przypadłości w zakresie narządu krążenia, ani w swym zawodzie jako tapicer, ani jako żołnierz podczas wyprawy włoskiej do Abissynii w roku 1896.

Wprawdzie w tych trzech przypadkach nie wykonano badania pośmiertnego, zmiany jednak i objawy po sobie następujące i ich związek z urazem są tak uderzające, że niema prawie żadnej wątpliwości, iż przyczyną niedomykalności zastawek był tylko sam uraz.
Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Strasser. **Zabiegi wodolecznicze w chorobach sercowych.** (*Blätter f. klin. Hydrother.*, Nr. 7, 1903). Doc. Strasser odróżnia: 1) zabiegi miejscowe, stosowane bezpośrednio na okolicę serca i 2) zabiegi, stosowane na odległe części ciała lub wogóle na powierzchnię ciała. Z tych drugich odróżnić należy znowu stosownie do sposobu działania zabiegi, działające odruchowo wprost na serce i takie, które działając na naczynia skórne wpływają na krążenie krwi i tym sposobem pośrednio i na serce. We wszystkich zabiegach wodoleczniczych trzeba uwzględnić obydwie główne zasady leczenia chorób sercowych: czynnik oszczędzający i ćwiczący, a mianowicie w zabiegach miejscowych przeważa czynnik oszczędzający, w ogólnych ćwiczący. Wynika z tego przez dobór odpowiednich zabiegów i przez łączenie różnych zabiegów bardzo dokładne odmierzanie zabiegów wodoleczniczych; niemniej jednak — wobec bardzo różnej sprawności serca w jednej i tej samej chorobie — nie można trzymać się szablonu, lecz należy indywidualizować. Autor poleca miejscowe stosowanie zimna we wszystkich ostrych sprawach zapalnych. Zimno łagodzi też bole, będące następstwem zapalenia; bole kurczowe wymagają raczej miejscowego leczenia ciepłem. Chorzy z daleko posuniętem zwyrodnieniem mięśnia sercowego znoszą zimno często źle, u tych więc jest wskazane stosowanie ciepła. Do miejscowego leczenia najodpowiedniejsze są przyrządy wężownicowe. Co się tyczy zabiegów ogólnych, to u chorych na serce również stosuje się tak zimno, jak i ciepło (łaźnie parowe). Ostrożność zawsze jest wskazana. Chorzy nie znoszący zabiegów ogólnych, oddziaływają często dobrze na zabiegi miejscowe. Najważniejszem wskazaniem do stosowania gorąca jest puchlina. Bardzo zważać należy na czynnik mechaniczny, współdziałający przy nacieraniach i tuszach, gdyż jestto czynnik wzmagający pracę serca. Zawijania i okłady stosuje się jako zabiegi napotne i pobudzające. W nerwicach sercowych i chorobie Basedowa jest zawijanie wilgotne z wężem chłodzącym na karku najważniejszem leczeniem.
Baschkopf.

Knecht. **Przyczynek do nauki o schorzeniach układu nerwowego wskutek zatrucia tlenkiem węgla.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1904, Nr. 34). Autor opisuje dwa przypadki zatrucia tlenkiem węgla. Pierwszy z nich odnosi się do robotnika, który przed laty przechodził kiłę, a uległ zatruciu pracując w sali, w której paliły się dwa piece koksowe. Bezpośrednio po zatruciu utrata przytomności, która na razie szybko bez następstw minęła. Dopiero nazajutrz stracił przytomność na kilkanaście godzin, poczem można było stwierdzić prawostronne porażenie, połączone z zaburzeniami mowy (niemotą ruchową). Aczkolwiek w tym przypadku przebyta kiła niewątpliwie mogła usposabiać do udaru mózgowego lub wytworzenia się ogniska rozmiękczynowego, to jednak nie ulega wątpliwości, że bezpośrednią przyczyną zmian w mózgu było tu zatrucie tlenkiem węgla.

Drugi przypadek odnosi się do 56-letniej robotnicy, która na rok przed zatruciem doznała urazu w głowę i od tego czasu cierpiała objawy organicznej choroby mózgu. Samo zatrucie wywołało, podobnie jak w pierwszym przypadku, porażenie prawostronne, prócz tego jednak powstały objawy cierpienia nerwów obwodowych w postaci zboczeń czucia i tworzenia się wzdłuż nerwów obwodowych pęcherzy, wypełnionych płynem surowiczym. Z zestawionego przez autora piśmiennictwa wynika, że i cierpienia nerwów obwodowych, aczkolwiek niezbyt często, przecież w przebiegu zatrucia tlenkiem węgla występować mogą.
Dr. A. Rydel.

Dr. J. Fejér. **O zatruciach wilczą jagodą w praktyce okulistycznej.** (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1904, Nr. 32). Autor opisuje 3 przypadki zatrucia wilczą jagodą. W jednym z nich powstało porażenie akomodacyi u lekarza, zażywającego wewnętrznie przed każdem jedzeniem szczyptę następującego proszku: *Extr. belladonnae* 0·1 *Pulv. rhei, Natri hydrocarbon. aa* 5·0. Objawy zatrucia ustąpiły w przeciągu 48 godzin po usunięciu leku i zażycia środka czyszczącego. W drugim przypadku zażywała chora na wrzód żołądka 3 proszki dziennie następującego leku: Rp. *Bismuth. subnitr.* 10·0 *Extr. belladonnae* 0·6 *Mf. pulv. Div. in dos.* Nr. XX. Po wyżyciu 60 proszków rozwinęła się czasowa ślepota, która trwała przez 5 dni. Przypadek ten jest zdaniem autora unikatem. Ślepotę tłómaczyć można ostrem zapaleniem miąższowem lub zaburzeniem krążenia (niedokrewność, obrzęk) nerwu wzrokowego, przyczem atoli zmiana ta tylko czasowo zniosła przewodnictwo we włóknach nerwowych. W trzecim przypadku z powodu skaleczenia rogówki zalecono co 2 godziny następujące zakraplanie: Rp. *Atropini sufr.* 0·1 *Cocaini mur.* 0·2 *Aq. destil.* 10·0. Nazajutrz pojawił się nagły niepokój, uczucie suchości w gardle, zrywanie się, omamy, zaczerwienienie twarzy i przyspieszenie tętna do 130. Po usunięciu leku i wstrzyknięciu 0·02 gr. morfiny objawy ustąpiły w zupełności.
Dr. Blassberg.

Panse. **Leczenie zapaleń ucha bez zabiegów operacyjnych.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 27, 1904). Autor ostrzega przed wkraplaniem ciepłej oliwy do ucha i przestrzykiwaniami, wykonanemi przez laików: kojąco na bole działają zresztą ciepłe okłady lepiej, niż ciepła oliwa, a do wkraplania zaleca się 5% roztwór kwasu karbolowego w glicerynie. Leczenie przestrzykiwaniami autor wogóle odrzuca; z początku stosuje okłady wysysające na ucho, w razie potrzeby kilka proszków fenacetyny przeciw bolom i kilka dawek kalomelu do wywołania wolnego stolca. Nieraz wobec ustawicznych bolów działa dobrze kilka pijawek przed uchem. Leżenie w łóżku jest zawsze pożądane, lecz konieczne tylko przy silnej gorączce. Jeżeli objawy zapalne się wzmagają, nakłuwa błonę bębenkową, po nakłuciu wdmuchuje nieco mieszanki Macewena: (kwas borowy 4, jodoform 1), wsuwa pasek gazy i zakłada opatrunek, (u dzieci z opaską krochmalną). Skoro ropienie ustanie, należy tylko przewód uszny lekko tamponować gazą, nigdy watą, która się przykleja i drażni. Wdmuchiwań proszku również nigdy nie wolno poruczyć laikowi, gdyż przy nieumiejętnem wdmuchiwaniu mogą powstać twarde kamyki z kwasu borowego. Jeśli wydzielina jest śluzowa, wystarcza czysty kwas borowy: mieszanka Macewena zwalcza bardzo dobrze cuchnienie wydzieliny. Do sączkowania używa P. tylko gazy wyjałowionej, która lepiej chłonie, niż gaza jodoformowa. W dalszym przebiegu pędzluje autor przewód uszny 1—3% roztworem azotanu srebra, z początku codziennie, potem rzadziej, by błona przewodu nie uległa rozpulchnieniu i nie

stała się wrotami zakażeń wtórnych. Jeśli otwór w błonie bębenkowej zawcześnie się zamyka i powracają objawy wysokiego parcia w uchu środkowem, należy nakłucie bębenka powtórzyć. Równocześnie koniecznie trzeba leczyć gardło i nos, gdyż ich nieżyty, przerost migdałków i wyrośle gruczołowate prawie zawsze są punktem wyjścia cierpień usznych, a przedewszystkiem ich nawrotów. W bolesności wyrostka sutkowego P. stosuje worek lodowy, a ciepłe okłady tylko wtedy, jeśli chory nie znosi zimna. Pędzlowań nastoju jodowego i pijawek na wyrostek używa autor bardzo rzadko.

Dr. J. Fels.

Finger. **O niepowodzeniach w leczeniu rzeżączki.** (*Wien. klin. Rundschau*, Nr. 17 i 18, 1904). Omawiając leczenie rzeżączki przedniej części cewki moczowej, poleca prof. E. Finger konieczne niezwłoczne rozpoczęcie leczenia, i to znanymi lekami przeciwrzeżączkowymi, jak protargolem, larginą, argoniną, albarginą, ichtarganem, argentaminą. Szczególny nacisk kładzie F. na to, aby używać do wstrzykiwań strzykawki o objętości co najmniej 10—12 cm.³ celem jak najdokładniejszego napięcia błony śluzowej cewki. Wstrzykiwać należy w regularnych odstępach czasu; chory podczas leczenia musi się odpowiednio zachowywać. Baczną należy zwrócić uwagę na zmazy nocne, które, jeżeli często się powtarzają, utrudniają leczenie. Najczęściej tłómaczy się niepomyślny wynik zwykłych sposobów leczenia rzeżączki przeoczeniem zapalenia tylnej części cewki i gruczołu krokowego. W końcu wskazuje F. na bardzo wielkie znaczenie rzeżączki gruczołu krokowego w nagłych nawrotach rzeżączki, pozornie zupełnie już uleczonej.

Baschkopf.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Protylinę podawał M. Burger (*Therap. Monatshefte*, 1904, czerwiec) w krzywicy po 1—2 grm. 3 razy dziennie po jedzeniu lub jako dodatek do zup, jaj i t. d., których smak przez to zupełnie się nie zmieniał. Protylina działa w krzywicy równocześnie jako lek przez znajdujący się w niej fosfor, i jako środek odżywczy dzięki zawartości białka. Z działania jej jest B. tak zadowolniony, że nie waha się polecić jej jako środek zapobiegawczy przeciw krzywicy. — B. próbował także użyć protyliny w zmięknieniu kości (*osteomalacia*) i zauważył dobry skutek w 2 przypadkach tej choroby, podając po 4 grm. 4—5 razy dziennie. — Równie dobrze działała protylina, jako środek odżywczy i wzmacniający u ozdrowieńców i w rozmaitych charłactwach. — Gerhartz (*Therapie der Gegenwart*, 1904, maj) użył protyliny ze względu na zawarty w niej fosfor w przypadku porażenia dziecięcego w 17 miesiącu życia, do którego przyłączyły się wkrótce napadowe drgawki, powtarzające się 3—5 razy dnia. Porażenie ustąpiło wprawdzie pod wpływem mięsienia i elektryzowania, ale drgawki utrzymywały się pomimo podawania znacznych dawek bromu jeszcze przez pół roku. Dopiero po protylinie (łyżeczka dziennie przez dni 20) napady drgawek znikły, a przy dalszem podawaniu tego leku dziecko szybko się wzmacniało, nauczyło się chodzić, poczęło mówić i rozwijać się umysłowo. Wnosi stąd G., że w pewnych postaciach drgawek u dzieci fosfor jest lekiem skutecznym, a protylina dobrym jego przetworem.

Ah.

Bizmutozy używał Wehmer (*Therapie der Gegenwart* 1904, Z. 8) przeciw przypadłościom żołądkowo-jelitowym u suchotników w kierowanem przez siebie sanatoryum w Naurod (w ks. Nassau). Były to przypadki bez istotnych zmian gruźliczych w jelitach, jednakże z często powtarzającą się, wyniszczającą biegunką. Mianowicie często zdarza się, iż forsowne żywienie, mające zrównoważyć stratę na wadze, która powstała w toku gruźlicy płuc, — przeciąża przewód pokarmowy, tak że w końcu najlżejsze i najstrawniejsze pokarmy wywołują biegunkę. W 8 takich przypadkach bizmutoza wstrzymała biegunkę, a w 2 z nich podano razem aż do 500 grm. tego środka bez żadnej dla chorych szkody, przeciwnie z wielką korzyścią. W przypadkach przewlekłych po ustaniu biegunki waga szybko wzrastała, w 3 zaś przypadkach ostrych usunęła bizmutoza zarówno rozwolnienie, jak bóle brzucha i odbijania. Autor zaleca więc próbować bizmutozy w najuporczywszych nawet biegunkach, w razie ostateczym podając ją w lawatywach odżywczych. Wewnętrznie podaje się przy każdym większym posiłku po 1—2 łyżeczek bizmutozy, jako proszek rozmieszany w zupie lub kleiku.

Ak.

Acetozon, zwany także **benzozon** (benzoylacetylperoxyd) tworzy kryształki, rozpuszczające się w wodzie do 1‰. Freer i Novy podają, iż ciało to działa bardzo silnie bakteryobójczo, co wyzyskano w leczeniu duru. Podaje się najlepiej w roczynie wodnym 1‰, który z mlekiem zmieszany powinien być w okresie gorączkowym jedynem pożywieniem. Dzieci chętniej zażywają ten lek z sokiem pomarańczowym. Zwykła dawka roczynu wodnego wynosi 120—180 gr., co 4 godz. Tem leczeniem można podobno zmniejszyć o połowę liczbę przypadków śmiertelnych. (*E. Merck's Jahresberichte*, styczeń, 1904).

Baschkopf.

O kilku nowszych wskazaniach do stosowania **kwasu pikrynowego** donosi V. Milvard. Używa się tego środka w roczynie wodnym nasyconym, napawając nim okłady lub warstwy waty, w wyprysku mocno sączącym. Kwas pikrynowy ścina białko, przez co tworzy się powłoka ochronna. Dobre usługi oddawało to leczenie w zapaleniu okołopaznokciowem, wrastaniu paznokcia i t. p., następuje bowiem stwardnienie i znieczulenie bolesnych miejsc. (*E. Merck's Jahresberichte*, styczeń, 1904).

Baschkopf.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

IV. Posiedzenie naukowe z dnia 4 maja 1904 r.

Przewodniczący: Dr. Kośmiński — sekretarz: Dr. Breiler.

I Kol. Dr. Bocheński; *Dwa przypadki ciąży zamacicznej leczone operacyjnie* (z demonstracyą preparatów). W przypadku pierwszym chora przybyła do kliniki w 6 godzin po pęknięciu trąbki z rozległym krwotokiem w jamie brzusznej, w stanie bardzo znacznej niedokrwności, co chwila omdlewająca, prawie bez tętna. Po otwarciu jamy brzusznej usunięto kilka litrów krwi płynnej wraz z wielką ilością skrzepów, oraz płód, odpowiadający rozwojem 3-mu mies. księż. ciąży i wycięto pękniętą trąbkę. Na trąbce tej o ścianach grubych widać otwór o brzegach nierównych, długości mniej więcej 2½ ctm., umiejscowiony prawie w środku długości trąbki i przebiegający wzdłuż niej na górnej powierzchni. W ranie, powstałej po pęknięciu w ścianie trąbki, widać makroskopowo kilka naczyń otwartych o przekroju większym od jednego milimetra i krwawiących, jak to było widać podczas operacyi. Po odcięciu trąbki i zaopatrzeniu kikuta krwotok ustał. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy, — chora opuściła klinikę zupełnie zdrowa.

W przypadku drugim chora zgłosiła się do kliniki z powodu bólów w boku prawym, trwających od kilku tygodni i braku regularności od 2 miesięcy. Badanie wykazało po prawej stronie miednicy guz elastyczny wielkości cytryny dużej, kształtu mniej więcej owalnego, bolesny, pozostający w związku z prawym brzegiem macicy; macica sama nieznacznie powiększona, wyraźnie rozpulchniona. Rozpoznano ciążę zamaciczną trąbkową, rozwijającą się pomiędzy blaszkami więzu szerokiego. Operacya potwierdziła rozpoznanie w zupełności. Po podwiązaniu *lig. infundibulo-pelvicum* i końca macicznego trąbki udało się guz w całości wydobyć. Na uzyskanym preparacie widać, że guz przedstawia trąbkę silnie rozszerzoną i powiększoną o ścianach cienkich, zawierającą jajo płodowe, rozwijające się wewnątrz trąbki. Wyzdrowienie.

W sprawie postępowania w obec rozpoznanej ciąży zamacicznej rozwinęła się długa dyskusya. Kol. Dr. Wątorek przytacza spostrzeżenia z własnej praktyki, w których leczenie zachowawcze dało dobre wyniki. Kol. prof. Dr. Mars radzi w przypadkach rozwijającej się ciąży zamacicznej zawsze operować i postępować jak wobec nowotworów złośliwych. Kol. Dr. Bylicki sądzi, że rozpoznawszy ciążę zamaciczną, należy operować, wobec wytworzonego zaś krwotoku stosować leczenie zachowawcze. Kol. Dr. Sołowij uważa za wskazane operować nietylko wobec ciąży, ale i w przypadkach świeżo wytworzonego krwotoku. Kol. Dr. Kośmiński zaznacza, że dotąd jeszcze istnieje pomiędzy ginekologami różnica zdań, jakie postępowanie daje lepsze wyniki, zwłaszcza wobec powstałego krwotoku, operacyjne czy zachowawcze. Zestawienia statystyczne nie mogą sprawy rozstrzygnąć, gdyż wyniki, uzyskane w klinikach i zakładach, muszą być różne od wyników w praktyce prywatnej. Jeżeli istnieją korzystne warunki do wykonania operacyi lub można je stworzyć, sądzi, że najbezpieczniej jest zawsze operować, gdyż w takim razie nie jest się zdanym w dalszym przebiegu na los przypadku, a powrót do zdrowia bezsprzecznie następuje po operacyi stosunkowo prędko w porównaniu z przypadkami, leczonymi zachowawczo. W dalszym ciągu przemawiali kol. Dr. Wątorek, kol. Dr. Bocheński, kol. Dr. Kośmiński i kol. prof. Dr. Mars.

II. Kol. Dr. Sołowij omawia *sprawę rozszerzania szyi macicznej w położnictwie.* Zaznaczywszy; że cel może być dwojaki, mianowicie: powolne rozszerzanie szyi macicy, gdzie niema naglącej potrzeby jej opróżnienia, a więc istnieją zwykłe warunki wywołania poronienia, względnie wczesnego porodu, tudzież — szybkie rozszerzanie szyi macicy przy groźnych powikłaniach, zagrażających wprost życiu ciężarnej, względnie rodzącej (drgawki, ostry obrzęk płuc, wada serca itp.), przechodzi prelegent do treściwego porównania wszystkich dotychczas znanych i używanych sposobów wywołania poronienia, względnie wczesnego porodu. Sposoby te dają się podzielić na trzy kategorye środków: *a)* działających drażniąco na macicę; *b)* działających drażniąco i wprost rozszerzająco na szyję macicy; *c)* krwawych — polegających na nacięciu szyi macicy.

Porównanie krytyczne tych wszystkich metod na mocy materyału, zebranego przez wielu bardzo poważnych autorów klinicznych, tudzież na mocy własnego kilkunastoletniego doświadczenia, doprowadza prelegenta do przeświadczenia, że »metreuryza« przewyższa wszystkie sposoby rozszerzania szyi macicy i łączy w sobie wszystkie zalety, jakich słusznie dzisiaj wymagać musimy. Działanie jej jest wielostronne, gdyż wywołuje bole, rozszerza łagodnie i pewnie szyję macicy, a równocześnie tamuje krwotok W porównaniu z metodą Krausego, która do niedawna zajmowała stanowisko dominujące, oznacza „metreuryza“ znakomite skrócenie przebiegu poronienia, względnie wczesnego porodu na $^1/_4$ czasu (*vide:* zestawienia Löbleina, Zimmermanna, Rubeski i w. i.) i przewyższa ją znakomicie i w tym kierunku, że daje się pewnie przeprowadzić aseptycznie. Ale i w porównaniu z rozszerzadłami metalowemi, które w ostatnich czasach wchodzą z wielu stron w używanie, widzimy znakomitą przewagę zalet po stronie «metreuryzy». Na szczęście mnożą się w ostatnich czasach spostrzeżenia (Bischoff, Zangenmeister, Zweifel, Gessner, Orthmann, Hofmeier i w. i.), które położą tamę zbyt pochopnemu używaniu rozszerzadeł metalowych, wywołujących tak często pęknięcie szyi macicy tak, że należałoby ograniczyć stosowanie rozszerzadeł tylko do wyjątkowych przypadków zupełnej niepodatności szyi macicy, opierającej się wyjątkowo działaniu balonów gumowych, a groźnych n. p. wyjątkowo silnymi i częstymi napadami drgawek. W tych ostatnich przypadkach mogłyby wejść wyjątkowo w rachubę także nacięcia głębokie szyi macicy, względnie *sectio caesarea vaginalis.*

Z powodu spóźnionej pory dyskusyę nad odczytem uchwalono odłożyć do następnego posiedzenia.

V. Posiedzenie naukowe z dnia 25 maja 1904 r.

Przewodniczący: Dr. Kośmiński — sekretarz: Dr. Breiter.

I. Kol. prof. Dr. Mars: *Przedstawienie ciekawego przypadku po operacyi i preparatu anatomicznego* Chora 58 lat licząca przybyła do kliniki, żaląc się na guz w brzuchu, istniejący od lat 17. Guz ten od dwóch lat szybciej wzrasta. Rozpoznano *kystoma ovarii sinistri nec non peritonitis chronica exsudativa.* Wśród operacyi przekonano się, że guz z przednią ścianą brzucha na całej przestrzeni jest zrośnięty i że otrzewna nie daje się od guza odłuszczyć, ale raczej z guzem pozostaje, a tym sposobem przy oddzielaniu przednia ściana brzucha zostaje pozbawiona otrzewnej. Wobec tego, nie chcąc powłok brzusznych zostawić bez otrzewnej, postanowiłem się dostać na tylną ścianę guza drogą ponad jego szczytem. W tym celu przedłużyłem cięcie brzuszne prawie do wyrostka mieczykowatego, poczem okazał się niezwykły obraz patologiczny. Mianowicie cały guz przedstawiał się w postaci grubego na kilka i kilkanaście centymetrów plastra, zrośniętego z powłokami brzusznemi; za tym plastrem znachodziła się jama otrzewnowa, w której było kilkanaście litrów wolnego, gęstego i mętnego płynu. Tylna ściana plastra opisanego i jelita, położone w jamie brzucha, pokryte były warstwą, gdzieniegdzie na centymetr grubą, złogów włóknikowych kruchych o zabarwieniu brudno-żółtawo-różowem. Postanowiono guz usunąć i o ile możności od tyłu odłuszczyć go od otrzewnej, co jednak tylko częściowo się udało z powodu jej kruchości. Otrzymaliśmy kilka płatów otrzewnej, które się od guza oddzielić dały; gdy jednakowoż odłuszczona otrzewna sterczała w postaci dużych strzępów do jamy brzucha, przeto przyłożono te strzępy do wewnętrznej powierzchni powłok brzusznych, a więc do obnażonych mięśni i zapomocą katgutu przyszyto w kilku miejscach do mięśnia, wyklejając w ten sposób otrzewną powłoki brzuszne od wewnątrz. Założono następnie paski z gazy jodoformowej do brzucha i zeszyto powłoki.

Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń, bezgorączkowy; chora opuściła zdrowo klinikę w 16 dni po operacyi. W przypadku tym zwraca na siebie uwagę pomyślny przebieg pooperacyjny, względnie że otrzewna do powłok brzusznych przygoić się musiała i że takie przyklejanie powłok brzusznych było korzystne. Ze stanowiska klinicznego przypadek ten jest jeszcze ciekawy ze względu na przebieg i zachowanie się torbielaka w tym przypadku. Guz powstał przed kilkunastu laty prawdopodobnie przyszło z czasem do pęknięcia głównej jamy torbielaka, płyn wylał się do jamy otrzewnowej, gdzie spowodował przewlekłe zapalenie otrzewnej z następowymi tak znacznymi złogami włóknikowymi na wszystkich trzewach brzusznych. Różowe zabarwienie złogów włóknikowych zdaje się przemawiać za tem, że i krwotok do jamy brzucha musiał mieć miejsce. W dyskusyi zabierali głos: kol. Dr. Stroynowski, kol. Dr. Bylicki i kol. Dr. Sołowij.

II Kol. prof. Dr. Mars: *O zastosowaniu przyrządu oziębiającego w przypadku krwawienia z kikuta po odjęciu macicy.* Prelegent otrzymał dla kliniki w darze przyrząd kol. Dr. Stroynowskiego, opisany w „Centralblatt f. G.“ Nr. 50 z roku 1902; dłuższy czas jednak nie miał stosownego przypadku, w którymby przyrząd mógł być użyty, wreszcie zastosował go z bardzo dobrym skutkiem w przypadku następującym: Przed kilku tygodniami wykonał prelegent *amputatio supravaginalis uteri myomatosi.* Po odjęciu guza w powstałej szypule wyciął lejkowato błonę śluzową szyi, przyczem było mierne krwawienie. Następnie zaszył piętrowo kikut i ukończył operacyę. W kilka godzin okazało się, że chora krwawi z kikuta macicznego do pochwy; krwotok był znaczny. Asystent kliniczny, Dr. Bocheński, zastosował tamponadę pochwy, ale bezskutecznie: krwotok trwał dalej. Wobec tego zastosował przyrząd Dr. Stroynowskiego, przepuszczając przez niego wodę zimną lodową; krwotok ustał natychmiast. Przyrząd był czynny kilka godzin. Zrazu obawiał się kol. Mars, czy skutkiem działania zimna przez czas dłuższy nie powstanie miejscowa zgorzel; obawa jednak okazała się płonną, chora przestała krwawić zupełnie i 18 dnia zdrowa opuściła klinikę. W dyskusyi wzięli udział: kol. Dr. Stroynowski, kol. Dr. Sołowij i kol. prof. Dr. Mars.

III Kol. Dr. Bocheński przedstawia *chorą z rozstępem kości łonowych, powstałym w czasie porodu.* Z. D., lat 32 licząca, rodziła 3 razy siłami natury na czasie; połogi odbyła prawidłowo. Obecnie była 4. raz w ciąży. W kilkanaście godzin po wystąpieniu czynności porodowej udała się z domu do kliniki w celu odbycia porodu. W drodze do kliniki przy silnym bolu urodziła nagle na ulicy, przyczem uczuła silny ból w okolicy spojenia łonowego. Przy pomocy przechodniów ułożono ją do dorożki i przywieziono do kliniki, sama bowiem nie mogła iść, ani się utrzymać na nogach. Badanie po przybyciu do kliniki wykazało stan następujący: macica połogowa dobrze zwinięta, okolica spojenia łonowego bardzo bolesna; bolesność ta występuje tak przy ruchach czynnych, jakoteż i biernych, i tak dobrze przy ucisku na kości łonowe, jakoteż i na kości miednicy w okolicy krętarzy ku wewnątrz. Kończyny dolne ułożone w rotacyi na zewnątrz tak, że zewnętrzne okolice stóp prawie spoczywają na pościeli. Pomiędzy końce wewnętrzne ramion poziomych kości łonowych można wprowadzić palec swobodnie i wyczuć wyraźny rozstęp pomiędzy kośćmi, przyczem chora odczuwa dotkliwy ból. Podobnie i przy badaniu wewnętrznem można palcem badającym wejść pomiędzy końce kości łonowych. Na końcu wewnętrznym kości łonowej strony lewej wyczuć można zgrubienie największe przy samym końcu tejże kości, zmniejszające się stopniowo na zewnątrz tak, że okolica środka ramienia poziomego kości łonowej lewej przedstawia grubość prawidłową. Rozpoznano: Rozstęp kości łonowych, powstały podczas porodu nagłego — ulicznego. W celu zbliżenia do siebie odstających końców kości łonowych próbowano założyć opaskę uciskową na miednicę, lecz musiano tego zaniechać, gdyż chora po założeniu opaski odczuwała jeszcze większy ból i to tak znaczny, że żadną miarą opaski znieść nie mogła. W czwartym dniu połogu wystąpiło podwyższenie ciepłoty, bolesność nad spojeniem łonowem znacznie się zwiększyła i równocześnie zauważono obrzęk bolesnej okolicy spojenia łonowego, zwłaszcza po stronie prawej. Obrzęk ten z dnia na dzień zwiększał się i posuwał ku stronie prawej i ku dołowi w kierunku wargi sromnej większej prawej. Po kilku dniach wystąpiło zaczerwienienie wargi sromnej większej prawej, a gdy obrzęk i zaczerwienienie mimo stosowania okładów kwaśnych i lodowych się

nie zmniejszały, nacięto wzdłuż wargę sromną prawą, poczem wydobyła się znaczna ilość ropy; jamę ropnia, dążącą aż do spojenia łonowego, wysetonowano gazą jodoformową. Od tego dnia ciepłota spadła do prawidłowej; jama stopniowo wypełniała się ziarniną i w 3 tygodnie nastąpiło zupełne wygojenie. Bolesność spojenia łonowego zmniejszała się z dnia na dzień, a równocześnie można było stwierdzić, że odstęp między kośćmi łonowemi stopniowo stawał się coraz mniejszy. W 7 tygodni po porodzie chora swobodnie może chodzić i nie odczuwa przy chodzeniu żadnego bolu. Zewnętrznie wyczuć można pomiędzy kośćmi łonowemi nieznaczne zagłębienie w postaci rowka; podobny rowek między kośćmi łonowemi wyczuć się daje i od wewnątrz. Wyraźnie jednakowoż stwierdzić można, że kości łonowe do siebie przylegają. Zgrubienie wewnętrznego końca kości łonowej lewej wyraźne, choć mniejsze, aniżeli w chwili przyjęcia chorej. Bolesności, nawet przy dość znacznym ucisku, nigdzie wykazać nie można. Powstanie rozstępu kości łonowych w tym przypadku tłómaczy prelegent w następujący sposób: kobieta ta prawdopodobnie dawniej musiała przebywać jakieś cierpienie, najprawdopodobniej sprawę zapalną w okolicy spojenia łonowego, za czem przemawiałoby zgrubienie lewej kości łonowej. Wskutek tego związek pomiędzy obiema kośćmi łonowemi był osłabiony. Pod wpływem gwałtownego napierania dużej główki płodu (płód ważył 3600 grm., dług. 50 ctm.) przy silnym bolu nastąpił rozstęp. Przypadek ten ciekawy jest z tego powodu, że nastąpiło w nim zupełne zbliżenie kości łonowych, pomimo że nie stosowano opaski uciskowej, a nadto i z tego powodu że następowo po powstaniu rozstępu kości przyszło do zapalenia ropnego w stawie łonowym, poczem ropień ten przeszedł na stronę prawą aż do wargi dużej. Zaznaczyć w końcu należy, że chora ta, tak w domu jak i w klinice, nie była przez nikogo badana.

W dłuższej dyskusyi przemawiali kol. prof. Dr. Mars, kol. Dr. Bylicki, kol. Dr. Kośmiński i kol. Dr. Bocheński.

VI. Krynica, jej rozwój i jej obecne potrzeby.

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

V. Kąpiele mineralne.

Powszechnie uznano, że Krynica przewyższa wszystkie zdrojowiska europejskie dwoma środkami leczniczymi, mianowicie klimatem i kąpielami mineralnemi. Ludzie, którzy się leczyli w licznych tego rodzaju zdrojowiskach, stanowczo twierdzą, że kąpiele te są dużo lepsze, przyjemniejsze i silniejsze, niż w Elster, Francensbadzie, Nauheimie i t. p., lubo nieszczędzili przytem bardzo ostrej krytyki pod względem tutejszych wygód i urządzeń leczniczych. Posiadamy więc materyał doskonały, lepszy, niż go mają inne wszechświatowej sławy miejscowości, ale nie umiemy tego materyału sprzedać, nie zachęcamy kupujących, lecz ich lekceważymy, zniechęcamy, odtrącamy. Kupujący jeszcze się garną, ale ich cierpliwość się wyczerpie, bo wyczerpać się musi, gdyż za swoje pieniądze każdy musi dostać to, co mu się należy, a co się ogłasza, że się ma do sprzedania. Taki stan rozpatrywaliśmy, mówiąc o kąpielach borowinowych, a przy mineralnych nie jest on lepszym. Łazienki mineralne wybudowano przed 38 laty o 72 wannach, a wtedy była frekwencya 1129 osób, kąpieli zaś wydawano 20,000. Obecnie frekwencya zwiększyła się sześciokrotnie, wynosi bowiem 6647 osób, liczba wydawanych kąpieli zwiększyła się trzykrotnie, bo 64,431 kąpieli w ostatnim sezonie. Zatem — zapewne wybudowano drugie, jeszcze większe łazienki? Takby wypadało z rachunku i tak powinno było być, tymczasem przyłatano w tymże budynku tylko 14 wanien. Godzi się więc przypatrzeć, jak były

Kąpiele mineralne w Krynicy wydawane w ostatnich 15 latach.

Rok	kąpieli	wanien	kąpieli na 1 dobę	osób na 1 wannę	1 wanna wydaje kąpieli przez sezon
1889	32413	79	7·8	52	410
1890	35547	„	7·0	56	449
1891	33438	„	7·0	42	423
1892	31818	„	6·8	58	403
1893	36005	„	6·9	57	456
1894	39510	79	8·5	58	500 *)
1895	44813	„	8·8	64	567
1896	39526	„	8·6	58	500
1897	40073	„	8·1	62	507
1898	39380	„	8·3	59	498
1899	50755	86	10·0	58	590
1900	54511	„	9·2	68	633
1901	58811	„	9·3	73	683
1902	60330	„	9·3	74	701
1903	64431	„	9·6	77	749

*) Krynicę objęto w zarząd Namiestnictwa.

Z tego widocznem jest, jak przeciąża się wydatność każdej wanny, gdyż z początkiem tego 15-lecia na jedną wannę przypadało 52 osoby, a w końcu aż 77 osób. Każda wanna musiała coraz więcej wydawać kąpieli na sezon: z 410 doszła do 749. Zjawisko co do liczby kąpieli na 1 osobę tylko w części daje się wytłómaczyć zabiegami wodoleczniczymi, ale przeważnie przyczyna leży w tem, że zmieniła się jakość publiczności, która za każdą cenę pragnie się leczyć, ale leczyć się nie może, bo nie może dostać kąpieli. Dlatego też średnia liczba kąpieli mineralnych na osobę wynosi 7·7, gdy dawniej wynosiła 15·5 (średnia od r. 1859 do 1877). Szczególniej wybitnie występuje zaniedbanie tej sprawy od chwili objęcia Krynicy przez Namiestnictwo, które właśnie od samego początku powinno było w tym kierunku działać z całą energią, tem więcej, że miało fundusze do rozporządzenia. Ale ono nie oglądało się na przeszłość i nie patrzyło w przyszłość zdrojowiska. Jak ta przyszłość powinna się przedstawiać, to łatwo obliczyć z rozwoju przeszłości. Przyjąwszy 10 kąpieli na jedną osobę, a 350 do 400 na 1 wannę, to tak się przedstawią

Kąpiele mineralne w przyszłych 25 latach.

od roku	do roku	średnio rocznie liczba osób	średnio rocznie liczba kąpieli	wanien
1904	1908	6922	69220	197
1909	1913	8860	88600	253
1914	1918	11341	113410	324
1919	1923	14515	145150	414
1924	1928	18579	185790	530

To znaczy, że po 20 latach będzie Krynica potrzebowała 530 wanien, aby wydawać mogła 185.790 kąpieli mineralnych na sezon. Ale skąd wody wziąść, skoro już dzisiaj ciągle się słyszy, że jej brakuje? Ze zdrojów, które są, a które zupełnie zaniedbano? O zdroju głównym mówiliśmy szczegółowo już poprzednio, tutaj tylko nadmienimy, że jego wydatność powinna wynosić nie 37, ale conajmniej 50 litrów na minutę, lecz należy go gruntownie zbadać i złe za każdą cenę usunąć. Zdrój Józefa (Dudzik I) już ujęty, zbadany i używany do 7 wanien, wydaje 14·8 litrów na minutę. Zdrój pomocniczy = „Dobrodziej" —

w dziedzińcu łazienkowym wydaje według Dr. Kopffa 100 litrów na minutę, ale nie jest on należycie ujęty i zbadany, co koniecznie uczynić należy. Gdy to nastąpi, może on nie będzie tak wydatny, dlatego przyjmijmy tylko połowę dzisiejszej wydatności, t. j. 50 litrów na minutę. Zdrój Karola, którego wydatność podaliśmy przy obliczaniu wydatności zdroju głównego, według doświadczeń wykonanych przez Dr. Stirbę de Stirbica w roku 1817, a która wynosiła 46 litrów na minutę, przyjmijmy tylko 40 litrów. Woda z tego zdroju od pierwszych początków istnienia zdrojowiska była używana do kąpieli mineralnych i kanałem była przeprowadzona do zbiornika w łazienkach mineralnych wraz z wodą ze zdroju głównego. Dopiero w roku 1857 zdrój ten odsunięto, jako posiadający wodę słabszą, albowiem polegając na zbyt wysokich obliczeniach ilości wody ze zdroju głównego: 128 litrów na minutę zamiast 50—56 litrów, uważano, że wody do kąpieli nigdy nie zabraknie.

Zdroje słotwińskie I, II i III zasługują na osobliwą uwagę, gdyż posiadają bardzo duże ilości składników stałych 1·87, 2·95 i 1·80. O zdroju słotwińskim I, który obecnie używa się tylko do picia, podaje Aleksandrowicz na str. 75: „Szczawa słotwińska znacznie więcej posiada składników zsiadłych, niż krynicka, bo różnica przenosi $^1/_3$ część. W tym samym stosunku zawiera ona więcej kwasu węglowego z zasadami połączonego. Węglanu żelazawego ma o $^1/_8$ więcej, a cokolwiek tylko mniej kwasu węglowego istotnie wolnego. Zważywszy nareszcie tę okoliczność, iż gdyby wszystkie te 4 czy 5 źródeł połączono i ujęto w jedną cembrzynę, a co dałoby się zrobić, wtedy pozyskalibyśmy tym sposobem zdrój, który co do obfitości wody nie wieleby ustępował krynickiemu, a dostarczałby szczawę od niego silniejszą, a więc skuteczniejszą“. Na tem zdaniu polegając, możemy przyjąć, iż zdrój słotwiński I wydawać powinien co najmniej 25 litrów wody na minutę, czyli połowę tego, co daje zdrój główny.

O zdrojach słotwińskim II i III prof. Dr. Olszewski na str. 35 podaje: „Zdroje alkaliczne, tryszczące w Słotwinach i Szczawniku, zawierające znaczną ilość węglanu sodowego (1·9‰, 0·9‰, 1·2‰), nie mogąc tego składnika otrzymać z warstw piaskowca karpackiego, z którego wypływają, zmuszają nas do wniosku, że pomimo, iż trachit nie ujawnił się nigdzie w Krynicy i przyległych miejscowościach na powierzchni ziemi, znajduje się jednak on w głębi i ulegając powolnemu rozkładowi, zasila swemi składowemi częściami zdroje mineralne“. Czyż wobec tego trafnego spostrzeżenia nie należało się zająć tymi zdrojami? czy nie należało ich należycie pogłębić? Wielce prawdopodobnie odkryłoby się tu głębokie i obfite zdroje, które leżą 60 do 80 metrów powyżej zdrojowiska Krynicy, a więc łatwo byłoby ich wodę sprowadzać do kąpieli. Niechcąc jednak przesądzać co do obfitości tych zdrojów, przyjmijmy tylko możliwie minimalną ich wydatność po 5 litrów na minutę, to z drugiej strony ich woda składem chemicznym znakomicie się wyróżnia od innych i byłaby doskonałym lekiem pomocniczym w prowadzeniu kuracyi krynickich. Zdrój Sidora pamiętam z dawnych czasów, że posiadał smaczną wodę i dosyć silny miała odpływ, dziś przeważnie zasypany i woda nieodpływa. Przy należytem pogłębieniu i ujęciu tego zdroju można przypuszczać, że wyda conajmniej 14 litrów na minutę. O zdroju Dudzika II prof. Dr. Olszewski na str. 16 podaje, że „posiada znaczny odpływ, największy ze wszystkich badanych przezemnie 10 zdrojów krynickich“, a zatem większy niż Dudzika I, który ma 14·8 litra na minutę, możemy więc przyjąć conajmniej 20 litrów na minutę.

Kąpieli mineralne z różnych zdrojów krynickich.

Nazwa zdroju	wody litrów		kąpieli	
	na minutę	na dobę	na dobę	na sezon
Zdrój Główny . .	50	72.000	288	25.920
„ Józefa . .	14	20.160	80	7.200
„ Dobrodziej .	50	72.000	288	25.920
„ Karola .	40	57.600	230	20.700
„ Słotwiński I	25	36.000	144	12.960
„ „ II i III	10	14.400	58	5.200
„ Dudzika II .	20	28.800	115	10.350
„ Sidora . .	14	20.160	80	7.400
Razem . .	223	321.120	1.285	115 650

Z tego zestawienia okazuje się, że z tych 8 tylko zdrojów krynickich możnaby otrzymać wody mineralnej na 1.285 kąpieli dziennie, a licząc stałe ich wydawanie przez 90 dni, to na sezon można wydać 115.650 kąpieli. Jestto liczba kąpieli mineralnych, potrzebna według obliczeń do roku 1918, gdy frekwencya wzrośnie do 11.341 osób. Na następne 10 lat, t. j. do roku 1928, przy frekwencyi 18.579 osób potrzeba będzie 185.790 kąpieli, na które wodę możemy otrzymać przez zbiornikowanie wody ze zdroju głównego, a wtedy otrzymamy 115.650—25.920+194.850=194.850 kąpieli na sezon, czyli więcej, niż nam potrzeba według obliczonego rozwoju Krynicy w przyszłych 25 latach.

Pominęliśmy jeszcze liczne zdroje mineralne w bliższem i dalszem sąsiedztwie Krynicy, któreby się także dały zużytkować zarówno do picia, jak też i na powiększenie ilości wody na kąpiele, zwłaszcza bardzo obfite zdroje w Jastrzębiku, ale trzeba w tym kierunku coś działać, a tu się nic nie działa, jeno się z góry gołosłownie przeczy, że zdroje te nie posiadają żadnej wartości. Ścisłe ich zbadanie, należyte pogłębienie i odprowadzenie wody, zbadanie jej wydatności, staranne a gruntowne ich ujęcie, dokonanie ścisłych rozbiorów chemicznych i oddanie do użytku lekarskiego zarówno do picia, jak też na kąpiele, znakomicieby się przyczyniło do rozwoju Krynicy, a niekosztowałoby tyle pieniędzy, ile się zamierza wydać na bardzo problematyczne głębokie wiercenia. *Non multum sed multa*...

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Kursa dla wykształcenia służby dezinfekcyjnej.

Fizykat król. stoł. m. Lwowa urządził w bieżącym roku drugi bezpłatny kurs dla wykształcenia służby dezinfekcyjnej, przeznaczając go przedewszystkiem dla kandydatów z gmin zamiejscowych. Na zaproszenie za pośrednictwem c. k. Namiestnictwa i Wydziału krajowego oświadczyły następujace gminy gotowość przysłania odpowiednich kandydatów: 1. Kołomyja, 2. Horodenka, 3 Sądowa Wisznia, 4. Gródek, 5. Bóbrka, 6. Przemyślany, 7. Zbaraż, 8. Sambor, 9. Tarnopol, 10. Winniki, 11. Stryj, 12. Szczerzec, 13. Przemyśl, 14. Buczacz, 15. Janów, 16. Kleparów, 17. Rudki, 18 Złoczów, 19. Chodorów, 20. Mosty Wiel-

kie. Nadto zgłosiły uczestników kursu: dyrekcya Akademii rolniczej w (21.) Dublanach, miejski zakład wodociągowy w (22.) Woli Dobrostańskiej, zarząd kąpielowy w (23.) Lubieniu Wielkim, zarząd szpitala powszechnego krajowego we (24.) Lwowie i zakład krajowy dla obłąkanych w (25.) Kulparkowie. Wszyscy kandydaci zostali na kurs przyjęci; miasta Tarnopol i Buczacz przysłały po dwóch, szpital powszechny krajowy przysłał 5, a zakład dla obłąkanych w Kulparkowie 4 dozorców chorych. Wszystkich uczestników kursu, wraz z jednym funkcyonaryuszem senitarnym miasta Lwowa, było 35-ciu. Dla ułatwienia pobytu kandydatom zamiejscowym ofiarowała gmina miasta Lwowa bezpłatny nocleg w szkole św. Marcina, z którego też prawie wszyscy korzystali. W liczbie przysłanych kandydatów było 17 członków miejskich straży policyjnych, 4 członków straży ogniowej, 1 nauczyciel ludowy (Rudki), 1 maszynista (Wola Dobrostańska), 1 magazynier (Dublany), 1 funkcyonaryusz sanitarny (Lwów), 1 kąpielowy (Lubień) i 9 dozorców chorych (Lwów — Kulparków).

Kurs odbył się w czasie od 22-go do 27-go sierpnia b. r. i składał się z wykładów teoretycznych o chorobach zakaźnych i o dezinfekcyi, tudzież z ćwiczeń praktycznych wykonywania dezinfekcyi.

Wykłady wygłoszone przez fizyka miejskiego Dra Legeżyńskiego obejmowały naukę o zarazkach chorobowych, jako istocie chorób zakaźnych, o bakteryach, o sposobach szerzenia się chorób zakaźnych między ludźmi i zwierzętami, o sposobach zarażania się człowieka zdrowego; szczegółowo omawiano niektóre choroby zakaźne, jak gruźlica, błonica i dur brzuszny. Wykłady te były przeplatane wieloma demonstracyami. Pokazano mianowicie fotografie bakteryi w przeźroczu i modele bakteryi w 20—25 tysięcznem powiększeniu, udzielonem uprzejmie przez rektora Akademii weterynaryi we Lwowie Pana Dr. Szpilmana; dalej demonstrowano przy pomocy pięciu mikroskopów bakterye barwione i bakterye żywe w kropli wiszącej. Przedstawiono również roznoszenie bakteryi za pośrednictwem muchy (wpuszczono w oczach słuchaczy jedną muchę pod klosz szklany, pod którym rozmieszczono kilka czystych kawałków ziemniaka i jeden ziemniak z hodowlą *bacterium prodigiosum;* po upływie 24 godzin prawie wszystkie kawałki ziemniaka były zarażone bakteryami, jak o tem świadczyły czerwone plamy na czystych przedtem ziemniakach. Dla przekonania słuchaczów, że przez użycie wody, mydła i t. p. można osiągnąć tylko względną czystość rąk, dopiero zaś po użyciu środka dezinfekcyjnego właściwą czystość, — wyhodowano w termostacie kolonie bakteryi, które przez dotykanie palcami osiadły na sterylizowanych płytach Petriego, a których rozwój mógł każdy uczestnik kursu obserwować przez cały tydzień. W podobny sposób przedstawiono stopień zawartości bakteryi w pyle, mieszczącym się w sali wykładowej.

Doświadczenia te, wykonane w oczach słuchaczy, utkwiły im głęboko w pamięci i ułatwiły im znakomicie zrozumienie istoty chorób zakaźnych.

Wykłady o dezinfekcyi rozdzielono na dwie części, mianowicie: na naukę o dezinfekcyi w ogólności, którą objęto sposób dezinfekcyonowania za pomocą gorąca: przez palenie, gotowanie we wrzącej wodzie i użycie przyrządów parowych — i za pomocą środków chemicznych, przez użycie wody karbolowej (lyzolu, krezolu), mleka wapiennego, ługu, sublimatu i formaliny w przyrządach formalinowych (system Flüggego i Zarewicza) i użycie odwaniacza amoniakowego.

Wykład o dezinfekcyi szczegółowej obejmował dezinfekcyę w czasie choroby zakaźnej (urządzenie pokoju dla chorego, dezinfekcya jego osoby, przedmiotów zarażonych, wydzielin i środki ochronne dla sług, pielęgnujących chorego) i desinfekcyę po skończonej chorobie zakaźnej, a mianowicie: dezinfekcyę osoby wyzdrowieńca lub zwłok, dorożki, którą chory jeździł, n. p. do szpitala, dezinfekcyę wychodka i w końcu mieszkania chorego, t. j. pokoju, sprzętów i ubrań. Szczegółowo wyłożono porządek czynności przy odrażaniu mieszkania za pomocą pary formalinowej. Wykładom i demonstracyom przysłuchiwał się w czasie całego kursu inspektor szpitala krajowego radca Dr. Jan Stella-Sawicki.

Już podczas przeszłorocznego kursu dawał się dotkliwie uczuwać brak odpowiedniego popularnego podręcznika dla służby dezinfekcyjnej. Aby temu brakowi zaradzić, ułożył Dr. Legeżyński w formie katechizmowej (pytań i odpowiedzi) podręcznik, który starał się uczynić jak najprzystępniejszym dla służby dezinfekcyjnej, licząc się z tem, że przeznaczonym jest głównie dla ludzi o niewielkiej inteligencyi, dla członków policyi miejskiej lub straży ogniowych, woźnych i t. p. Tytuł tego podręcznika brzmi: *„Co to jest dezinfekcya i jak się ją wykonuje.“*

Ćwiczeniami praktycznemi, które wypełniły resztę czasu przeznaczonego na kurs, kierował Dr. Kielanowski. Na ćwiczeniach tych nauczyła się służba dezinfekcyjna w odpowiednio umeblowanych izbach odrażać mieszkania ludzi zamożnych, jak również mieszkania ludności biednej, przyczem uwzględniano przedewszystkiem sposoby najprostsze, najtańsze, a niezawodnie pewne.

Kurs zakończył się egzaminem publicznym w dniu 27 sierpnia, który zaszczycili swą obecnością: członek Wydziału krajowego W. P. Trzecieski, tudzież w charakterze egzaminatorów krajowy inspektor sanitarny radca Dr. Józef Barzycki, inspektor szpitali krajowych radca Dr. Jan Stella-Sawicki i rektor Akademii weterynaryi we Lwowie Dr. Józef Szpilman. Egzamin ten udowodnił, że wszyscy uczestnicy kursu byli zupełnie przygotowani i wyszkoleni w wykonywaniu wszelkich stosujących sposobów odrażania, przyczem niektórzy, obdarzeni większą inteligencyą, udowodnili szczególną bystrość umysłu. Wedle wyniku egzamin zdało 15 kandydatów z postępem bardzo dobrym, a 20 z postępem dobrym. Wszyscy otrzymali świadectwa podpisane przez egzaminatorów i przez fizyka miejskiego.

VIII. Wiadomosci bieżące.

Kraków, dnia 21 września.

* »Kuryer warszawski« w Nr. 260 donosi o dalszem powołaniu na plac boju w Mandżuryi przeszło 50 lekarzy z Królestwa polskiego; z samej Warszawy powołano trzydziestu, których nazwiska »Kuryer« przytacza.

* Ś. p. Dr. Zenon Cywiński, o którego śmierci w Wilnie donieśliśmy w poprzednim N-rze, należał do bardzo zasłużonych okulistów polskich. Uniwersytet ukończył w Moskwie, następnie kształcił się praktycznie w Warszawie, wreszcie pracował w klinikach: paryskiej, wiedeńskiej i berlińskiej. Osiadłszy w Wilnie, stanął na czele szpitala oftalmologicznego fundacyi hr. Tyzenhauza, a następnie został okulistą wileńskiego okręgu wojskowego. Parę prac z zakresu swojej specyalności ogłosił w tygodnikach warszawskich. Żył lat 75.

* We Lwowie poświęcono i otwarto »Poliklinikę powszechną« w celowo przebudowanym własnym domu przy ul. Lindego.

* Z funduszu uzyskanego drogą loteryi państwowej cesarz Franciszek Józef zezwolił przelać 10,000 koron do kasy Instytutu zapomogowego dla wdów i sierót po lekarzach, istniejącego przy Związku Towarzystw lekarskich w Austryi.

* Zbadanie pokładów geologicznych, z których wypływa zdrój oblęgorski »Ursus«, dało wynik nadspodziewanie dobry. Woda oblęgorska przepływa przez warstwy pstrego piaskowca i wydobywa się na powierzchnię pod znacznem ciśnieniem, którem warunkuje się obfita jej wydajność 124 litry na minutę. Po zbadaniu pokładów przez inżynierów okręgu kielecko-lubelskiego, przystąpiono do zabezpieczenia źródła i ujęcia go stosownie do wymagań balneotechniki. Następnie zarządzono ponowne chemiczne zbadanie wody: rozbiór chemiczny, wykonany przez prof. Znatowicza, dał następujące wyniki: W jednym litrze wody ze źródła znaleziono:

dwuwęglanu sodowego	1,3433
chlorku sodowego	0,2117
siarkanu wapniowego	0,0153
siarkanu magnowego	0,0135
węglanu magnowego	0,0106
	1,5949.

Na mocy wyników przytoczonego rozbioru można zaliczyć wodę oblęgorską do naturalnych szczaw alkalicznych. Co się tyczy własności fizycznych, to te stawiają wodę ze źródła »Ursus« w pierwszym szeregu; a że zawiera ona wolny kwas węglowy, więc może z korzyścią zastąpić zbliżone składem wody obce, jak bilińska, giesshüblerska, Apollinaris, selterska i t. d. Na zasadzie powyższych danych woda oblęgorska ze źródła »Ursus« została uznaną przez ministerstwo spraw wewnętrznych za naturalną wodę mineralną stołową, a co za tem idzie, charakter jej został urzędowo ustalony *(Wiadomości farmaceutyczne).*

* Jeszcze w bieżącym miesiącu zostanie otwarty i oddany do publicznego użytku nowy szpital dzieci w Łodzi, ufundowany przez małżonków Herbstów na uczczenie zmarłej przed paru laty ich córeczki. Koszt budowy wyniósł 200,000 rubli bez urządzenia wewnę-

trznego; zajmuje obszar $4^{1}/_{2}$ morgów, jest zbudowany systemem pawilonowym i posiada znakomite pod każdym względem urządzenie wewnętrzne. Zakład obliczony na 75 łóżek, lecz miejsca w potrzebie starczy na drugie tyle. Szpital jest pod wezwaniem św. Anny.

* Dr. Emil Swinarski objął kierownictwo znanego zakładu dla umysłowo chorych w Kowanówku (Księstwo Poznańskie). Właścicielem tego zakładu jest Dr. Karczewski.

* Wiceprezesem jarosławskiej Rady powiatowej wybrany został Dr. Adolf Dietzius.

* Między 28 sierpnia a 4 września doniesiono władzy o jednym przypadku ospy w powiecie dąbrowskim, oraz o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim, dobromilskim (po 1 gm.), rawskim (2 gm.), przemyskim (1 gm.), tarnopolskim (2 gm.), złoczowskim i żółkiewskim (po 1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Tytuł profesorski otrzymali docenci: Fischer w Freiburgu (anatomia), Wide w Stokholmie (ortopedia). Dr. Heyden mianowany został profesorem urologii w N. Yorku. Dr. Tricomi — mian. profesorem kliniki chirurgicznej w Palermo.

Nekrologia. Dr. Maksymilian Auscaler z Królestwa polskiego zmarł w Paryżu. Dr. Kazimierz Szymkiewicz, ceniony dentysta krakowski, odebrał sobie życie w Tarnowie. Żył lat 48. Dr. Rembold, b. profesor w Grazu, zmarł w Insbruku, licząc lat 71.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr. 37. Sterling: Badania nad czuciem wibracyjnem i jego znaczeniem klinicznem (c. d.). Halpern: O zachowaniu się chlorków w ustroju, ich stosunku do powstawania obrzęków i znaczeniu w dyetetyce przy zapaleniu nerek (c. d.).

— *Kronika lekarska* Z. 17. Sędziak: Rozpoznawanie i leczenie raków krtani (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 37. Czarniecki: Oligofazya w epileptycznych zaburzeniach świadomości i praktyczne jej znaczenie. Smoleński: O znaczeniu leczniczem związków gliceryno-fosforowych u dzieci (dok.).

— *Przegląd kąpielowy* Nr. 11. Tchórznicki: Frekwencya w naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach w ostatnich pięciu latach. L. Korczyński: Technika w usługach balneoterapii.

— *Krytyka lekarska* Nr. 8 i 9. Wrzosek: Lekarstpha w osobliwych niemoczach przez Simona Doktora z Łowicza.

— *Głos lekarzy* Nr 18 zawiera: Przed Sejmem. — Dane statystyczne co do dochodów lekarzy w miastach. — Uwagi o taryfie lekarskiej. — Czy Galicya potrzebuje powiększenia liczby lekarzy. — Z niwy dziennikarskiej. — Przeciw specyfikom. — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych. — Lekarz jako świadek sądowy.

— *Revue v neurologii, psychiatryi, fisikalni a diaetetické therapii* Nr 8: Chalupecký: Očni příznaky při traumatické neurose. Jirásek: Dvakrat zhojena meningitis tuberculosa u téhož individua.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 9. Schwarz: Slučaj chronične invaginacije crieva. Totalna resekcija. Dežman: Aetiologia, prophylaksa i therapija tuberkuloze prema današnjem stanju znanosti.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 37. Kopfstein: Kasuistika vzácných nádorů v chirurgii (c. d.). Libenský: Užití paprsků Roentgenových ve vnitřním lékařství (dok.). Návrat: O samovraždě (dok.). Panýrek: K dějinám první pomoci.

— *La Presse médicale* Nr. 73. Gilbert i Lipmann: Pierwiastek fosforowo organiczny ziarn roślinnych. Kwas anhidrooksymetylenowo-dwufosforowy i jego działanie biologiczne. Tommasi: Uwagi nad tak zwanym „stanem wyzwalania się" (status nescendi) w terapii.

Nr. 74. Azoulay: Włókienka nerwowe podług metody i prac S. Ramon y Cajala. Labbe: Stan »wyzwalania się« substancyi używanych w lecznictwie. Cautru: Kwas fosforowy, jego nieszkodliwość i główne wskazania do zastosowania leczniczego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 37. de Amicis: Nowy przypadek świerzbu norwegskiego czyli strupiastego. Boeck: Kiła dziedziczna w drugiem pokoleniu. Finger: Uwagi kliniczne nad osutkami kiłowemi. Fournier: Rzut oka na kilka objawów skórnych, które mogą towarzyszyć przewlekłemu zapaleniu wyrostka robaczkowego. Hallopeau: O stałej osutce trądowej podobnej do płoniczej z następowym zanikiem skóry w ogniskach prosowkowatych. Nowa odmiana. Hutchinson: Niektóre moje zapatrywania. Jadassohn: Choroby skórne, wywołane drogą krwi przez zakażenie i trucizny. Pernet: Przypadek drugorzędnej kiły powikłany ciężką chorobą oczów. Pick i Asahi: Leczenie eozyną i światłem. Thibierge: Warunki powstawania barwikowych osutek na tle kiłowem (leucoderma syphiliticum). Welander: Jak i gdzie należy leczyć dzieci obarczone kiłą dziedziczną?

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 37. Lewkowicz: Cytologiczne badanie wysięków i przesięków. Wintersteiner: Uwagi nad częstością i zapobieganiem śluzoropotokowi noworodków. Herbst: Zapalenie tarczy nerwu wzrokowego a brak miesiączki.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 37. Grober: Moczówka prosta z ogniskowymi objawami mózgowymi. Derlin: Wielorakie żółciaki (*xanthoma*) guzowate w związku z cukrzycą. Sprengel: Znaczenie leukocytozy dla ustalenia wskazań w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego. Blumenthal: O pochodzeniu prątków duru prawdziwego i rzekomego w chorobach dróg żółciowych. Bickel: Badania soku żołądkowego. Bruns: Zaszczepienie gruźlicy przy morfinizmie. Deutsch: Radioterapia przy guzach macicy. Zesas: Rakowate zwyrodnienie kaszaka na głowie. Bechtold: Przypadek kurczowego porażenia rdzeniowego w następstwie zatrucia ołowiem. Nohl: Róża zgorzelinowa noworodków. Weissbart: Parowy przyrząd do celów leczniczych. Wagner: O gnilcu przypadkowym (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr 38. Neisser: Moje doświadczenia nad przenoszeniem kiły na małpy. Hallopeau: Zasady leczenia kiły. Rosenthal: Leczenie kiły. Hutschinson: Uwagi nad rakiem. Hansen: Trąd rzekomy. Lie: Leczenie trądu. Forchhammer: Kliniczne uwagi nad leczeniem światłem po uczuleniu. Kothe: Wpływ fotodynamicznych substancyi na działanie promieni Röntgena.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 37 (od 11/IX do 17/IX) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 38, dz. 26; nieżywo: chł. 2, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 12, kob. 18; zamiejscowych: męż. 10, kob. 5.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 5, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. — ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 6, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 5. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 3, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. — 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob —. **Razem** miej. 31, obcych 15.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok LXIII. Kraków 1 Października 1904. Nr. 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Cięcie śródotrzewnowe i szew sznurówkowy przy operacyach na pęcherzu moczowym.

Podał
Dr. Józef Bogdanik.

Czytając w podręcznikach chirurgicznych opis wysokiego cięcia pęcherza moczowego, znachodzimy ostrzeżenie, aby starannie unikać otwarcia otrzewnej. Radca dworu Rydygier podał wprawdzie swój sposób całkiem odmienny, aby sobie torować drogę do pęcherza moczowego od jego ściany tylnej otrzewną pokrytej. Na XI Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie jeszcze raz tę sprawę omawiał, żaląc się, że cięcie jego i sposób zakładania szwu na pęcherz jeszcze nie znalazł ogólnego uznania, jakkolwiek go wypróbował w licznych doświadczeniach na psach, niemniej u ludzi. Przyznam się, że mi trafił do przekonania sposób ten, czemu dałem wyraz w dyskusyi, nie zastosowałem go jednak tylko dla braku odpowiedniego materyału w Białej. Mając zaś sposobność po temu, użyłem cięcia śródotrzewnego i tem chętniej opiszę przypadek dotyczący, żem się przekonał o zaletach tej metody.

Dnia 4/VII 1904 r. zgłosił się na mój oddział *M. K.*, mężczyzna liczący lat 49, u którego znaleziono *papillomata vesicae urinariae*. Po odpowiedniem przygotowaniu chorego, otworzyłem dnia 5/VII w uśpieniu chloroformowem jamę brzuszną w linii białej nieco poniżej pępka, a następnie naciąłem pęcherz moczowy, poprzednio napełniony roczynem kwasu borowego. Cięcie poprowadziłem od tylnej ściany pęcherza pokrytej otrzewną Przyżegawszy wybujałości żegadłem Paquelina, zaszyłem ranę w pęcherzu warstwowo katgutem karbolowym. Pierwszy szew kuśnierski obejmował tylko warstwę mięsną pęcherza, drugi zaś szew poprowadziłem przez otrzewnę, Aby ułatwić przyleganie do siebie otrzewnej i szczelnie złączyć brzegi ran w pęcherzu, użyłem szwu sznurówkowego. Na oba końce nitki katgutowej nawlokłem igły i rozpocząłem szew nieco powyżej rany w pęcherzu, w które wbiłem obie igiełki nieco ukośnie tak, że się igły skrzyżowały wśród błony mięsnej pęcherza, nie przechodząc przez błonę śluzową, a następnie wyciągnąłem igły przez otrzewnę po obu stronach rany. Skrzyżowawszy końce nitki po nad otrzewną, powtarzałem szycie, póki nie spoiłem brzegów całej rany, a końce nitki naprężonej związałem dopiero nieco po nad przeciwnym końcem rany pęcherza. Szew ten sprawia szczelne przyleganie brzegów rany, które się nie mogą rozstąpić nawet przy silnem napełnieniu pęcherza. Przylegające zaś do siebie brzegi otrzewnej rychło się zrastają. Następnie zaszyłem warstwowo ranę w powłokach brzusznych, pozostawiając sączek w dolnym odcinku rany. Do pęcherza wprowadziłem cewnik komornem (*à demeure*), wreszcie ranę opatrzyłem. Do szwów pogłębionych użyłem katgutu karbolowego, do powierzchownego zaś szwu w skórze *fil de Florence*. Wewnętrznie zaś dostał chory 3·00 helmitolu dziennie.

Przebieg pooperacyjny był całkiem gładki. Podwyższenia ciepłoty nie stwierdzono, a rana zagoiła się szybko. Szóstego dnia usunięto cewnik i odtąd chory dobrowolnie mocz oddawał; sączek usunięto ósmego dnia, a szew skóry z *fil de Florence* dnia dwunastego. Mocz z początku był nieco krwawy, oczyszczał się jednak z każdym dniem. Dnia 23/VII 1904 roku t. j. w ośmnaście dni po operacyi chory opuścił szpital — całkiem wyleczony.

Niemal równocześnie operowano w szpitalu zaotrzewnowo drugiego chorego z cierpieniem analogicznem, dlatego i tę historyę choroby w krótkości streszczę.

B. K., liczący lat 31, przyjętym został do szpitala z rozpoznaniem: *papillomata vesicae urinariae* i tegoż dnia został operowany. Cięcie poprzeczne skóry poprowadzono ponad spojeniem kości łonowych, nacięto przyczepy mięśni prostych brzucha i dodano cięcie podłużne w głębi w kierunku smugi białej. Tkankę tłuszczową oddzielono na tępo palcami, a gdy się odsłoniła przednia ściana pęcherza, przewleczono przez całą jej grubość dwie nitki jedwabne, mianowicie jedną koło szyjki, a drugą blisko szczytu. Pomiędzy napiętemi pętlami jedwabiu przecięto podłużnie ścianę pęcherza, poczem wypłynęła woda borowa, poprzednio zastrzyknięta do pęcherza. Ziarninę na tylnej powierzchni błony śluzowej pęcherza przyżegnięto na rozległej przestrzeni żegadłem Paquelina, a następnie zaszyto ranę w pęcherzu, zapuściwszy poprzednio nieco adrenaliny z powodu broczenia z błony śluzowej pęcherza i umieściwszy cewnik Nelatona komornem. Chory miał się po operacyi całkiem dobrze. Mocz, zawierający początkowo dużo krwi, stawał się coraz bledszym. Cewnik usunięto ósmego dnia, a odtąd chory sam mocz oddawał Zabliźnienie rany w powłokach brzusznych trwało atoli nieco dłużej. Chory opuścił zakład dnia 23/VIII 1904 t. j. w 38 dni po operacyi z małą ziarniną. Operacyę tę wykonał prof. Dr. Kader.

Dwa te dosyć do siebie podobne przypadki chorobowe, operowane dwoma rozmaitemi sposobami nadają się do zestawienia porównawczego. W przypadku pierwszym zastosowano cięcie śródotrzewnowe, zalecane przez prof. Rydygiera; w drugim przypadku zaś operowano zaotrzewnowo, przecinając powłoki brzuszne poprzecznie powyżej spojenia kości łonowych, w sposób zalecany przez Kochera. Prze-

bieg pooperacyjny w obu przypadkach przeszedł bez żadnych powikłań; stan ogólny był dobry, a w szczególności rany w pęcherzu wygoiły się szybko, a szwy moczu nie przepuszczały. Nieco dłuższego czasu wymagało zagojenie się rany brzusznej w przypadku drugim, gdzie powłoki przecięto poprzecznie ponad spojeniem kości łonowych. Przecięte mięśnie proste rozstąpiły się, a zabliźnienie postępowało powoli. Przyznać jednak trzeba, że cięcie to toruje nam wygodniejsszy dostęp do pęcherza. Co się tyczy śródotrzewnowego przecięcia pęcherza przyznać muszę, że utrudnia ono pracę, boć mniej dogodną jest droga przez tylną ścianę pęcherza, aniżeli przez przednią, a do tego liczyć się trzeba z rozpowszechnioną obawą zakażenia otrzewnej. Obawa ta nie jest jednak całkowicie usprawiedliwioną, jeżeli tylko treść pęcherza nie jest gnilną i jeżeli się pęcherz przed operacyą należycie odkazi. Sądzę przytem, że napełnienie pęcherza przy cięciu śródotrzewnowem nie jest tak potrzebnem, jak przy cięciu zaotrzewnowem. Przy tym sposobie operowania bowiem napełnić pęcherz musimy, aby się otrzewna jak najbardziej oddaliła od spojenia kości łonowych właśnie dlatego, aby operujący przypadkiem jej nie naciął. Przy cięciu śródotrzewnowem odpada to wskazanie i wystarczy, jeżeli zgłębnikiem metalowym, wprowadzonym do pęcherza, ścianę jego wypuklimy. Po nacięciu tedy ściany próżnego pęcherza ciecz żadna do jamy otrzewnowej nie dostanie się. Ważnem atoli jest szczelne zeszycie przeciętej ściany pęcherza. Materyał nie ulegający wessaniu nie zaleca się, daje bowiem jako ciało obce w pęcherzu powód do osadzania się kamienia. Używałem przeto wyłącznie katgutu karbolowego, jak to czyni bardzo wielu chirurgów. Nie zakładam również szwu węzełkowego, albowiem w razie napełnienia się pęcherza powiększają się odstępy pomiędzy poszczególnym szwami i przez nie płyn przeciskać się może. Aby temu zapobiedz, zakłada się szew kuśnierski, a jeszcze lepiej wyżej opisany szew sznurówkowy. Na jedno jeszcze uważać należy, mianowicie, żeby zakładanie szwu rozpocząć nieco powyżej rany, a zakończyć go dopiero powyżej rany. Sądzę nawet, iż szew sznurówkowy jednowarstwowy wystarczyć powinien.

W obu przypadkach tedy wygojenie się nastąpiło gładko, a szew pęcherza trzymał dobrze, moczu nie przepuszczając tak, że szóstego dnia można było cewnik usunąć. Rana w powłokach brzusznych tylko rychlej się wygoiła u chorego operowanego śródotrzewnowo. Uwzględniając tedy jedynie ranę w pęcherzu, obie metody równe dały wyniki. Że jednak cięcie zaotrzewnowe jest łatwiejszem, trzeba je będzie uważać za cięcie szkolne. Cięcie śródotrzewnowe zaś poleca się wprawniejszym operatorom, aby na podstawie rozleglejszego materyału można było wypowiedzieć ostateczne zdanie o tej metodzie.

II. Nowy przyrząd do odkażania rąk.

Podał

Dr. Feliks Hahn,

c. k. lekarz pułkowy 20 pułku obrony kraj. (Stanisławów).

Wszystkie dotychczas znane sposoby wyjaławiania rąk kładą główny nacisk na mechaniczne ich oczyszczenie mydłem i wodą przy pomocy szczotki lub wiór, w którym to celu użyć należy wody płynącej, przegotowanej i ile możności gorącej.

Tym wymogom odpowiadają tylko urządzenia klinik i większych szpitali, w szpitalach zaś mniejszych i w praktyce prywatnej używa się jak najprostszych sposobów, bądź to odnawiając kilkakrotnie wodę w miednicy, bądź też posługując się pomocnikiem, który od czasu do czasu odkręca lub zakręca kurek kociołka, zawierającego wodę, lub nalewa wodę z dzbanka na ręce.

By tę lukę w odkażaniu rąk wypełnić, obmyśliłem przed trzema laty następujący prosty przyrząd *):



Składa się on z żelaznego rusztowania wysokości $1^1/_2$ m, z blaszanego kociołka o podwójnych ścianach, lejkowatem dnie, zakończonem rurką metalową, zgiętą w kształcie *s*, z miednicy emaliowanej i emaliowanego wiaderka.

Kociołek, pojemności $12^1/_2$ l., można z łatwością zdjąć z rusztowania, a rurę odśrubować. Tuż pod kociołkiem znajduje się kurek, który otwiera się za pomocą pedału, poczem woda wypływa pod dość silnem ciśnieniem. Przez otwór, znajdujący się w tylnej górnej części kociołka, wypełnia się przestrzeń między ścianami złym przewodnikiem ciepła (najprościej popiołem).

Mierzenie ciepłoty wykazało, że np. woda 36° R (45° C) po 4 godzinach posiada jeszcze ciepłotę 32° R (40° C), a zatem przy odkażaniu mechanicznem rąk zupełnie jeszcze wystarczającą.

Możnaby jeszcze lepiej zapobiedz ochładzaniu się wody, gdyby i nakrywka miała ściany podwójne i również wypełniona była złym przewodnikiem ciepła.

Nie zawsze jednak zależy na tem, by mieć wodę gorącą przez czas dłuższy; nieraz chodzi o to tylko, by na krótki przeciąg czasu (1—2 godzin) mieć wodę płynącą o pożądanej ciepłocie. Wtedy wystarcza nawet kociołek o ścianach pojedynczych, jaki np. sporządzono według opisanego wzoru dla oddziału chorych (Marodenabteilung) 20-go pułku obrony krajowej w Stanisławowie. Kociołek ten, na pozór mały, zawiera 25 litrów.

III. Błonica i dławiec, leczone surowicą i bez surowicy [1]).

Podał

Dr. J. Fels.

Od czasu leczenia błonicy surowicą ukazały się już bardzo liczne sprawozdania z klinik i szpitali, uwidoczniające świetne wyniki tego leczenia. Pragnę podać tutaj swoje wyniki leczenia błonicy i dławca od października 1898 r., więc z przeciągu blizko 6 lat praktyki prywatnej. W praktyce widzi się chorych często o wiele wcześniej, niż

*) Do nabycia w fabryce przyrządów chirurgicznych Georgeona i Trepczyńskiego we Lwowie.

[1]) Wykład, zapowiedziany na posiedzenie naukowe Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w dniu 8 lipca 1904.

na klinikach i szpitalach, gdzie znowu przeważają przypadki ciężkie i zawikłane. Rozpoznań swoich nie sprawdzałem bakteryologicznie, co napotyka jeszcze na różne trudności techniczne, lecz opierałem je tylko na podstawie wybitnych objawów chorobowych. Takimi są w błonicy, jak wiadomo, ciężki stan ogólny, ból głowy, nudności, gorączka, która zresztą często może być tylko mierną lub zupełnie brakować, tętno częste, obrzęk gruczołów podszczękowych, bole przy łykaniu, dochodzące nieraz do uszu, obrzmienie i zaczerwienienie gardła, dalej żółte lub szaro-żółte naloty i błonki na migdałkach i podniebieniu miękkiem, dość często wydzielina surowiczo-śluzowa lub ropna z nosa jako wyraz błonicy nosa, oraz często — białkomocz. Objawy zaś w prawdziwym dławcu krtani są następujące: gorączka, duszność, szczególnie zaś wdech i wydech przedłużony i utrudniony, przytem piejący lub świszczący i daleko słyszalny (*stridor*), wciąganie dołka nadmostkowego, nadpępcza i całej dolnej części klatki piersiowej, oraz sinica, głos szorstki, ochrypły i kaszel bezdźwięczny, a co jest ważnem znamieniem dla odróżnienia od dławca wrzekomego, to, że stan ten trwa dłużej, zarówno w dzień, jak i w nocy, natomiast dławiec wrzekomy występuje najczęściej w nocy. Zważywszy, że dokładne opisy, jak i poznanie błonicy Bretonneau'a oraz dławca pochodzą z czasów dawniejszych i że obraz tej choroby określają przedewszystkiem objawy kliniczne, to nie można wątpić w trafność rozpoznania pomimo braku badania bakteryologicznego, jeżeli tylko objawy kliniczne są znamienne. Zresztą we wszystkich tych przypadkach, w których w gardle stwierdzamy błony dyfterytyczne lub krupowe, wynik dodatni badania bakteryologicznego jest prawdopodobnym; ponieważ jednak to badanie zajmuje nieraz zbyt wiele drogiego czasu, to stąd wynika reguła, że jeśli lekarz klinicznie rozpozna błonicę, powinien zaraz wstrzyknąć surowicę, nie czekając na badanie bakteryologiczne. Co do prawdziwego dławca krtani, to spostrzegamy, jak wiadomo, przypadki, w których dławiec występuje równocześnie lub następowo z błonicą gardła i samoistne przypadki zmian dławcowych krtani, które rzadko szerzą się następowo ku gardłu, lub też ku dołowi na tchawicę i oskrzela. W przypadkach pierwszego rodzaju etyologia błonicza nie ulega żadnej wątpliwości, lecz i co do drugiego rodzaju przypadków badania najnowsze wykazały, że po największej części są one wywołane przez prątki Loefflera, że zatem leczenie surowicą przeciwbłoniczą jest tu również w każdym przypadku wskazane. Nieraz też w przypadkach samoistnego dławca krtani błon w gardle wprawdzie nie dostrzegamy, ale może były wcześniej i oddzieliły się, zanim nam przedstawiono chorego; kiedyindziej niema błon w gardle, ale widoczne są w nosie.

Także leczenie błonicy surowicą przestało już być poniekąd rzeczą nową i uznane jest już obecnie prawie przez wszystkich lekarzy za największą zdobycz medycyny nowoczesnej tak, że prawie nikt więcej nie wątpi w jego skutek zbawienny. Mimo to sprawa surowicy jest tak ważną dla każdego, że warto jeszcze raz do niej powrócić. Spostrzeżenia moje co do leczenia błonicy i dławca pochodzą z ostatnich sześciu lat, a więc z ery surowiczej; nie mogę więc w całej pełni porównywać wyników dawniejszego leczenia z dzisiejszem, jak starsi koledzy, którzy zbierali doświadczenie jeszcze w epoce przedsurowiczej. Jednakże obok przypadków, leczonych surowicą, spostrzegałem prawie drugie tyle przypadków błonicy i dławca, leczonych bez surowicy. Nieraz bowiem pomimo usilnych starań i zabiegów nie udawało mi się przełamać oporu i niedbałości zabobonnych matek, które często jeszcze sprzeciwiają się wstrzyknięciu surowicy, uważając je za zabieg ciężki i szkodliwy; choć z drugiej strony należy przyznać, że surowica zdobyła sobie już zaufanie szerszej publiczności. Na szczęście i te przypadki, które leczyć musiałem bez surowicy, skończyły się pomyślnie, z wyjątkiem tych, w których ani na wstrzyknięcie surowicy, ani na żadne inne zabiegi już wprost czasu nie było.

Przechodząc do omówienia samychże przypadków, podzielę je najlepiej na te dwie gromady, to jest na przypadki błonicy i dławca, leczone surowicą i przypadki leczone bez surowicy. Dla krótkości nie przytaczam szczegółowych historyi chorób, lecz tylko krótkie zestawienie przypadków i to naprzód 30 przypadków, leczonych surowicą.

Z tych 30 przypadków, leczonych surowicą, było 21 przypadków błonicy (14 razy obustronnie, 7 razy na jednym migdałku), 2 przypadki dławca krtani i 7 przypadków błonicy gardła i dławca krtani, raz nawet z objawami dławca zstępującego do oskrzeli, znamionującego się stłumieniem i wydechem oskrzelowym z tyłu po stronie prawej. Podnieść też muszę, że w trzech przypadkach sprawa rozpoczęła się dławcem krtani i następnie rozszerzyła się na gardło. Z wszystkich przypadków tylko jeden zakończył się śmiercią. Dotyczył on dziecka 10-miesięcznego z błonicą gardła i dławcem krtani, gdzie matka dopiero szóstego dnia zawezwała lekarza i mimo, że w przeciągu 15 godzin wstrzyknąłem 2000 jednostek uodporniających, dziecko w 14 godzin potem umarło. Wszystkie inne przypadki, w których dwa razy w pierwszym dniu, 17 razy w drugim dniu, 4 razy trzeciego dnia, 3 razy 3 i 4 dnia, raz 2 i 3 dnia, a raz 2 i 4 dnia wstrzyknąłem surowicę, zakończyły się pomyślnie, taksamo przypadek, dotyczący 24-letniego mężczyzny, w którym 7 i 8 dnia wstrzyknięto po 2000 jednostek przeciwjadowych. Odpowiadałoby to 3·3% śmiertelności; jednak i tego jednego przypadku śmierci nie można kłaść na karb lub niekorzyść surowicy, gdyż Behring i wszyscy autorowie przestrzegają, że surowica wtedy tylko pewnie działa, jeśli się ją stosuje w pierwszych trzech dniach choroby, co i moje spostrzeżenia potwierdzają. W 23 przypadkach wystarczyło jednorazowe wstrzyknięcie 1000 jednostek uodparniających, w 4 przypadkach musiałem w przeciągu doby, raz po 48 godzinach tę dawkę powtórzyć, a raz w przeciągu doby stosowano dwukrotnie po 2000 jednostek. Wstrzyknąć odrazu 3000, a nawet 4000 i więcej jednostek, jak radzą Lachmański[2]) i Bagińsky[3]) u dzieci starszych i w ciężkich przypadkach, uważam za przesadę. W błonicy płoniczej surowicy nigdy nie stosowałem.

Szkodliwych skutków ubocznych, jak obrzęków stawów, po stosowaniu surowicy nie spostrzegałem; trzy razy

[2]) Deutsche med. Wochenschrift 1903, Vereinsbeilage str. 76.

[3]) Penzoldt i Stintzing: Handbuch der Therapie der Infectionskrankheiten. II Aufl.

wystąpiły ogólne osutki, a mianowicie: raz ósmego dnia po wstrzyknięciu 1000 jednostek surowicy wiedeńskiej wyrobu Paltaufa pokrzywka ogólna, utrzymująca się przez dwa dni; raz 14-go dnia po zastosowaniu 2000 jednostek surowicy wyrobu Bujwida wystąpiła ogólna osutka żarnicowata, trwająca jeden dzień, a raz 12-go dnia po wstrzyknięciu 4000 jednostek surowicy Bujwida wśród gorączki, dochodzącej do 38°, wystąpiła osutka rumieniowata, począwszy od miejsc wstrzyknięcia na kończynach, brzuchu, grzbiecie i krzyżach, utrzymująca się przez pięć dni przy powolnym spadku ciepłoty. Wliczając tu jeszcze dwa przypadki, w których stosowałem surowicę zapobiegawczo, również bez wybuchu osutek, otrzymamy 9·3% osutek posurowiczych. Jest to już rzeczą znaną, że dzięki postępom technicznym w wytwarzaniu surowicy, a szczególnie dzięki surowicy wysoko-wartościowej, która w mniejszej ilości płynu zawiera więcej jednostek przeciwjadowych — surowica Bujwida w 4 cm. sz. zawiera 1000 jednostek odporności — działanie uboczne, jakoteż osutki posurowicze stały się o wiele rzadsze i lżejsze. Także krwotoki i zapalenie nerek przypisywano dawniej działaniu surowicy; tymczasem przeciwnie, można powiedzieć, że surowica zapobiega zapaleniu nerek błoniczemu, a szczególnie surowica wysoko-wartościowa, gdyż szkodliwych skutków ubocznych nie wywołują istoty przeciwjadowe, lecz sama surowica, względnie zawarte w niej istoty białkowe i sole. Dzięki też tym ulepszeniom zalecane dawniej różne sposoby, jak n. p. ogrzewanie surowicy przed wstrzyknięciem, by zapobiedz w ten sposób szkodliwym skutkom ubocznym, są zupełnie niepotrzebne. Wspomnę tu tylko, że przeciw skutkom ubocznym surowic, jak osutkom, bolom w stawach i gorączce, przetwory salicylowe mają wybitnie działać.

Co się tyczy szczegółowych wyników leczenia, to w siedmiu przypadkach już drugiego dnia po wstrzyknięciu surowicy gorączka spadła lub znikła zupełnie, siedem razy gorączka spadła lub znikła zupełnie na trzeci dzień, cztery razy na czwarty dzień, a 11 razy gorączka trwała przeszło cztery dni lub brak mi pod tym względem danych dokładnych. Niekiedy po wstrzyknięciu nalot się jeszcze szerzył, a dwa razy przeszedł i na drugą stronę i wystąpiły też raz objawy dławca. Lecz tego nie można zarzucić surowicy, gdyż działa ona tylko przeciw jadom, a nie przeciw samym bakteryom. Naloty po wstrzyknięciu tworzą się jako następowe wypociny na tych częściach błony śluzowej, które już przed wstrzyknięciem były zakażone. W niektórych przypadkach wystąpiła jeszcze potem wydzielina śluzowo-ropiasta z nosa jako wyraz błonicy nosa, a w przypadkach dławca chrypka trwała jeszcze do dwóch tygodni i dłużej. Stosowałem zawsze z wynikiem dobrym surowicę najtańszą wyrobu Prof. Bujwida, zawierającą w 4—5 cm. sz. 1000 jedn. odporności, raz tylko surowicę wyrobu Paltaufa, zawierającą tę samę liczbę jednostek odporności w nieco większej ilości surowicy. Wstrzykuję surowicę zawsze pod skórę brzucha; oczywiście dziecko muszą dwie osoby dobrze przytrzymać. Z początku pokrywałem miejsce wstrzyknięcia gazą jodoformową i przylepcem, od dłuższego czasu jednak po osuszeniu miejsca wstrzyknięcia suchą watą stosuję kilka kropel kleiny (kolodyum) jodoformowej. Szkodliwych następstw, jak ropni, nigdy nie miałem; czasem powstawał w miejscu wstrzyknięcia lekki siniec, pochodzący z nakłucia żyłki podskórnej, co jednak niewielkie ma znaczenie. Kilka razy wystąpiły po kilku godzinach bole w miejscu wstrzyknięcia, pomimo że nie było ani zaczerwienienia, ani obrzęku. Bole te jednak zwykle już po sześciu godzinach znikały, a do uśmierzenia ich wystarczały zimne okłady.

Pozostaje mi jeszcze poruszyć sprawę leczenia miejscowego obok leczenia ogólnego surowicą. Pod tym względem surowica przeciwbłonicza oznacza również bardzo znaczny postęp, gdyż oszczędza chorym dzieciom wiele katuszy i męczenia przez częste przestrzykiwania gardła i nosa i przyżegające pędzlowania. Rzec można, że wszelkie środki miejscowe, zalecane przedtem przeciw błonicy, wobec surowicy zupełnie wyszły z użycia. W świeżych i lżejszych przypadkach leczenie miejscowe obok stosowania surowicy jest zupełnie niepotrzebne i błonki błonicze same się oddzielają. U nieco starszych dzieci już dla higieny jamy ustnej i gardłowej zaleca się częste płukania 2—3% kwasem borowym lub salicylowym albo wodą wapienną z wodą zwykłą w równych częściach lub w stosunku 1 : 2, co też przyspiesza oddzielanie się złogów błoniczych. U małych dzieci można 1—2 razy dziennie tymi rozczynami gardło przestrzykiwać. Praktykowane zaś do niedawna pędzlowania różnymi środkami przeciwgnilnymi lub przyżegającymi są zupełnie niepotrzebne, a nawet szkodliwe, gdyż przytem wciera się strzępy obumarłe i bakterye jeszcze głębiej w tkankę. Natomiast w ciężkich rozszerzonych i późnych przypadkach i leczenie miejscowe jest bezwzględnie wskazane, a mianowicie przy znacznem zaczerwienieniu i obrzmieniu gardła często zmieniane okłady lodowe lub krawat lodowy, łykanie kawałków lodu lub lodów owocowych, albo też picie wody lodowej dla złagodzenia bolów i płukanie lub przestrzykiwanie wspomnianymi już rozczynami. Jednak za najskuteczniejszy środek miejscowy w średnich i ciężkich przypadkach z rozległem obumarciem tkanek uważam sozojodolan sodowy, o czem później przy leczeniu błonicy bez surowicy powiem jeszcze słów kilka. Wspomnieć też muszę, że jeszcze w ostatnim czasie Curtius[4]), jako skuteczny środek miejscowy, działający samoistnie lub obok surowicy przeciwbłoniczej, zaleca częste pędzlowania rozczynem Loefflera[5]). Wobec dławca krtani zawsze obok surowicy musiano stosować wziewania parowe wodą słoną lub wapienną i środki wykrztuśne, zresztą w błonicy tylko niekiedy stosowałem u dzieci jeszcze wewnętrznie odwar kory chinowej, a jeśli potrzeba wymagała, środek wykrztuśny.

Tylko w dwóch przypadkach wstrzyknąłem surowicę zapobiegawczo. Raz u dwuletniego dziecka, którego starszy brat zachorował na błonicę i dopiero na drugi dzień, kiedy już spostrzeżono na lewym migdałku biały nalot o 1 mm. szerokości i 6 mm. długości, rodzice zgodzili się na wstrzyknięcie zapobiegawcze, uwieńczone skutkiem pomyślnym. Drugi przypadek dotyczył jednorocznego dziecka w rodzinie, w której 6/XI zachorowała 4-letnia dziewczynka, a 10/XI trzyletni chłopczyk i wtedy dopiero rodzice zgodzili się na

[4]) Münchener med. Wochenschrift 1903 Nr. 36.

[5]) Skład rozczynu Loefflera jest następujący: *Rp. Mentholi 2·5, solve in Toluoli 9·0, Alcohol. absol. 15·0, Liq. ferri sesquichl. 1·0, M. da ad lagen. flav.*

zapobiegawcze wstrzyknięcie surowicy trzeciemu, zdrowemu jeszcze dziecku, które też pozostało zdrowe. W obydwu przypadkach wstrzyknąłem również po 1000 jednostek odporności, mając za każdym razem tyle pod ręką, choć jako dawka zapobiegawcza wystarcza odpowiednio do wieku dziecka 200—300 jednostek uodp., a więc z surowicy wyrobu Bujwida jedna do półtorej strzykawki jednogramowej Pravaza. Według Behringa jako dawka zapobiegawcza wystarcza już 100 jednostek przeciwj., a 250 jednostek, by nawet w okresie wylęgania zapobiedz wybuchowi błonicy. Lecz wstrzyknięcie surowicy uodparnia tylko na 2—3 tygodni, a jeśli niebezpieczeństwo zakażenia trwa jeszcze dalej, to po 2—3 tygodniach należy wstrzyknięcie zapobiegawcze powtórzyć. Ale i po przebyciu błonicy uodpornienie trwa tylko bardzo krótko, a ponowne zakażenia *(reinfectio)* i nawroty wcale nierzadko się zdarzają i mogą się powtarzać nawet kilkakrotnie. Choć nie brak autorów [6]), twierdzących, że błonica prawdziwa nagabuje człowieka tylko rzadko kilkakrotnie, to przecież doświadczenie poucza, że błonica, a szczególnie dławiec, (mówię o prawdziwym), obok róży i pierwotnego zapalenia płuc w przeciwieństwie do innych chorób zakaźnych często nagabują po kilkakroć tego samego chorego. Niektórzy [6]) też twierdzą, że po naturalnem przebyciu choroby pozostaje znaczniejsze uodpornienie, niż po leczeniu surowicą. Dlatego dzieci, leczone surowicą, częściej zapadają na błonicę, niż dzieci, leczone bez surowicy. Ja miałem dwa pod tym względem ciekawe przypadki, z których pierwszy, jako leczony surowicą, tu przytoczę:

D. R., $4^1/_2$ lat, syn dorożkarza, badany dnia 11 stycznia 1903 w południe. Chory od dwóch dni, ciepłota 38·5°, tętno 132, gruczoły podszczękowe powiększone, obydwa migdałki zaczerwienione, obrzmiałe, na prawym dwa naloty żółte wielkości grochu, na lewym jeden takiej samej wielkości. Przypuszczając jeszcze mieszkowe zapalenie gardła zarządziłem wewnętrznie 1% kwas solny, płukanie 3% kwasem borowym i zimne okłady na szyję. Jednak dziecku robiło się coraz gorzej i oddech stał się ciężki tak, że o godzinie 9 wieczór zawezwano mnie po raz wtóry. Ciepłota wynosiła 39°, oba naloty na prawym migdałku zlały się w jeden wielkości halerza, na lewym migdałku nalot również większy, oddech ciężki, przyspieszony. Wstrzyknąłem natychmiast 1000 jednostek surowicy; dziecko gorączkowało jeszcze trzy dni.

Dnia 7 lutego, więc w niespełna cztery tygodnie zawezwano mnie do tego samego dziecka, a badanie wykazało: od dwóch dni ma gorączkę. żali się na ból gardła i głowy, znacznie osłabiony, brak łaknienia; ciepłota 38·7°, tętno 144, lewy migdałek czerwony, znacznie obrzękły, na nim żółty nalot wielkości dwuhalerzówki, na dolnym brzegu gruby na 3 mm.; prawy migdałek również czerwony, obrzękły i na nim biały nalot wielkości halerza, gardło zwężone, gruczoły pod kątami żuchwy obrzmiałe. Leczenie i tym razem polegało na wstrzyknięciu 1000 jednostek przeciwj. i płukaniu 3% kwasem borowym.

Uodpornienie więc trwało w tym przypadku po przebyciu błonicy, leczonej surowicą, tylko 3 tygodnie. Rautenberg widział nawet w jednym przypadku, że dziecko 11-go dnia po wstrzyknięciu 3000 jednostek zachorowało na błonicę, a Curtius spostrzegał u dziecka, nieleczonego surowicą, ponowne zakażenie po 14 dniach.

(Dokończenie nastąpi).

[6]) Neumann: Listy o leczeniu chorób dzieci. Berlin 1903.

IV. Wyciągi.

Dr. Jan Brodzki (lekarz zdrojowy w Kudowie). **O wartości prognostycznej i rozpoznawczej ilości soli kuchennej, wydzielanej z moczem w zapaleniu nerek, po spożyciu próbnych dawek tej soli.** (*Fortschritte der Medizin* Nr. 15, 1904). Autor robił doświadczenia na 15 osobnikach ze zdrowemi i choremi nerkami, w celu zbadania zdolności nerek wydzielania spożytej soli kuchennej. Czas trwania każdego doświadczenia wynosił dni 12. Chorzy, do doświadczeń użyci, dostawali w ciągu całego tego czasu jednakowe jadło, a prócz tego dostawali jeszcze w dniu piątym, szóstym, siódmym i ósmym po 5 do 10 grm. $NaCl$, zależnie od usposobienia i choroby. Autor mierzył dzienną ilość moczu i określał ilość zawartej w nim soli kuchennej w odsetkach oraz w gramach. Wyniki tych badań dadzą się streścić w sposób następujący: 1) Ilość soli kuchennej, wydzielanej przez zdrowe nerki, odpowiada ilości soli spożytej. Po każdorazowem zwiększeniu ilości soli kuchennej, wprowadzanej do ustroju, następuje zwiększone jej wydzielanie się z moczem. 2) Nerki chore, zależnie od stopnia schorzenia, odpowiadają na zwiększoną ilość soli kuchennej, wprowadzanej do ustroju, albo natychmiastowem zwiększonem wydzielaniem, albo nie natychmiastowem, lecz o dni parę spóźnionem; lub wreszcie nie odpowiadają na nie wcale zwiększonem wydzielaniem. *a*) W przypadkach ostrego zapalenia nerek z zupełnie pomyślnem rokowaniem zdolność nerek wydzielania $NaCl$ jest taka sama, jak u osób z nerkami zdrowemi. *b*) W przypadkach zapalenia nerek przejściowych od ostrych do przewlekłych, oraz w początkowych okresach przewlekłych zapaleń nerek, ilość $NaCl$ wydzielanej z moczem po wprowadzonej do ustroju zwiększonej ilości, wprawdzie się zwiększa, lubo zwiększenie to następuje nie zaraz, lecz dopiero po upływie jednego lub dwóch dni. Rokowanie w tych przypadkach jest wątpliwe. *c*) Wreszcie w późniejszych okresach przewlekłego zapalenia nerek, tak miąższowego, jak i śródmiąższowego, w których rokowanie jest zgoła niepomyślne, nie następuje bynajmniej zwiększone wydzielanie $NaCl$ z moczem po zwiększonem spożyciu tej soli. Na zasadzie swych badań autor przyszedł do wniosku, iż określanie zdolności nerek wydzielania $NaCl$ stanowi cenną wskazówkę co do stopnia schorzenia nerek w chorobie Brighta, a więc ma znaczenie i we względzie rozpoznania choroby nerek (*functionelle Nierendiagnostik*) i we względzie rokowania. *B.*

G. Klemperer. **Leczenie kamicy nerkowej. III** [1]). (*Die Therapie der Gegenwart*, 1904, sierpień). Aby zapobiedz kamicy nerkowej, zupełnie wystarcza leczenie dyetetyczne, a środki apteczne są zbędne. Lecz nie każdy chce się poddać niewolniczo ścisłym przepisom dyetetycznym i wtody leki do pewnego stopnia przychodzą w pomoc leczeniu dyetetycznemu. Środki apteczne muszą odpowiadać składowi chemicznemu kamyka nerkowego.

Środkami leczniczymi przy kamykach moczanowych są sole alkaliczne i to najlepiej w postaci naturalnych lub sztucznych wód mineralnych, zawierających dwuwęglan sodowy i kwas węglowy. Lecz można też stosować sam dwuwęglan sodu i to przy obfitej dyecie mięsnej cztery razy dziennie po 2·5 grm., rozpuszczonych zawsze w $^1/_4$ l. wody. Najlepiej podawać takie dawki podczas śniadania, dwie godziny przed obiadem, pięć godzin po obiedzie i niedługo przed spoczynkiem nocnym, nigdy zaś na pełny żołądek. Dwuwęglan sodu jest najlepszym środkiem dla rozpuszczania kwasu moczowego, lecz niektórzy chorzy czują wstręt do smaku sody, albo też powstają podrażnienia żołądka i rozwolnienie, a niekiedy i dla odmiany trzeba choremu inny lek podać. Wobec zaburzeń więc żołądkowo-jelitowych zaleca się zamiast sody węglan wapniowy którego smak jest lepszy i który nie rozpuszcza się zanadto w żołądku, a wstrzymuje rozwolnienia. Na wzmiankę zasługują jeszcze sole kwasów roślinnych, które po części mają smak orzeźwiający i skutkują taksamo, jak dwuwęglan sodowy. Należą tu cytrynian sodowy i urycedyna (mieszanina cytrynianów sodowego i litowego, siarkanu sodowego i chlorku sodowego), która w kamicy nerkowej, nie działa lepiej, niż zwykły dwuwęglan sodowy, a jest 15 razy droższą. Sole litowe i zasady organiczne (piperazyna, lizydyna i t. d.) rozpuszczają łatwo kwas moczowy w wodzie przekroplonej, lecz w moczu to działanie zupełnie ustaje. Sole litowe nie działają inaczej, jak sole sodowe, i zarządy wód zdrojowych mogłyby już porzucić przechwalanie się miligramami litu, zawartego w tym lub owym zdroju.

[1]) Pierwsze dwa wykłady porównaj „Przegląd lekarski“ 1903, str. 113 i str. 597.

Znaczne nadzieje co do rozpuszczania kwasu moczowego w moczu przywiązywano do badań nad związkami kwasu moczowego z formaldehydem. Niestety te nadzieje rozbiły się o warunki ilościowe, gdyż niepodobna wprowadzić do moczu tyle formaldehydu, ileby potrzeba do związania wszystkiego kwasu moczowego. Najlepiej działa i najwięcej formaldehydu oddaje moczowi urotropina, przewyższająca wprawdzie pod tym względem wszelkie inne podobne środki (chinotropina, citroform, helmitol, mocznik formaldehydowy i t. d.), nie dorównywająca jednak skutecznością alkaliom.

Środki apteczne w leczeniu kamyków szczawianowych mają na celu wzbogacać mocz w sole magnezowe i wobec mniej ostrej dyety, to znaczy wobec podawania mniejszej ilości mięsa, obfitującego w te sole, a większej ilości jarzyn, zawierających mało tych soli. Czynimy to, podając siarkan magnezowy cztery razy dziennie po 0·5 grm. w opłatkach, szczególnie w okresach obfitego spożywania jarzyn lub wielu jaj i mleka. Przytem zaleca się jeszcze mierne dawki środków alkalicznych, n. p. wód alkalicznych podczas głównych posiłków.

Strącanie się fosforanów w moczu polega często na podrażnieniu układu nerwowego, powodującego znowu nadmierną kwaśność soku żołądkowego, dlatego najważniejszym czynnikiem w leczeniu kamyków fosforanowych jest leczenie ogólne, a środkami aptecznymi są tu kozłek, brom i t. p. Na polecenie zasługują również środki, stępiające miejscowo nadmierną kwaśność soku żołądkowego, szczególnie azotan srebra 0·1: 200; co 3 godz. łyżkę stołową na czczo, lub nakrapianie błony śluzowej żołądka roztworem azotanu srebrowego 1: 5000—2000. Chcąc wpłynąć na oddziaływanie moczu przez podawanie kwasów, nie można użyć kwasów organicznych, gdyż one spalają się na kwas węglowy, a z kwasów nieorganicznych kwas solny jest przeciwwskazany, tam przynajmniej, gdzie już istnieje nadmierna kwaśność. Natomiast dobrych wyników można się spodziewać, używając rozcieńczonego kwasu fosforowego: *Acid. phosph.* 1·0 *Aq. destill.* 20·0; co 3 godz. 20 kropel we wodzie. Pokarmową i bakteryjną fosfaturyę należy zwalczać przez dyetę, przepłókiwania pęcherza i urotropinę, której działalności przeciwgnilnej w moczu żaden z nowszych środków zastępczych nie przewyższa.

Autor roztrząsa też pytanie, czy można zapomocą środków leczniczych istniejące już kamyki rozpuszczać i usunąć? Rozpuszczanie centygramów kamyczków moczanowych *in vitro* udaje się, lecz w ustroju większe kamyki, zdaje się, nie rozpadają się; być może jednak, że przez rozpuszczanie warstwy zewnętrznej dają się tak daleco zmniejszyć, że można je potem łatwiej usunąć. Być może też, że wody mineralne zawierają alkalia w takich dawkach, iż mogą najmniejsze kamyki moczanowe rozpuszczać, a większe zmniejszyć. Co się tyczy ogólnego zachowania się chorych na kamicę nerkową, to wiemy, że praca cielesna wprawdzie wzmaga nieco wytwarzanie się kwasu moczowego, lecz działa też moczopędnie i dlatego ruchy i gimnastyka są bardzo pożyteczne, jeżeli tylko staramy się równocześnie o obfite przyjmowanie płynów. Tylko u chorych, którzy przebyli „bezskuteczne“ kolki nerkowe, należy rozważyć, że ruchy mogą łatwo wywołać nowe napady kolki; dlatego zalecamy wogóle spokój, jeśli przypuszczamy, że kamyk znajduje się w miedniczce nerkowej. Wobec skłonności do zaparcia żywota u cierpiących na kamicę zalecamy lewatywy, które zwykle wzmagają moczenie, a nie środki przeczyszczające, wywołujące wydzielanie płynu do jelit. Leczenie w miejscach kąpielowych skutkuje tylko w czasie pobytu tamże, zapobieganie kamicy nerkowej wymaga natomiast ustawicznego przestrzegania przepisów dyetetycznych. Pobyt w miejscach kąpielowych działa bardzo dobrze, przyzwyczajając chorych do przestrzegania dyety, lecz nie jest konieczny i wiemy, że wielu chorych i bez podróży do kąpiel, a jedynie tylko przez przestrzeganie dyety zapobiegawczej uwolniło się na całe życie od dalszych napadów kamicy.

Rzadkiemi postaciami kamyków nerkowych są kamyki, złożone z węglanów, kamyki ksantynowe i cystynowe. Do kamyków węglanowych stosuje się to wszystko, co powiedziano o kamykach fosforanowych, kamyki ksantynowe są wogóle tak rzadkie, że o warunkach ich powstania mało co wiemy; nieco więcej wiemy o kamykach cystynowych. Są to małe, twarde, żółtawe kamyki o połysku alabastrowym; mogą się tworzyć tylko u ludzi, u których w moczu wydziela się cystyna, a u których moczu wydziela się mało. Wiemy od dawna, że cystynuria jest dziedziczną właściwością niektórych rodzin i, jak się pokazuje, jest ona skutkiem zboczenia wymiany materyi. Cystyna jest bowiem zwykłym składnikiem ciał białkowych, który w prawidłowej wymianie materyi dalej się rozkłada, w stanach chorobowych zaś nie, podobnie jak w cukrzycy cukier wskutek zboczeń materyi nie rozkłada się dalej. Dlatego w leczeniu cystynurii zalecimy takie ciała białkowe, które zawierają bardzo mało cystyny. Lecz wiadomości nasze pod tym względem są jeszcze bardzo skąpe. Wiemy tylko, że białko jaj i różne białka roślinne zawierają znacznie mniej cystyny, niż białko surowicze i fibryna. Aż do dalszych wyników tych badań musimy się ograniczyć do drugiego czynnika leczenia zapobiegawczego, t j. do obfitego przepłókiwania nerek. *Dr. Fels.*

Grassman. **Uwagi nad stosowaniem morfiny u chorych na serce.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 28, 1904). Codzienne doświadczenie poucza, — szczególnie u morfinistów, — że do zdrowego ustroju mogą być przez całe lata bezkarnie wprowadzane znaczne stosunkowo ilości morfiny, przewyższające o wiele dozwoloną w lecznictwie dawkę, bez jakiegoś szkodliwego ubocznego wpływu na serce. Inaczej rzecz się ma u chorych na serce: rozmaici autorowie rozmaicie się zapatrują na tę sprawę: o ile jedni zupełnie się wstrzymują od podawania morfiny chorym na serce z obawy przed niebezpiecznemi następstwami, względnie przed nagłą śmiercią, o tyle znów inni są przeciwnego zdania. Edlessen twierdzi, że morfina nie jest znów tak niebezpiecznym środkiem, jak się zazwyczaj utrzymuje i dlatego można ją bez obawy podawać chorym na serce w ilościach przez lekospis oznaczonych. Jürgensen, omawiając tę sprawę, radzi wielką zachować ostrożność. W cierpieniach mięśnia sercowego uważa Krehl morfinę za względnie niebezpieczną, ponieważ przez długi czas nie wpływa na krążenie, — szczególniej można ją stosować w szybko przemijających i nie często się powtarzających zaburzeniach, podczas gdy w sprawach przewlekłych może się środek ten stać w wysokim stopniu mieczem obosiecznym: mimo to można tu i ówdzie stosować morfinę w dusznicy bolesnej i w dychawicy sercowej. Braun, pisząc o środkach nasennych, stosowanych u chorych na serce twierdzi, że obawa przed morfiną nie jest wcale uzasadniona: w niektórych przypadkach można nietylko osiągnąć podmiotową poprawę, ale wprost widoczny zwrot ku lepszemu. Najbardziej zaleca morfinę Rosenbach: narkotyki działają — według niego — wzmacniająco na serce; ciężka duszność, bicie serca, znamienna trwoga i nerwobóle znikać mają za jednym zamachem, wogóle Rosenbach uważa morfinę nietylko za środek objawowy, ale także za leczący. Wbrew temu twierdzeniu ostrzega jednak Grassman przed podawaniem morfiny w przypadkach ostrego lub podostrego zapalenia mięśnia sercowego i ostrego zapalenia wsierdzia. Główną i właściwą natomiast sferą działania morfiny, gdzie istotnie można się spodziewać korzyści, winny być przypadki przewlekłych cierpień serca i tętnic: zwężenia ujść i niedomykalność zastawek, przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego, różnorodne postacie miażdżycy tętnic, — wszystko to prowadzi z biegiem czasu do pewnego okresu, w którym inne środki stają się bezskuteczne, a leki narkotyczne wstępują w swe prawa. Tu właśnie, gdzie u takich chorych wytwarza się bezsenność, trwająca tygodniami, a trapiąca chorego i jego otoczenie, a przytem męcząca duszność, krótki oddech, tu więc działanie morfiny jest wprost bijące w oczy. W takich bowiem przypadkach morfina bywa wprost wskazaną, bo chodzi o chwilowe uwolnienie chorego od tych ciężkich męczących objawów, a nic tak pewnie nie prowadzi do celu, jak morfina. Szybkość i osłabienie tętna, nawet rozlany nieżyt oskrzelowy nie powinny być przeciwwskazaniem. W ciężkich napadach duszności bolesnej radzi autor dla ostrożności wstrzyknąć przed morfiną kamforę. Zebrawszy więc cały wywód autora, można powiedzieć: *a*) niema żadnego powodu zasadniczo wykluczyć morfinę od podawania — w dozwolonych dawkach — chorym na serce. Nagłe bowiem przypadki śmierci, które tu i owdzie pojawiają się po wstrzyknięciu morfiny, należy na równi postawić z przypadkami śmierci, zdarzającymi się wśród uśpienia chloroformowego. Przyczyna tego jeszcze nie wyjaśniona. *b*) U chorych na serce, okazujących znaczniejsze (ostre) schorzenia narządu oddechowego, jak niemniej w sprawach chorobowych mięśnia sercowego i wsierdzia należy być ostrożnym z stosowaniem morfiny. *c*) W przypadkach zaburzeń serca pochodzenia nerwowego, szczególniej dusznicy bolesnej bez zmiany organicznej, można bez obawy podawać morfinę w zwykłych dawkach; — przeciwnie rzecz się ma w dusznicy na tle zmiany ustrojowej. *d*) Morfina jest bezwarunkowo wskazaną — dla chwilowego ratunku — we wszystkich ciężkich napadach dychawicy sercowej, nadto w przypadkach, w których naparstnica lub inne środki sercowe więcej nie skutkują. *e*) Ważną rolę odgrywa także morfina jako środek przygotowawczy przed stosowaniem naparstnicy u sercowo chorych rozdrażnionych i cierpiących na bezsenność — tu spełnia wprost wskazanie przyczynowe. *Dr. H. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Prof. Hochsinger. **Stosunek dziedzicznej kiły do krzywicy i wodogłowia.** (*Wiener Klinik* Nr. 6, 1904). Autor streszcza zapatrywanie swoje, jak następuje: 1) Powstające przy wczesnych objawach dziedzicznej kiły przekrwienie i podrażnienie układu kostnego uważać należy za czynnik, ułatwiający powstanie krzywicy; natomiast powstająca z ustąpieniem kiłowych objawów podrażnienia

układu kostnego hyperostoza jest przeszkodą w rozwoju ciężkich krzywiczych zmian kości. 2) Wśród dzieci, obarczonych kiłą dziedziczną, jest krzywica częstszą, niż między dziećmi, wolnemi od kiły. Krzywica u dotkniętych kiłą przebiega szybko i nie wiedzie do znacznych zniekształtnień. 3) Obwód czaszki dziedzicznie kiłowych osesków jest z powodu kiłą wywołanego silniejszego narastania kości (*appositio*) w punktach wzrostu kości czaszki, w całym pierwszym roku życia większy, niż u dzieci prawidłowych; w pierwszej połowie pierwszego roku życia większy, niż u krzywiczych: zaś w drugiej połowie pierwszego roku mniejszy, niż u krzywiczych. 4) *Caput natiforme* Parrota wtedy tylko napewno jest na tle kiłowem, jeżeli rozwinięta jest wyraźnie już w pierwszych miesiącach życia z nadzwyczajną twardością kości czaszki i zbyt małem ciemiączkiem. Ten kszt łt głowy zdarza się u krzywiczych bez kiły dopiero w drugim lub trzecim roku życia. 5) Wodogłowie osesków jest przeważnie wywołane przez dziedziczną kiłę, która wiedzie do zmian zapalnych na oponach mózgowych i splotach naczyń i do zmian w naczyniach śródczaszkowych. Często zdarza się swoiście kiłowe zapalenie wewnętrznej okostnej kości czaszki i ta sprawa chorobowa przenosi się na opony mózgowe. 6) Kiłowe wodogłowie osesków ma z krzywiczem wodogłowiem rzekomem tylko powierzchowne podobieństwo, może być jednak od tej zmiany u osesków odróżnione. 7) W większej części przypadków wodogłowie kiłowe jest wyleczalne; leczenie przeciwkiłowe jest więc w każdym przypadku wczesnego wodogłowia wskazane. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Volhard. **O objawach ocznych przy porażeniach ramienia.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 37, 1904). W dwóch przypadkach porażenia urazowego ramienia prawego, wywołanego porwaniem przez pasy maszyny, w 1 przypadku rany kłutej między 3 a 4 kręgiem szyjnym i następowem porażeniem połowiczem, w 1 przypadku próchnienia kręgów szyjnych i syringomyelii — znalazł autor zbiór objawów Hornera, t. j. opadnięcie powieki, zwężenie źrenicy i zapadnięcie gałki ocznej. Objawy te zależą od porażenia mięśni gładkich, unerwianych przez nerw współczulny szyjny. Na podstawie obrazu klinicznego i wiadomości, zaczerpniętych z fizyologii doświadczalnej, doszedł autor do przekonania, że w przytoczonych przypadkach należy odróżnić trzy typy porażeń kończyny górnej i włókien ocznych nerwu współczulnego; wszystkim jednak postaciom towarzyszą wyżej wspomniane objawy oczne. Wystąpienie objawów ocznych w porażeniu połowiczem i syringomyelii nie przyczynia się bynajmniej do rozpoznania i wytłómaczenia wymienionych zaburzeń. Inaczej jednak rzecz się ma w obydwóch urazowych porażeniach splotów ramieniowych. W nowszych czasach usiłowano bowiem leczyć operacyjnie porażenia nerwów, przez odsłonienie miejsca uszkodzenia, uwolnienie nerwów z tkanki bliznowatej, lub ich zeszycie. Wobec ciężkich skutków, jakie dla chorych pociąga za sobą porażenie ramienia, należałoby w podobnych przypadkach stosować leczenie chirurgiczne. Objawy jednak oczne wskazują dobitnie na bezużyteczność podobnego zabiegu. Uszkodzenie splotu musiało bowiem mieć miejsce tuż przy wyjściu z otworu międzykręgowego, gdyż w przeciwnym razie nie byłaby uszkodzona gałązka łącząca nerwu współczulnego pierwszego korzenia grzbietowego. W tym przypadku więc istnieje porażenie korzeni splotu ramieniowego. Jako dowód słuszności tego zapatrywania może posłużyć przykład zabiegu operacyjnego, wykonanego w nadziei uwolnienia splotu ramieniowego od ucisku, którego wynikiem było znalezienie w miejscu splotu zanikłych tylko pni nerwowych. Dla chirurga więc objawy oczne mają znaczenie tylko ujemne. Znając jednak ważność podobnych uszkodzeń, tem baczniejszą trzeba zwrócić uwagę na przyczyny wywołujące, a czuwać nad tem szczególnie powinni: położnik, chloroformujący narkotyzer i nauczyciel gimnastyki. Porażenia wskutek podniesienia ramion i założenia poza głową podczas porodu, ćwiczenia na drążku, porażenia wśród uśpienia, (gdzie siła ciągnąca ramiona może być słabą, albo napięcie mięśni jest zniesionem) — powodują często nietylko uszkodzenia splotu, lecz także rozerwania korzeni, a wówczas ważnym czynnikiem rozpoznawczym są wyżej wspomniane objawy oczne. *H. Reis.*

T. Mayer. **Przyczynek do leczenia** *Tylosis palmaris* **u dorosłych.** (*Dermatotologische Zeitschrift* T. XI, Z. 5, 1904). W leczeniu tego cierpienia należy się starać o trzy czynniki, a mianowicie o natłuszczenie i wygładzanie suchej, twardej, napiętej skóry dłoniowej, o rozmiękczenie i zmacerowanie warstwy zrogowaciałej, o usunięcie nadmiernego rogowacenia naskórka. Większość sposobów leczniczych nie wszystkim tym warunkom czyni zadość. Rzeczywiste wyleczenie można osiągnąć, używając ostrożnie i umiejętnie naftolowej pasty Lassara (*Naphtol* β *10·0, sulf. praecip. 40·0, vasel flav., sapon virid aa 25·0*) w połączeniu z maścią, również przez Lassara podaną: *Empl. litharg simpl, vasel flav. aa 50·0, len. ign. misc. adde ac. carbol 2·0 M. f. ungt.*

Jako skuteczny pomocniczy środek w leczeniu tego cierpienia poleca autor reumasan. Środek ten jest białą masą o przyjemnym zapachu, zawierającą 10% wolnego kwasu salicylowego. Daje się łatwo w skórę wcierać, pozostawiając niewielką ilość tłuszczu na powierzchni. Przy leczeniu *tylosis palmaris* tym środkiem postępuje się w następujący sposób. Oczyściwszy skórę mydłem i wodą wciera się reumasan przez pięć minut raz dziennie, najlepiej pod noc, w chorą część skóry dłoniowej. Chcąc uniknąć zadrażnienia skóry, łatwo występującego po środkach, zawierających dużo salicylu, należy nakazać chorym, by przestali używać tego środka na jeden lub dwa dni, jeżeli pojawi się już nieznaczne zaczerwienienie skóry lub ból. *Dr. Stopczański.*

Jirásek. **Dwukrotnie wyleczone gruźlicze zapalenie opon mózgowych u tego samego osobnika.** (*Revue v neurologii, psychiatrii, fysikálni a diaeteticke therapii*, Wrzesień, 1904). Autor opisuje przypadek dwukrotnego wyleczenia gruźliczego zapalenia opon mózgowych u tej samej chorej. Dziewczynka 11-letnia, pochodząca z rodziny gruźliczej, uległa przed 4 laty wszystkim klasycznym objawom gruźliczego zapalenia opon mózgowych, szczególnie w zakresie nerwów, wychodzących z podstawy mózgu. Niektóre objawy, jak porażenia, afazya i t. d. utrzymywały się do końca 5-go miesiąca, poczem nastąpiło wyleczenie. Po dwóch latach ponownie wystąpiły takie same objawy, tylko w mniejszem natężeniu i krócej trwały i także zakończyły się powrotem do zdrowia. Autor utrzymuje, że miał do czynienia z gruźliczem zapaleniem opon mózgowych, a tem samem zalicza się do tych pedyatrów, którzy wierzą w uleczalność tej choroby. *A. K.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Mesotan stosował Burnet (*The med. Times and Hosp. Gazz.* 1904, Nr. 1358) w cierpieniach gośćcowych zewnętrznie, podając równocześnie wewnętrznie aspirynę i uważa takie leczenie za najskuteczniejsze. Wogóle użył go w 47 przypadkach; w ostrym i przewlekłym gośćcu stawowym i w gośćcu mięśniowym wyniki były doskonałe; w zniekształtniającem zapaleniu stawów zdarzały się polepszenia; — natomiast w cierpieniach stawów, których tłem nie był gościec, mesotan zupełnie nie działał. *Ab.*

Müller. **Wywoływanie bezkrwistości miejscowej zapomocą adrenaliny.** (*Wiener klinisch-therap. Wochenschrift* 1904, Nr. 21). Wyniki badań autora są następujące: adrenalina posiada w wysokim stopniu własność zwężania naczyń i to przez wstrzyknięcie do tkanek rozczynów 1: 1000, 1: 2000, 1: 5000 i 1: 10.000. Dla wywołania bezkrwistości w skórze, w mięśniach i w tłuszczu najstosowniej użyć rozczynu 1: 5000 i 1: 10.000, w wątrobie i nerce 1: 1000 i 1: 2000. Okres czasu, potrzebny do wywołania bezkrwistości w skórze, mięśniach i w tkance tłuszczowej wynosi od 30 sekund do 1 minuty przy użyciu rozczynów 1: 1000 i 1: 2000, a 3—5 minut przy rozczynach 1: 5000 i 1: 10.000. W narządach miąższowych 30 sekund do jednej minuty przy rozczynie 1: 1000 do 1: 2000, a 2—3 minut przy rozczynach 1: 5000 do 1: 10.000. Adrenalina wywołuje zupełne zamknięcie naczyń włosowatych i drobnych naczyń, a zwężenie grubszych naczyń. Tkanki, w których wywołano bezkrwistość zapomocą adrenaliny, są zabarwione jasno-żółtawo tak, że można wyraźnie widzieć większe naczynia, a pole operacyjne jest suche, bo naczynia włosowate są zamknięte. Rozczyny przygotowuje się na krótki czas przed użyciem, rozcieńczając oficynalny rozczyn adrenaliny zapomocą wyjałowionego rozczynu fizyologicznego soli kuchennej, albo przez rozpuszczenie chlorku adrenaliny w odpowiednim stosunku w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej i wyjałowienie przez gotowanie. Rozczyny te miesza się z odpowiednimi środkami znieczulającymi. Adrenalina nie działa szkodliwie na narządy wewnętrzne, natomiast podnieca działanie serca. Przy użyciu oficynalnej adrenaliny należy baczyć na zawartość chloretonu i dlatego nie używać więcej, niż 20 ctm.^{3} rozczynu 1: 10.000. *J. Ld.*

Kwas karbolowy. Zewnętrzne stosowanie zgęszczonego kwasu karbolowego i silnych jego rozczynów zyskuje coraz więcej zwolenników. L. Petravoja (*Sem. méd.* 1903, Nr. 8) pędzluje krosty w czarnej ospie 10—15% rozczynem, a J. T. Neech nawet czystym kwasem, czem osiągnął szybkie zaschnięcie i oddzielanie się strupów bez pozostawiania blizn. G. Carrière pędzluje zgęszczonym kwasem i wyskokiem āā. Jako środek do uśmierzania bólów po wyrwaniu zęba poleca A. Scheuer wycieranie zębodołu zgęszczonym kwasem. Nemtschenkow poleca wstrzykiwania pod-

spojówkowe 5—6% roztworów w jaglicy. Na jednem posiedzeniu wstrzykuje się pełną strzykawkę i to dwoma nakłuciami w każdej powiece. Po ustąpieniu odczynu (14 dni) powtarza się wstrzyknięcie. Rzadko potrzeba jeszcze trzeci raz wstrzyknąć. Postępowanie to ma być zarówno skuteczne, jak i bezbolesne. *(E. Mercks Jahresbericht*, styczeń, 1904). *Baschkopf.*

Tiokol podawał Pinet (*Concours méd.* 1904, Nr. 19, 20) w gruźlicy i stwierdził, że pod wpływem tego środka zmniejszała się ilość prątków w plwocinach, poprawiało się łaknienie, wzrastała waga ciała, a nawet opadała gorączka i zmniejszały się przedmiotowe objawy nieżytowe. Poprawa nastawała szczególnie szybko u dzieci. Równie pomyślny wpływ wywierał tiokol na przebieg zwykłego przewlekłego nieżytu oskrzeli, krtani i jelit. — W krztuścu działanie tiokolu jest lepsze, niż antypiryny i wilczej jagody. Pinet podaje u dorosłych po 1—3 grm. tiokolu dziennie; u dzieci od 6 miesiąca do końca pierwszego roku życia wynosi dawka dzienna 0·1—0·3, do trzeciego roku życia 0·3—0·5, do piątego 0·5—0·75, do dziesiątego 0·75—1·0. Małym dzieciom najlepiej podawać tiokol, rozpuszczony w 60—120 grm. *mixturae gummosae*, po łyżeczce co 1—2 godzin. *Ah.*

Kwas mrówkowy *(acidum formicicum)*. Kryształki bezbarwne, rozpuszczalne w wodzie, zawierające 25% czystego kwasu. Od wieków stosuje lud leki, zawierające kwas mrówkowy, z powodu ich działania wzmacniającego i moczopędnego. Według Clémenta kwas mrówkowy silnie pobudza czynność mięśni, podobnie jak kola, koka, kofeina, wskazany więc jest w uczuciu ogólnego znużenia u nerwowych po przebudzeniu się rano (8—10 kropli 4 r. dz.). E. Krull stosował ten kwas w liszaju żrącym i w raku z dobrym rzekomo wynikiem (wstrzykiwania 0,1—1,0 roztworu wodnego 1:1,000—100,000 stosownie do wieku). *(E. Merck's Jahresberichte*, 1904). *Baschkopf.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

VI. Posiedzenie naukowe z dnia 1 czerwca 1904.

Przewodniczący: Dr. Kośmiński, zastępca sekretarza: Dr. Daum.

I. Kol. Dr. Bocheński: *Przedstawienie preparatu anatomicznego.* Z powodu silnych bolów i bardzo znacznych krwawień wykonano u osoby wyniszczonej i niedokrwednej odjęcie nadpochwowe macicy, obarczonej licznymi włókniakami, a równocześnie usunięto obustronne torbiele jajnikowe. Jak na preparacie widzieć można, jeden guz jajnikowy jest wielkości główki dziecka, drugi znacznie mniejszy. Macica przedstawia obrzęk guzowaty, nierówny, wielkości dużej pięści dorosłego mężczyzny. Po przecięciu preparatu okazało się, że jeden włókniak największy, wielkości jaja kurzego, uległ zupełnemu zwapnieniu. Niewielkie ślady zwapnienia można spostrzedz i w dwu innych mniejszych włókniakach, reszta guzów okazuje typowe utkanie włókniaków.

W dyskusyi zabierali głos: kol. Dr. Skałkowski, kol. Dr. Bylicki, kol. Dr. Kośmiński i kol. Dr. Bocheński.

II. Dyskusya nad odczytem kol. Dra Sołowija: *„O rozszerzaniu szyi macicy w położnictwie“*, wygłoszonym na posiedzeniu z dnia 4 maja 1904 r.

Kol. Dr. Sołowij streszcza jeszcze raz swoje zapatrywania.

Kol. Dr. Bylicki zaznacza, że prelegent nie wyczerpał może w zupełności tematu, dzieli sposoby rozszerzania szyi macicy na zabiegi, które rozszerzają szyję macicy pośrednio przez wywołanie bolów, drugie, które bezpośrednio działają rozszerzająco czysto mechanicznie i trzecie, które rozwijają działanie tak w jednym, jakoteż i w drugim kierunku. Na używanie i polecenie balonów w celu rozszerzania szyi macicy zgadza się w zupełności, radziłby jednak używać balonów nieco większych rozmiarów. Przeciwnym jest stosowaniu rozszerzadeł metalowych, a zwłaszcza w przypadkach niepodatnej szyi macicy i w tym względzie z prelegentem się nie zgadza.

Kol. Dr. Kośmiński nie sądzi, aby rozszerzadła metalowe mogły być ogólnie polecane i używane przez ogół lekarzy praktyków. Bezpieczniej będzie, gdy lekarze praktycy będą używać w celu rozszerzania szyi macicy balonów, a za najodpowiedniejsze uważa balony napół elastyczne, jak n. p. robione z durītu, które nadto znoszą dobrze gotowanie w wodzie, nawet przez czas dłuższy. Bezwarunkowo sprzeciwia się stosowaniu rozszerzadeł w przypadkach łożyska przodującego. Natomiast w przypadkach, w których zachodzi potrzeba koniecznie natychmiastowego ukończenia porodu i przy sprzyjających warunkach, mogą być rozszerzadła metalowe użyte z korzyścią, a zwłaszcza w zakładach. Przedewszystkiem w przypadkach groźnego stanu ogólnego matki, a więc podczas konania, chcąc wykonać forsownej rozwiązanie, zastosowanie rozszerzadeł metalowych mogłoby być na miejscu. Możnaby również w niektórych wyjątkowych przypadkach użyć forsownie rozszerzadeł metalowych w celu szybkiego wydobycia płodu drogami naturalnemi dla rozwiązania osoby zmarłej, aby otoczeniu oszczędzić przykrych bądźcobądź wrażeń przy wykonaniu cięcia cesarskiego na osobie już zmarłej.

Kol. Dr. Bocheński zaznacza, że używając rozszerzadeł metalowych, nie rozszerzamy przewodu rodnego fizyologicznie, gdyż te rozszerzają szyję w postaci walca, podczas gdy stosując balony, rozszerzamy szyję w kształcie stożka, zwroconego podstawą ku górze. Dalej zwraca uwagę na naddarcia, które tak często po zastosowaniu rozszerzadeł metalowych powstają, a naddarcia te oprócz krwawień sprowadzić mogą skutkiem powstałych blizn niepodatność szyi przy następnych porodach. Nie zgodziłby się na stosowanie rozszerzadeł metalowych przy niepodatnych częściach miękkich, natomiast godzi się na stosowanie tychże przy sprzyjających warunkach, n. p. u pierwiastek, wobec już zupełnie zanikłej części pochwowej, jeżeli tylko same brzegi ujścia opór stawiają. Co do użycia rozszerzadeł metalowych u osób, będących w stanie konania lub zmarłych, to wolałby użyć sposobów krwawych, a więc wykonać rozcięcie szerokie szyi macicy, lub też cięcie cesarskie pochwowe.

Kol. Dr. Sołowij zaznacza z zadowoleniem, że — jak zauważył — koledzy zgadzają się w ogólnych zarysach z jego zapatrywaniami, a różnice występują tylko w szczegółach. Co do rozszerzadeł metalowych, to podziela zdanie kol. Dra Kośmińskiego. Mówiąc o stosowaniu rozszerzadeł metalowych w przypadkach niepodatności przewodu rodnego, miał na myśli te przypadki, w których szyja zanikła i idzie tylko o rozszerzenie ujścia zewnętrznego; jednak w takich przypadkach przekłada nacięcie brzegów ujścia. W końcu przytacza odnośny przypadek, spostrzegany w praktyce.

W dalszym ciągu dyskusyi przemawiali jeszcze: kol. Dr. Kwiatkiewicz, kol Dr. Bylicki, kol. Dr. Bocheński, kol. Dr. Kośmiński i kol. Dr. Sołowij.

Z powodu spóźnionej pory na tem posiedzenie zamknięto.

VII. Posiedzenie naukowe z dnia 22 czerwca 1904 r.

Przewodniczący: Dr. Kośmiński, sekretarz: Dr. Breiter.

I. Kol. prof. Dr. Mars przedstawił chorą z guzem powłok brzusznych, a mianowicie guz wielkości jaja strusiego znachodził się nad pachwiną lewą. Badanie wykazało, że w tym przypadku mamy do czynienia z włókniakiem, wychodzącym z powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego. W przypadku tym smuga biała przebiega pionowo w środku brzucha i pępek nie okazuje żadnego zboczenia.

Kol. Mars przedstawił ten przypadek dla porównania z przypadkiem innym, który przedstawił był kolegom przed dwoma laty. Wówczas guz tych samych rozmiarów w tejże samej okolicy leżał w przewodzie pachwinowym i był mięśniakowłókniakiem więzu okrągłego. W tym przypadku pępek zbaczał na drugą stronę brzucha, w którą też stronę i smuga biała była bardzo wyraźnie łukowato wygięta. To zbaczanie pępka i wygięcie smugi białej kol. Mars uważa jako objaw patognomoniczny dla guzów, położonych w przewodzie pachwinowym.

W dyskusyi zabiera głos kol. Dr. Kośmiński.

II. Kol. Dr. Kośmiński przedstawia chorą z *uterus duplex*, u której z powodu włókniaków macicy wykonano *amputatio supravaginalis* jednej macicy. *A. G.*, lat 44 licząca, zgłosiła się do mnie z powodu guza w jamie brzusznej. W celu usunięcia guza skierowałem chorą do kliniki ginekologicznej. Rodziła raz przed 16 laty, nie roniła. Badanie wykazało powiększenie brzucha przez guz, wychodzący z miednicy małej, sięgający dnem do pępka; guz twardy, niebolesny, o powierzchni gładkiej, z boku na bok nieco poruszalny. Pochwa miernie szeroka, na przedniej ścianie listewka podłużnie przebiegająca, jako po-

zostałość po przegrodzie; w górnej części pochwy przegroda utrzymana, dzieli pochwę na dwa zaułki. W zaułku lewym wybadać się daje część pochwowa miernie gruba, z ujściem szparowatem, a dalej więcej od tyłu czuć macicę, może nieco mniejszą, niż normalnie, macicę, która rodziła. W zaułku prawym zaś wyczuwa się część pochwową smukłą z ujściem drobnem, która przechodzi więcej od strony lewej i gubi się w dolnej części utkania guza wyżej opisanego, a wyczuwalnego przez powłoki brzuszne. Skutkiem wypuklenia przez guz, zaułek prawy pochwy jest znacznie szerszy, aniżeli lewy. Wobec tego rozpoznałem włókniaki macicy prawej, która nie rodziła, podczas gdy macicę lewą, a więc tę, która rodziła, uważać należy za wolną. Dnia 27 kwietnia 1904 przystąpiłem do laparotomii i wykonałem dość wysoko *amputatio supravaginalis uteri dextri*, zabierając zmienioną trąbkę i jajnik prawy, podczas gdy lewą macicę, którą znalazłem prawidłową, wraz z trąbką i jajnikiem lewym pozostawiłem. Pomiędzy obiema macicami istniał bardzo wyraźny przedział szerokości około 1—$1^1/_2$ ctm.; tylko w wysokości ujścia wewnętrznego macicy odstęp pomiędzy macicami wynosił zaledwie kilka milimetrów. Przebieg pooperacyjny nie pozostawiał nic do życzenia. Obecnie widzieć można, że rana pooperacyjna jest zgojona przez rychłozrost. Przy badaniu przez pochwę można i teraz dokładnie wyczuć oba zaułki, w lewym część pochwową z ujściem szparowatem, a dalej macicę lewą; w prawym zaś część pochwową z ujściem drobnem, która przechodzi w kikut, pozostały z macicy prawej. (Następuje przedstawienie chorej i preparatu włókniaków wraz z usuniętą macicą prawą). Badanie drobnowidowe guza wykazało włókniaka.

W dyskusyi wzięli udział: kol. Dr Bylicki, kol. prof. Dr. Mars, kol. Dr. Kwiatkiewicz i kol. Dr. Kośmiński.

III. Kol. Dr. Kośmiński: *Okazanie guza wielokomorowego jajnikowego, ważącego $14^1/_2$ kilogramów.* Guz ten wydobyto w klinice uniwersytetu lwowskiego u chorej *A. M.*, lat 54, liczącej. Chora ta zgłosiła przed kilku dniami do kliniki z powodu znacznych rozmiarów brzucha, duszności i osłabienia. Badanie wykazało ciepłotę podwyższoną, tętno przyspieszone do 100 uderzeń na minutę, wybitną miażdżycę tętnic, tony serca głuche. W dolnych częściach płuc objawy uciskowe z powodu przemieszczenia przepony ku górze. Brzuch wypuklony w całości bardzo znacznie przez guz napół elastyczny, o powierzchni niezupełnie równej, w pewnych miejscach guza wyczuwa się chełbotanie. Guz ten wychodzi z miednicy małej i wypełnia całą jamę brzuszną tak dalece, że górnej granicy guza obejść nie można gdyż ta gubi się pod łukiem żebrowym. Badanie przez pochwę wykazało małą macicę zanikową, ku tyłowi i nieco ku stronie lewej przesuniętą; sklepienie przodkowe zaś obniżone i wypuklone znacznie przez dolny odcinek guza wyżej opisanego, a wypełniającego całą jamę brzuszną. Rozpoznano *kystoma ovarii dextri* i wprost *ex indicatione vitali* wykonałem 19 czerwca 1904 roku wydobycie guza po otwarciu jamy brzusznej. Sam zabieg nie przedstawiał nic osobliwego, jedynie tylko cięcie w powłokach brzusznych musiało być z powodu rozmiarów guza nad miarę długie i wynosiło przestrzeń od samego spojenia łonowego aż do samego wyrostka mieczykowatego mostka, a nadmienić muszę, że pomimo tak długiego cięcia dał się guz tylko z trudnością z jamy brzusznej wyłonić. Jak dotychczas przebieg pooperacyjny jest bardzo korzystny, ciepłota spadła, tętno spokojne, wynosi obecnie około 80 uderzeń na minutę, a wejrzenie chorej jest zupełnie swobodne. Wynik natychmiastowy po operacyi w tym przypadku nazwać można wprost świetnym, a niezwykle wielkie rozmiary guza, ważącego przeszło $14^1/_2$ kilogramów, wydobytego w całości bez poprzedniego pomniejszenia, zniewoliły mnie do przedstawienia tego przypadku.

W dyskusyi zabierają głos: kol. prof. Dr. Mars, kol. Dr. Sołowij, kol. Dr. Kośmiński i kol. Dr. Bylicki.

IV. Kol. Dr. Breiter: *Podwójne światło trąbki*, preparaty mikroskopowe. U chorej, operowanej w klinice prof. Marsa z powodu *deciduoma malignum*, wykonano zupełne usunięcie narządu rodnego drogą pochwy. Robiąc przekroje z różnych części pojedynczych znalazł prelegent na przekroju trąbki prawej podwójne światło, oddzielone od siebie cienkiem pasmem tkanki łącznej. Jedno światło większe, drugie cokolwiek mniejsze. Robiąc przecięcia ku stronie banieczki *(ampulla)*, światło mniejsze coraz bardziej malało i kończyło się ślepo, ku macicy zaś cośkolwiek się rozszerza, t. j. dochodzi prawie do wielkości właściwego światła. Preparat ten, jako bardzo rzadki, uważa B. za godny przedstawienia, zwłaszcza, iż zaledwie nieliczne, w przybliżeniu podobne przypadki są podane w piśmiennictwie. Dodać należy, że nie mamy tu do czynienia z trąbką drugą, dodatkową, gdyż banieczka *(ampulla)* w tym przypadku jest wspólną, a makroskopowo drugiej trąbki wogóle znaleźć nie można; ściana trąbki, t. j. mięśnie i otoczka otrzewnowa wspólna, a światła trąbek oddzielone od siebie li tylko wązkiem pasmem tkanki łącznej, czyli na preparatach przedstawia się tak, jak gdyby w świetle trąbki przebiegała ścianka łącznotkankowa, dzieląca je na dwie połowy.

V. Kol. Dr. Breiter: *Demonstracya rozszerzadła metalowego Knappa z modyfikacyą.* Przedstawia rozszerzadło Knappa, wykonane w Wiedniu u Nowakowskiego. W rozszerzadle tem polecił prelegent porobić o tyle zmiany, iż kosz, który się zakłada na ramiona rozszerzadła, jest cośkolwiek dłuższy, ramiona zaś rozszerzadła mają wygięcie miednicowe. Uważa rozszerzadło to za najlepsze ze wszystkich dotychczasowych modeli.

VII. Krynica, jej rozwój i jej obecne potrzeby.

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

VI. Różne kąpiele i zakład wodoleczniczy.

Jak energiczną jest działalność administracyjna w Krynicy, najlepiej pouczy ustęp z pracy A. Mravincsicsa: „Krynica, informacye o c. k. Zakładzie zdrojowym“ na stronie 18-tej: „Zamierzone inwestycye. W przygotowaniu są plany i kosztorysy:

1) na budowę w najbliższych latach nowego budynku na kąpiele hidropatyczne kosztem 100.000 kor.;

2) nowego budynku na kąpiele borowinowe kosztem 120.000 kor.;

3) na ujęcie zdrojów „Dobrodziej“ i na Słotwinach kosztem 7.000 kor.;

4) na urządzenie kąpieli ze zwykłej wody, nasyconej kwasem węglowym według systemu Dr. Rheidta kosztem 35.000 kor.;

5) na rozszerzenie wodociągu wody słodkiej kosztem 20.000 kor.

Na powyższe inwestycye zezwoliło c. k. Ministerstwo rolnictwa reskryptem z dnia 30. czerwca 1900 roku L. 1428/A. M.“

Cztery lata już upłynęły, jak ministerstwo zezwoliło na te inwestycye pierwszorzędnej dla Krynicy doniosłości; fundusz inwestycyjny przyznany w roku 1894 w obligacyach propinacyjnych nie został wyczerpany, a przez te cztery lata zupełnie nic nie robiono, pomimo że wszystkie te sprawy są oddawna nagląco potrzebne. Przy znanej powolności administracyi rządowej już w roku 1903 powinny były być oddane do użytku zarówno zakład wodoleczniczy, jak nowe łazienki borowincwe, jakoteż kąpiele nasycane kwasem węglowym, ale obecnie niepodobna czekać dwa do trzech lat na wykończenie tych budowli, bo przez ten czas od zezwolenia ministerstwa do roku 1903 obciążyło się wannę o 100 kąpieli na sezon, a dalej już obciążać się ona nieda, jak to mieliśmy dowody w tegorocznym sezonie. Tu trzeba działać bardzo szybko, bo rok przyszły może Krynicę zdyskredytować na długie lata. Środki odciągające w medycynie działają bardzo skutecznie, dlatego u ciężko chorej na brak kąpieli Krynicy zastosować by należało ten środek niezwłocznie, a nie wątpię, że uratowałoby się ją od ciężkiej ka-

tastrofy. Namiestnictwo wybudowało dwa domy „Koronę“ i „Berło“, które jako domy mieszkalne niczem nie przyczyniają się do podniesienia Krynicy, a na pewno nie niosą też rządowi wysokiej renty, a zatem te domy należałoby zaadaptować na łazienki, w którychby się wydawało: 1) kąpiele ze zwykłej wody, nasyconej kwasem węglowym według metody Rheidta; 2) kąpiele solankowe; 3) kąpiele igliwiowe; 4) kąpiele siarczane sztuczne; 5) kąpiele zwykłe ciepłe.

Posiadając 50 wanien, w którychby się dostawało te różnorodne kąpiele, znaczniebу się zapobiegło niemożności dostania kąpieli w Krynicy, powtóre lekarze mieliby możność skuteczniejszego leczenia swych chorych, a chorzy przyjechawszy na kąpiele istotnie kąpaćby się mogli, w końcu skarb państwa miałby dużo większe dochody z tych domów, niż je ma obecnie.

Że tego rodzaju kąpiele są bardzo potrzebne dla Krynicy, to już oddawna omawiano w kołach lekarzy, którzy najlepiej znają tutejsze warunki i potrzeby. Przyjeżdżają tutaj całe rodziny, a każdy z członków wymaga innej kuracyi, nie koniecznie krynickiej, ale z powodu braku innych kąpieli poleca się takie, jakie są, i tworzy się modyfikacye przez dosypywanie soli, dolewanie igliwia, lub też wcale się kąpieli nie stosuje. Kąpiele zwykłe, nasycone kwasem węglowym, będą w Krynicy chętnie stosowane, czyto przez cały czas leczenia, czy też jako wstępne leczenie, by później przejść do kąpieli mineralnych, mianowicie przy wadach serca, których to chorych coraz więcej nasyłają do Krynicy, a również u chorych zbyt silnie niedokrwenych, ze zbyt rozwiniętą błednicą i przy wyższych stopniach neurastenii. Takie kąpiele więcej się nadają do leczenia wogóle dzieci, niż kąpiele mineralne krynickie, które dla nich są zbyt silne. Kąpiele solankowe niewątpliwie znajdą w Krynicy duże zastosowanie, gdyż wiele matek, potrzebujących dla siebie kuracyi w Krynicy, zabiera ze sobą dzieci, przeważnie zołzowate, a te stanowią znaczny odsetek ogólnej frekwencyi. Ale kąpiele solankowe będzie także można skutecznie kombinować naprzemian z kąpielami borowinowemi, zarówno w wielu cierpieniach zapalnych celem łatwiejszego usunięcia wypocin, jakoteż w wielu takich cierpieniach, w których zależeć będzie na tem, by zwiększyć przemianę materyi. Słowem, kąpiele solankowe w Krynicy będą służyły zarówno do prowadzenia leczeń samoistnych, jako też leczeń, dodatnio modyfikujących kuracye krynickie. Kąpiele igliwiowe znajdą też wiele wskazań u osób w wieku podeszłym, u osób z gośćcem mięśniowym, z osłabionym narządem oddechowym, u dzieci wątłych, tkliwych, nerwowych. Kąpieli zwyczajnej ciepłej w Krynicy obecnie dostać nie można, bo łazienki borowinowe są przez cały dzień zajęte, a również zajęty, a raczej oblężony jest zakład wodoleczniczy, w którym przecież o porządnej kąpieli ciepłej mowy być nie może. Jeśli z tych ostatnich kąpieli nie będzie zbyt wielkich dochodów, to przynajmniej zapobiegnie się słusznym wyrzekaniom, że w zakładzie kąpielowym nie można się wykąpać.

Byłoby to wielkim krokiem w rozwoju Krynicy, gdybyśmy już na rok przyszły mieli „Koronę“ i „Berło“ zamienione na dwa gmachy łaziebne, któreby na razie zmniejszyły nadmierne przeciążenie w łazienkach borowinowych i mineralnych, zanim te gmachy zostaną wybudowane, a któreby stale potem wielkie oddawały przysługi chorym, leczącym się w Krynicy.

* * *

Po wybudowaniu łazienek borowinowych w roku 1880, gdy liczba wydawanych kąpieli wzrastała i coraz więcej obciążała wannę ponad 400 kąpieli na sezon, zabiegliwy, a szeroko patrzący na rzeczy, ówczesny kierownik Krynicy, Dyrektor dóbr państwowych, Juliusz Siegler de Eberswald, choć nie był lekarzem, a jednak bardzo trafnie zarządził, że już w r. 1884 wybudowano zakład wodoleczniczy i wodociągi. Tego zakładu nie projektowano na samoistny, ale na zakład celem uzupełniania kuracyj krynickich. Tymczasem w następnym roku zamianowany jego kierownik, Dr. H. Ebers, pojął tę myśl odmiennie: pragnął zakładu samoistnego obok uzupełniającego i wytężył całą swą energię, aby swój plan przeprowadzić. Jako lekarz zdziałał, co tylko jednostka zdziałać może; ale nie znalazł poparcia u sfer rozstrzygających, bo Dyrektor Siegler usunął się ze swego stanowiska, a jego następca nie miał tak szerokiego poglądu na sprawy Krynicy. Nie rozszerzono i nie uzupełniono zakładu wodoleczniczego, dlatego maleńki zakładzik nie zdołał zadość uczynić wielkim potrzebom i upaść musiał. Tę smutną historyę walki człowieka z przedmiotem — z brakiem urządzeń — najlepiej określą liczby:

Zabiegi wodolecznicze w ostatnich 15 latach.

Rok	wydano zabiegów wodoleczniczych	na 1 osobę frekwencyi
1889	18617	4·5
1890	24177	5·4
1891	26105	6·1
1892	25561	5·5
1893	31625	6·9
1894	27511	5·9
1895	16522	3·2
1896	12628	2·7
1897	11759	2·3
1898	12457	2·6
1899	13567	2·3
1900	13552	2·3
1901	13149	2·0
1902	11707	1·8
1903	12355	1·8

Nie mogłem dostać odpowiednich dat od roku 1885 do 1888, ale i tak w tem zestawieniu widocznem jest, jak niesłychanie szybko rozwijał się ten zakład, jeżeli już w dziewiątym roku swego istnienia doszedł do 31.625 zabiegów na sezon, t. j. tyle, ile rok przedtem wydano kąpieli mineralnych. W tym roku na 1 osobę frekwencyi przypadało 6·9 zabiegów wodoleczniczych, a 6·8 mineralnych. Ale wszystko ma swe granice: mimo tak świetnych wyników w rozwoju zakładu wodoleczniczego rząd nie zrobił nic, aby ten rozwój utrzymać, nie rozszerzył go, nie powiększył, nie zrobił żadnych ulepszeń, ale pozwolił, aby budynek co roku więcej chylił się ku upadkowi. Temsamem upadać musiała stale a szybko jego frekwencya tak, że liczba zabiegów spadła do $^1/_3$, czyli 11.700, a liczba zabiegów na 1 osobę frekwencyi obniżyła się z 6·9 na 1·8.

Z podanego tu zestawienia chyba nikt wątpić nie może, że zakład wodoleczniczy jest dla Krynicy bardzo potrzebny,

że ma wszelką racyę bytu i rozwoju, ale musi on być zakładem, odpowiadającym potrzebom dzisiejszych wymagań leczniczych i społecznych, a przytem powinien być należycie zaopatrzony we wszystkie przybory, potrzebne do leczeń mechanicznych, elektrycznych, zwłaszcza powinien posiadać kąpiele elektryczne i kąpiele świetlne.

Dr. H. Ebers widząc wszelkie warunki do rozwijania się zakładu wodoleczniczego, a nie mogąc nic wydobyć od rządu, powziął myśl bardzo dobrą, postanowił wybudować własny zakład zamknięty i już nawet miał materyał na budowę przygotowany. Ale tę myśl zarzucił, zdaje mi się dlatego, że mu zagrożono, iż mając swój zakład, nie może być kierownikiem zakładu rządowego. Nie byłby na tem nie stracił, ale przeciwnie, zyskałby bardzo dużo i dużoby zyskała Krynica, jako taka, bo jego zakład prowadzony przez cały rok niewątpliwie bardzoby wiele osób chorych ściągał na zimę, która jest istotnie wspaniałą, a klimat ma bardzo łagodny. Krynica ciągle pragnie, by była stacyą klimatyczną zimową, ma potemu wszelkie warunki, ale, aby się nią stała, na to potrzeba pewnej przynęty, pewnego skonsolidowanego czynnika leczniczego, a tym byłby jako najlepszy zakład wodoleczniczy.

VIII. Wiadomosci bieżące.

Kraków, dnia 29 września.

* Wskutek uchwały Komisyi Statystycznej miejskiej poczęło krakowskie Biuro Statystyczne z nowym 1904 rokiem wydawać sprawozdania miesięczne zamiast tygodniowych i kwartalnych W tych publikacyach uwzględniono jednak nietylko dział ruchu ludności, lecz rozmiary wydawnictwa rozszerzono tak, iż obecnie obejmują te sprawozdania i inne dziedziny, których poznanie i porównanie przedstawia obraz stosunków miejscowych. Sprawozdania obecne obejmują sześć działów i pod tym względem nie różnią się od tego rodzaju peryodycznych publikacyi wielkich miast na zachodzie.

Pierwsze miejsce zajmuje dokładne zestawienie stosunków meteorologicznych, a to według krakowskiego obserwatoryum astronomicznego.

Jako lekarzy najwięcej nas obchodzi dział drugi, t. j. stosunki ruchu ludności. W tym dziale widać już na pierwszy rzut oka, że statystyka krakowska porzuciła nareszcie szablon rządowy, którym dotąd posługuje się austryackie centralne biuro statystyczne w Wiedniu, a z wielką korzyścią dla sprawy wprowadziła w dziale śmiertelności podział przyczyn śmierci według skróconego szematu międzynarodowego. Szemat ten jest wynikiem narad międzynarodowej Komisyi Statystycznej, która nad przedmiotem w mowie będącym odbywała narady w Paryżu roku 1900. Systemem tym, noszącym nazwę Bertillona, posługują się dotąd w Austryi tylko trzy miasta: Wiedeń, Praga i Tryest; poza granicami Austryi jest ten system powszechnie przyjęty. Jeżeli się nadto uwzględni, że sprawozdania krakowskie ukazują się po polsku i po francusku, jest oczywistem, że mogą one stanowić cenny materyał dla prac naukowych świata cywilizowanego.

Nowością, — a powiedzmy otwarcie, niespodzianką jest dla nas trzeci dział sprawozdań, odnoszący się do liczby, umiejscowienia i rodzaju chorób zakaźnych, panujących w Krakowie. Mamy wszelkie podstawy do twierdzenia, że na ten właśnie przedmiot miejscowe czynniki kompetentne inaczej dotąd się zapatrywały, aniżeli to ma miejsce na zachodzie Europy; a jeżeli w publikacyach miesięcznych krakowskiego Biura Statystycznego pojawiają się nareszcie daty, dla nas jako lekarzy najważniejsze, jesteśmy skłonni widzieć w tem początek zrywania ze szkodliwą i przestarzałą a tradycyjną metodą tajenia i »niestraszenia«. Mówiąc o tej rubryce sprawozdań, musimy zaznaczyć, że pożądanem jest, aby zczasem usunięto z nich kategoryę chorób zakaźnych w »Krakowie bez adresu«; nie świadczy bowiem dobrze o organizacyi sanitarnej miasta okoliczność, że w niem zdarzać się mogą przypadki chorób zakaźnych. . »bez adresu«!

Pod względem ekonomicznym doniosłe znaczenie mają dalsze działy sprawozdań statystycznych, jak dział 4-ty »O zmianach w stanie posiadania realności«, 5-ty »O zaopatrzeniu miasta w żywność« i 6-ty »O cenach najważniejszych artykułów spożywczych w Krakowie«.

Odnosimy wrażenie, że miesięczne sprawozdania statystyczne krakowskie są jednym z objawów »nowego kursu« w naszem mieście. To też zwracając na tę publikacyę szczególną uwagę wszystkich, którzy śledzą postępy w naszej administracyi, życzymy wydawnictwu powodzenia i uznania, na jakie istotnie zasługuje.

Kierownikiem Biura Statystycznego miejskiego jest Dr. Rudolf Sikorski.

* Ogólna liczba uczestników tegorocznego Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Wrocławiu wyniosła półtrzecia tysiąca, a wśród niej znaleźli się przedstawiciele nauki ze wszystkich państw Europy, nadto ze Stanów Zjednoczonych północnej Ameryki i z Japonii. Z polskich lekarzy i przyrodników brali udział Dr. Gaszyński i Neugebauer z Warszawy, Prof. Wachholz i Doc. Horoszkiewicz z Krakowa, Dr. Zanietowski z Jaworza, Doc. Kučera i Doc. Wiczkowski ze Lwowa, oraz Prof. Niedźwiedzki ze Lwowa. Odczyty zapowiedzieli i wygłosili Dr. Gaszyński i Neugebauer w sekcyi ginekologicznej, oraz prof. Wachholz w sekcyi sądowo-lekarskiej W tej ostatniej sekcyi, zorganizowanej znakomicie przez prof. Lessera, brało udział około 30 wybitnych przedstawicieli tej gałęzi, między nimi 12 profesorów, t. j. 3 z Austryi, 1 z Węgier, oraz 8 z Niemiec. Na wniosek prof. Puppego z Królewca utworzono Towarzystwo sądowo-lekarskie, do którego w charakterze członków zwyczajnych zostali wybrani prof. Wachholz i Doc. Horoszkiewicz z Krakowa. Zaszczytnych ocen doznały prace doświadczalne, dokonane w krakowskim zakładzie medycyny sądowej, a to praca prof. Wachholza i Doc. Lembergera »Doświadczalne badania nad zaczadzeniem«, prof. Wachholza i Dr. Horoszkiewicza »O śmierci wskutek utonięcia«, wreszcie praca dokonana w zakładach anatomii patologicznej i medycyny sądowej przez Dr. Glińskiego i Doc. Horoszkiewicza »O zmianach mikroskopowych przy odpadaniu pępowiny i o ich znaczeniu sądowo-lekarskiem«.

* Wydział krajowy stanie przed Sejmem z kilku przedłożeniami, obchodzącemi bliżej szerszy ogół lekarzy: do tych zaliczamy projekt noweli do ustawy z d. 2 lutego 1891 r. o urządzeniu służby zdrowia w gminach i obszarach dworskich, oraz dotyczącej zaopatrywania wdów i sierót pozostałych po lekarzach okręgowych. Z przedłożeń administracyjnych wymienić należy: projekt nadania kilku nowym szpitalom prawa publiczności; 2) w sprawie gospodarki Komisyi klimatycznej w Zakopanem; 3) w sprawie urządzenia Zakładu prof. Bujwida dla szczepień ochronnych; 4) wybór miejsca pod zakład dla umysłowo chorych w Galicyi zachodniej.

* Cesarz zatwierdził wybór Dr. Ed. Krzyżanowskiego na wiceprezesa buczackiej Rady powiatowej.

* W Warszawie przy ul. Nowowiejskiej Nr. 28 otwarty został Dom Zdrowia Dr. Ludwika Dydyńskiego.

* „Petersb. medic. Wochenschrift“ donosi, że głównodowodzący armią rosyjską w Mandżuryi zawiadomił ministra wojny o wielkiem przepełnieniu szpitali chorymi i rannymi i że należy temu zapobiedz przez wydanie rozkazu zarządowi irkuckiego szpitala ewakuacyjnego, ażeby zabierał miesięcznie z Charbinu po 2000 chorych i rannych, w celu dalszego ich skierowania do Rosyi europejskiej.

* Ścisłe badania, przeprowadzone w Berlinie, przekonały, że książki w bibliotekach ludowych po dwurocznem wypożyczaniu są przepełnione jadowitymi prątkami gruźliczymi. Pomimo zdania Berhringa i innych powag, że za pośrednictwem książki nikt jeszcze nie dostał gruźlicy, zarząd bibliotek ludowych postanowił niszczyć wszystkie książki po dwuletniem ich używaniu, a na książkach ma być wydrukowane ostrzeżenie, by przy przewracaniu stronic nie śliniono palców.

* Donoszą nam z Abbazyi: *„Therapia-Palace“* w Cirkwenicy sprzedał Arcyksiążę Józef towarzystwu węgierskiemu. Z tego powodu Dr. Ebers zmuszony został zwinąć swoje sanatoryum, które miał w dzierżawie. Strata to dla polskiej publiczności, szukającej zdrowia na po-

ludniu w zakładzie polskim, tem przykrzejsza, że Dr. Ebers włożył tu istotnie cały swój zasób doświadczenia i nie szczędził bardzo znacznych kosztów, aby stworzyć wzorowy zakład wodoleczniczy polski. W chwili najpomyślniejszego rozwoju „Therapia-Palace" przestaje istnieć w dotychczasowym swym charakterze, gdyż nowonabywcy zamierzają zrobić z niego sanatoryum dla dzieci gruźliczych i zołzowatych.

* Między 4 a 11. września doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: jaworowskim, horodeńskim, śniatyńskim, stryjskim, złoczowskim (po 1 gminie) i turczańskim (2 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Janowski (Odessa), Dr. Łaszczenków (Tomsk) i Dr. Martynow (Moskwa) mianowani profesorami nadzwyczajnymi: pierwszy w szpitalnej klinice lekarskiej, drugi na katedrze higieny, trzeci — chirurgii. Docenci: Dr. Bremer i Dr. Levy mianowani zostali profesorami tytularnymi w Kopenhadze: pierwszy otyatryi, drugi ortopedyi. Dr. Angelucci mian. zwyczajnym profesorem okulistyki w Palermo. Dr Leersum — profesorem farmakologii w Amsterdamie. Docenci: Eröss (pedyatrya) i Terray (medycyna wewnętrzna) mianowani profesorami nadzwycz. w Peszcie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Jan Lubaszek, b. lekarz pułkowy, lat 35, — w Krakowie. Dr. Stefan Marynowski, lat 58, — w Zawierciu. Prof. Niels Finsen, wynalazca metody leczenia światłem, zmarł po długiej chorobie w Kopenhadze, licząc 43 lat życia. Dr. Stanisław Kąkolewski, zmarł w Suwałkach, w 42 r. życia.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 38. Reichman: Przyczynek do statystyki chorych na raka. Sterling: Badania nad czuciem wibracyjnem i jego znaczeniem klinicznem (c. d.). Halpern: O zachowaniu się chlorków w ustroju, ich stosunku do powstawania obrzęków i znaczeniu w dyetetyce przy zapaleniu nerek (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 38. Hertz: Sześć przypadków ciał obcych w drogach oddechowych. Maybaum: O wpływie żucia na wydzielanie soku żołądkowego.

Przegląd zdrojowy Nr. 12. Od Redakcyi: Niedźwiedzia przysługa. Skórczewski: Oddzielenie zdrojowiska Krynicy od gminy wiejskiej.

— *Kronika lekarska* Z. 18. Sędziak: Rozpoznawanie i leczenie raków krtani (dok.). Wojciechowski: Leczenie przymiotu hermofenylem.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 38. Kneidl: Příspěvek ku statistice a aetiologii epilepsie v letech 1876 až 1900. Kopfstein: Kasuistika vzácných nádorů v chirurgii (c. d.). Kuffner. Několik případů aberrace sexualni.

— *La Presse médicale* Nr. 75. Roussel: Histerektomia całkowita drogą brzuszną z powodu włókniaków. Delucq i Alaux: Otyłość bolesna (choroba Dercuma). Remlinger: Puchlina podskórna w przebiegu czerwonki i zatrzymanie chlorków.

Nr. 76: Jeanselme: Trąd we Francyi i jej koloniach. Lop: Krwotok żołądkowo kiszkowy noworodków.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 38. Curschmann: O tężyczce rzekomej i o postaciach przejściowych między tężyczką istotną a histeryczną. Braeunig: O połączeniu mięśniowem między przedsionkiem a komorą serca. Heydenreich: Rzeczywista wściekłizna, czy też wścieklizna przeobrażona przez szczepienie? Levy Dorn: Rakowiec na gruncie tocznia w przebiegu zastarzałej cukrzycy, wyleczony promieniami Röntgena. Jadassohn: Choroby skórne, wywołane drogą krwi przez zakażenie i trucizny (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 38. Veit: O uniknieniu dziurawienia czaszki żyjącego dziecka. Schmorl i Geipel: Grużlica ludzkiego łożyska. Söllner: Przyczynek do bakteryologii trądzika pospolitego. Neumayer: O bronchoskopii. Kreuter: Uszkodzenie kiszki ślepej przez rozdęcie przy niedrożności kiszki grubej. Marx: Przypadek złamania trzeszczki. Durbacher: Przyczynek do etyologii ostrego zapalenia szpiku kostnego. Rumpf: Przyczynek do ocenienia wartości sanatoryalnego leczenia chorób płucnych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 38. Hueppe: Społeczna higiena gruźlicy. Zabel: Witki w żołądku. Jehle: Przyczynek kazuistyczny do gruźliczego zapalenia kręgów. Bayer: Przyczynek do leczenia łuszczycy pospolitej. Hay: Szczepienie w czerwonem świetle.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 39. Hürthle: Dzisiejszy stan i problemat nauki o ruchu krwi. Strümpell: Znaczenie badania czucia ze szczególnem uwzględnieniem zmysłu dotykania. Stern: O kamieniach płucnych. Mikulicz: Uwagi o szwie i materyale do szycia. Küstner: Jakie zachodzą zadania przy leczeniu zupełnego pęknięcia macicy. Bonhoeffer: Przyczynek do symptomatologii stanów zwyrodnienia. Uhthoff: Przyczynek do kazuistyki przerzutowego raka w ciele rzęskowem. Hinsberg: Powstawanie ropni móżdżka z ucha. Partsch: Zęby, jako wrota do wtargnięcia gruźlicy. Neisser: Moje doświadczenia nad przenoszeniem kiły na małpy (dok.). Schaper: Doświadczalne badania wpływu radu na zarodkowe i odrodcze postępy rozwoju.

Redakcya otrzymała. Rosner: Appendicitis w położnictwie i ginekologii.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 38 (od 18/IX do 24/IX) **urodziło** się dzieci: żywo: chł. 32, dz. 38; nieżywo: chł. 1, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 16, kob. 17; zamiejscowych: męż. 8, kob. 10.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 8, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 1, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 3. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —, 16) zakażenie przyranne: miej. 2, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. —. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 11, ob. 8. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 33, obcych 18.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Dwutlenek wodoru Mercka.

Bezwzględnie czysty chemicznie, 30% na wagę H_2O_2, znakomicie nadaje się do celów chirurgicznych, urologicznych, otologicznych i dentystycznych, niezbędny w leczeniu ran.

Methyl-atropinum bromatum.

Łagodnie działający związek atropiny, uśmierzający ból. W połączeniu z kokainą lub tropakokainą nadaje się znakomicie do badania oczu.

Veronal.

Nowy, niezrównany środek nasenny, nie wywiera działania ubocznego, które wywierają inne środki nasenne. Dawka dla dorosłych 0,5 gr.

E. Merck

Fabryka chemiczna, Darmstadt.

Rp. **Bromipin 10% 100 gram.** Merck, w oryginalnem opakowaniu.
S. Dwa do trzech razy dziennie po łyżeczce od kawy i więcej.
Wskazania: neurastenia, histerya, nerwowość.

Rp. **Dionin 0.3 gram.** Aq. Amygdal. amar. 15 g.
M. D. S. Trzy razy dziennie po 10, wieczorem 20 kropli.
Wskazania: nieżyt oskrzeli, nieżyt krtani, gruźlica płuc.

Rp. **Jodipin 10% 100 gram.** Merck, w oryginalnem opakowaniu.
S. W ciągu dnia zażyć 2 do 3 i więcej łyżeczek od kawy w gorącem mleku.
Wskazania: objawy zołzów, kaszel oskrzelowy, rozedma.

Rp. **Jodipin 25% 100 gram.** Merck, w oryginalnem opakowaniu.
S. Dziennie 10 do 20 cm. sz. Przez 10 dni lub dłużej wstrzykiwać podskórnie w okolicę pośladkową.
Wskaz.: kiła trzeciorzędna, stwardnienie tętnic, rwa kulszowa, rozedma płuc.

Rp. **Stypticin 0,05 gram.** fiat tabuletta, dentur tal. dos. Nr. 20.
Oryginalne opakowanie Merck.
S. Dziennie 3—5—8 kołaczyków.
Wskazania: krwiotoki miesiączkowe, krwotoki w latach przechodowych (climacterium).

Piśmiennictwo o tych przetworach rozsyła się pp. Lekarzom darmo i opłatnie.

Gelatina sterilisata pro injectione Merck 10%.

W zatopionych rurkach po 40 gr. Przyrządzona ze świeżych nóżek cielęcych z zachowaniem postępowania bezgnilnego, a następnie najstaranniej wyjałowiona.

Glykosal.

Glycerinum salicylicum, gorąco zalecane zamiast salicylanów, nie wywiera ujemnych działań ubocznych, właściwych kwasowi salicylowemu i jego związkom.

Tannoform.

Przez turystów, sportsmenów i wojskowych ulubiony środek przeciwpotny. 10

Sapomenthol

nagrodzony dyplomem honorowym i złotym medalem na wystawach międzynarodowych w Paryżu i Londynie 1901, Marsylii 1902.

(Maść Sapomentholowa)

nacieranie ból uśmierzające wyrobu **Eugeniusza Matuli,** aptekarza w **Radomyślu** koło Tarnowa



Maść ta z najlepszym skutkiem używana w cierpieniach reumatycznych, gośćcowych, nerwobólach itp. poleca się jako środek zewnętrzny, szybko działający! 81

Sposób użycia: miejsce zbolałe, naciera się 2—3 razy dnia, poczem je owija watą lub flanelą.

Expedyowaną bywa, tylko w słoikach oryginalnych po cenie 1 kor. **40** i większych po **5** koron.

Broszury i próbki dla WPP. Lekarzy na żądanie franko, przesyła **apteka Eugeniusza Matuli Radomyśl koło Tarnowa.**

Składy we wszystkich aptekach.



DYMAL

bezwonny, nietrujący, niedrażniący i osuszający, suchy lek **przeciwgnilny**, wypróbowany środek na rany, oparzenia, nadmierne pocenie się, odparzenie i inne choroby skórne, przewyższa inne środki, zastępując jodoform, swoją **taniością**.

LYGOSIN-CHININ

nietrujący, niedrażniący lek **przeciwgnilny**, wypróbowany środek na czyraki, ropowice (phlegmone), wypryski, ropienia i t. d.

LYGOSIN-NATRIUM

wypróbowany środek na **wiewióra macicy**, badany i polecony przez Dr. Parády, I. asyst. kliniki chorób skórnych i wenerycznych w Klausenburgu. 1. IV.

Próbki i piśmiennictwo rozsyła się pp. lekarzom na żądanie darmo i opłatnie.



PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA

VICHY



Własność rządowa francuska

Należy dobrze oznaczyć nazwisko przspisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organow żółć wydzielających.

VICHY-HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

PASTILLES VICHY-ETAT Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ETAT Wydające wjednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

Rok LXIII. Kraków 8 Października 1904. Nr. 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych wojskowej Akademii lekarskiej w Petersburgu.

Rola gonotoksyny w powstawaniu chorób rzeżączkowych[1]).

Podał

Dr. med. Zdzisław Sowiński,

ordynator kliniki.

Odkrycie Neissera, który wskazał, iż przyczyną zapalenia cewki moczowej według wszelkiego prawdopodobieństwa jest działanie gonokoków (dwoinek rzeżączkowych), wywołało olbrzymią ilość prac nad tym drobnoustrojem; jedne z nich wyjaśniają morfologię na preparatach drobnowidowych, inne wykazują różnice między nim i pseudogonokokiem; tutaj badają warunki, najkorzystniejsze dla jego rozwoju, tam znowu szczepią go na ludziach i zwierzętach; klinicyści podają coraz nowe i nowe powikłania rzeżączki przez zajęcie różnych narządów i tkanek; bakteryologowie często bezskutecznie poszukują zarazka we wszelkich powikłaniach, ale sprawa toksyny zarazka rzeżączkowego jest mało opracowaną.

Jak wiadomo, wstrzyknięcie hodowli dwoinek rzeżączkowych ludziom i zwierzętom wywołuje z jednej strony odczyn miejscowy pod postacią zmian zapalnych, z drugiej — objawy ogólne, jakoto: gorączka, upadek sił, a nawet przy odpowiednich dawkach śmierć. Dawno już zwróciło na siebie uwagę zjawisko, że nader często w zajętych stawach nie znajdowano drobnoustrojów rzeżączkowych, a jednak niepodobna było nie zauważyć związku między sprawą zapalną i dwoinkami. Z drugiej strony doświadczenia na zwierzętach przekonały, iż dwoinka rzeżączkowa, chociaż wywołuje zmiany w tkankach, jednak po krótkim przeciągu czasu (od 48—72 godzin) ginie zupełnie. Te spostrzeżenia każą przypuszczać istnienie toksyny stalszej, niż same drobnoustroje. W celu zbadania tej sprawy wielu autorów wykonało doświadczenia na zwierzętach i ludziach.

Eraud i Hugounenq wykonali podobne doświadczenia, ale, jak wiadomo, nie używali oni prawdziwych dwoinek rzeżączkowych, a zatem i wyniki ich badań nie mają wartości.

Steinschneider idąc w ślady Risso, spostrzegał, iż pewna ilość hodowli dwoinek rzeżączkowych na agarze lub surowicy krwi, wprowadzona do przedniej komory oka królikowi, wywoływała zapalenie spojówki i wysięk włóknikowy. Rzecz oczywista, iż zapalenie owo występowało przy jednoczesnem szczepieniu drobnoustroju i tego środowiska, w którem on wyrósł, gdy tymczasem przy szczepieniu samych tylko dwoinek wynik był ujemny.

Finger, Gohn i Schlagenhaufer dowiedli swemi doświadczeniami, że dwoinki, wstrzyknięte psu lub królikowi do stawu kolanowego, wywołują wyraźne zapalenie, obrzęk stawu, zaczerwienienie i gorączkę, zapalenie, którego w żaden sposób nie można przypisać działaniu żywych drobnoustrojów, ponieważ te w parę godzin po wstrzyknięciu ginęły. Objawy więc owe zależeć muszą albo od drażniącego działania wytworów, wyrabianych w środowisku, albo od samej istoty dwoinek, jak przypuszczali autorowie. W tym celu cedzili hodowlę bulionową i wykonawszy poszczególne doświadczenia z odcedzonym płynem i ciałami stałemi, pomimo to otrzymali wyniki ujemne, Schäffer zaś czyniąc doświadczenia z płynem przecedzonym otrzymał — dodatnie. Nicolaisen przerobił doświadczenia z hodowlami wyjałowionemi przy 70°C, na białych myszach, przyczem po wstrzyknięciu 0,5 c. sz. podobnej hodowli zwierzęta ginęły po dobie; przesącze zaś hodowli żywych niemiały żadnego wpływu. Tak samo zachowywały się i świnki morskie przy wprowadzeniu dawek, odpowiednich ich wadze i wielkości. Nicolaisen przypisuje takie działanie toksynie, zawierającej się w istocie dwoinek, i przypuszcza, że dwoinki nie wytwarzają rozpuszczalnych toksyn. Taką samą różnicę w działaniu wyjałowionych hodowli i przesączów spostrzegał Wassermann przy szczepieniach do jamy brzusznej.

De Christmas wykonał cały szereg doświadczeń w celu zbadania ogólnego działania gonotoksyny, przyczem na celu miał głównie wytworzyć u zwierząt odporność na gonotoksynę. Do doświadczeń użył on hodowli wyjałowionych, przesączów i samych ciał dwoinek, które wstrzykiwał do żył królikom, przyczem główną uwagę zwracał na straty wagi zwierząt, nie zauważył jednak żadnej różnicy między działaniem przesączów, ciał drobnoustrojów i stężonej gonotoksyny. Autor ten jest tego zdania, że większa część toksyny zawiera się w istocie dwoinek, skąd w miarę zamierania hodowli pierwsza przechodzi do pożywki, na dowód czego przytacza to, iż przesącze hodowli z pierwszych dni mają bardzo słabe działanie trujące. Doświadczenia Grosza i Krausa wykazały, że przesącze hodowli dwoinek nie posiadają wpływu trującego ani na zwierzęta przy wstrzykiwaniu do jamy brzusznej, ani na ludzi przy użyciu podskórnem.

Laitinen przy wstrzykiwaniu hodowli wyjałowionej do tkanki podskórnej ucha królikowi, jak również do żyły

[1]) Rzecz odczytana na posiedzeniu listopadowem (w 1900 roku) Rosyjskiego Tow. syfilidol. i dermatolog. w Petersburgu.

usznej, jamy brzusznej, oraz jamy opłucnej, spostrzegał objawy miejscowe i ogólne. Takie same wyniki otrzymał Pompejani, który oddzielnie robił doświadczenia z przesączem i oddzielnie — z ciałami dwoinek. Panichi spostrzegał odczyn zapalny po wstrzyknięciu do cewki człowieka zabitych ciał dwoinek. Scholtz doszedł do wniosku, że jad pwoinek zawiera się w ciele tych drobnoustrojów

Dalej następują prace Masłowskiego i Mołczanowa. Mianowicie szereg doświadczeń z gonotoksyną wyjaśnił, że może ona wywołać jak u ludzi, tak i u zwierząt, nie tylko odczyn zapalny miejscowy, ale i objawy ogólne, czem niektórzy autorowie próbowali wytłómaczyć niezrozumiałe zjawiska w patologii przewlekłych cierpień rzeżączkowych. Podobną próbę zrobił pierwotnie Wassermann, ale przypuszczenie jego, oparte na własnościach biologicznych dwoinek, nie zostało poparte odpowiedniemi doświadczeniami.

Zadaniem pracy mojej było wytłómaczyć patogenezę przewlekłych cierpień rzeżączkowych.

Do chwili obecnej pozostaje niewytłómaczony brak stosunku między szybkiem znikaniem dwoinek z narządów, dotkniętych rzeżączką, a uporczywością wywołanego przez nie zapalenia. U osób, cierpiących na rzeżączkę, choroba nie tylko się przedłuża, ale występują zaostrzenia, nowe wybuchy przy najróżniejszych wpływach usposabiających. Istnieją dwa objaśnienia faktów powyższych. Według pierwszego przypuszcza się ukrytą obecność dwoinek rzeżączkowych w zajętej sprawą tkance; według drugiego, podanego głównie przez Masłowskiego, w chorym narządzie długi czas znajduje się stale gonotoksyna, podtrzymująca zapalenie i będąca przyczyną nowych jego wybuchów.

Naszem zadaniem było wyjaśnić, które z tych przypuszczeń jest słuszne. W tym celu należało przedewszystkiem zbadać jak najdokładniej własności dwoinek i ich jadów (toksyn), dalej zmiany, wywoływane przez nie w narządach, a wtedy dopiero pójść ku głównemu celowi pracy naszej, wyjaśnieniu przyczyn przewlekłych cierpień rzeżączkowych.

Plan części pierwszej, przygotowawczej, jest prosty sam przez się; nad drugą musimy się dłużej zatrzymać. Prób znalezienia dwoinek w przewlekłych cierpieniach rzeżączkowych podjęto niemało, ale przeważnie bezskutecznie. Dlatego też pozostawała nam droga uboczna, prowadząca do tego celu. Musieliśmy przez wyłączenie innych możliwości starać się określić rolę samych dwoinek. Jeżeli przypuszczenie Masłowskiego jest słuszne i przyczyną przewlekłości ropienia rzeżączkowego jest stałość gonotoksyny, to w nagromadzeniu ropy n. p. w macicy (*pyometra*), wywołanem doświadczalnie zapomocą wyjałowionej hodowli dwoinek, powinna znajdować się owa stała gonotoksyna oraz przez szczepienie jej zwierzętom powinnyby powstać takie same cierpienia rzeżączkowe. W ten sposób pierwszą rzeczą, którą należało wyjaśnić, jest pytanie, o ile stałą jest gonotoksyna na zewnątrz i wewnątrz ustroju i w jakim stanie znajduje się ona w rzeżączkowych nagromadzeniach ropy, oraz czy posiada ona działanie ropotwórcze i nadal, skoro źródło nowych ilości gonotoksyny t. j. dwoinki już wyginęły. Istnieje jednak druga jeszcze możliwość. Gonotoksyna sama przez się może nie być stałą, ale wywołane przez nią zmiany w tkankach mogły zmniejszyć odporność na działanie różnych, wszędzie znajdujących się drobnoustrojów ropotwórczych, które właśnie na takim gruncie wywołać mogą nowe wybuchy zapalenia. Przypuszczenie to naturalnie może się odnosić tylko do spraw zapalnych porzeżączkowych, które już utraciły swą cechę swoistą.

Stosownie do nakreślonego planu pierwsze kroki nasze zmierzały do otrzymania mocnej gonotoksyny i wywołania przez nią sprawy ropnej bez udziału innych czynników ropotwórczych, czyli wytworzenia spraw rzeżączkowych aseptycznych. Dalej należało wypróbować, czy utworzone nagromadzenia ropy, zawierające gonotoksynę bez dwoinek, mogą później być przyczyną nowych zapaleń ropnych.

W celu wyjaśnienia drugiej przypuszczalnej roli gonotoksyny, jako czynnika, zmniejszającego odporność tkanek i usposabiającego do spraw ropnych pod wpływem innych drobnoustrojów ropotwórczych, mieliśmy zamiar wykonać dwojakie doświadczenia. Z jednej strony chcieliśmy przekonać się, czy słaba gonotoksyna, sama przez się nie wywołująca ropienia, może je wywołać przy współdziałaniu drobnoustrojów, lecz tak znów słabych, że i one same przez się po wstrzyknięciu nie mogłyby wywołać ropienia. Drugi szereg naszych doświadczeń miał wyjaśnić, czy takie osłabione drobnoustroje ropotwórcze mogą wywołać ropienie, dostając się na grunt, poprzednio zmieniony przez gonotoksynę. Nakoniec byłoby ciekawe przekonać się, w jaki sposób zmieniają się cechy samych drobnoustrojów ropotwórczych, czy w takich warunkach wzmaga się ich własność ropotwórcza?

Praca nasza składa się z 8 seryi badań, ponieważ tyle toksyn rzeżączkowych różnego pochodzenia powiodło się nam uzyskać. Każdej z tych toksyn użyliśmy w szeregu doświadczeń, których dokładny opis, jak i cel, w odpowiedniem miejscu przytoczymy i ocenimy; tutaj tylko, aby się nie powtarzać, opiszemy ogólne sposoby, jakich używaliśmy w doświadczeniach naszych. Do operacyi na rogach macicznych używaliśmy wyjątkowo królików, raz dla tego, iż u tych zwierząt rogi macicy są pojemniejsze, powtóre iż króliki lepiej znoszą tak poważny zabieg, jakim jest otwieranie jamy brzusznej. Wybieraliśmy samice duże, o ile można takie, które już rodziły, u nich bowiem rogi maciczne są najpojemniejsze. Zabieg wykonywaliśmy w uśpieniu chloroformowem, które króliki znosiły dobrze, jak o tem sądzić można ze śmiertelności od tego środka, która wynosiła 3—4%. Po ogoleniu skóry brzucha, naciskając ręką w kierunku spojenia łonowego, opróżnialiśmy pęcherz moczowy. Dalej przestrzegaliśmy zasad postępowania bezgnilnego. Zrobiwszy nacięcie skóry (wraz z tkanką podskórną), długie na 3—4 cm., wzdłuż linii białej i w kierunku ku spojeniu łonowemu, otwieraliśmy jamę otrzewnej po zgłębniku rowkowanym. Założywszy po dwie podwiązki na każdym rogu macicy, wstrzykiwaliśmy z jednej strony między podwiązkami 2—3 kropel i do 0,2 cm. sześc. (zależnie od pojemności rogu) mieszanki gonotoksynowej, poczem miejsce ukłucia igłą strzykawki zawsze ucisk aliśmy łopatką platynową, aby gonotoksyna nie wyciekła. Do kontroli służył drugi róg maciczny, także przewiązany w dwóch miejscach, lecz nie wypełniany toksyną. Otrzewnę i skórę z tkanką podskórną zaszywaliśmy oddzielnie. Powierzchnię rany zalewaliśmy podwójną kleiną jodoformową. Zwierzęta doskonale znosiły cały zabieg.

Przechodzimy do opisu otrzymywania czystej hodowli dwoinek rzeżączkowych oraz stężonej gonotoksyny.

Podstawę stałej pożywki stanowił 2% mięsnopeptonowy agar, który mieszaliśmy z płynem puchlinowym w stosunku 2:1. O ile mogliśmy zauważyć, obecność barwików żółciowych nie miała żadnego wpływu na rozwój dwoinek rzeżączkowych. Mieszaninę tę rozlewaliśmy na miseczki Petriego. Przekonawszy się naprzód, iż ropa, którą szczepić zamierzaliśmy, zawierała pod drobnowidem znaczną ilość podobnych do ziarnka kawy dwoinek (*diplococcus*), leżących gromadkami wewnątrz ciałek ropnych, rozprowadzaliśmy zapomocą platynowej łopatki ropę ową po powierzchni odżywki w postaci równoległych pasków tak, iż na każdej miseczce wypadało ich po 5—6. Miseczki wstawialiśmy do termostatu przy 36—37°. Po 12—14 godz. wyraźnie było widać rozwój kolonij dwoinek, nawet gołem okiem. Taki sposób szczepienia prócz oszczędności na odżywce (na miseczkę bowiem idzie tyleż agaru, co na próbówkę) ma tę jeszcze zaletę, że przy nim nie kłóci się ropy z pożywką; przy kłóceniu bowiem kropli ropy z rozpuszczonym agarem bardzo często otrzymuje się wyniki ujemne wskutek przegrzania dwoinek, które odznaczają się osobliwą wrażliwością na wahania ciepłoty.

Kolonie dwoinek rzeżączkowych na agarze z surowicą mają dość swoiste cechy tak, iż gołem okiem przy pewnej wprawie z wielkiem prawdopodobieństwem można je odróżnić od innych kolonii, np. paciorkowca, do których są one nieco na pozór podobne. W 12—14 godz. po zaszczepieniu wydzieliny rzeżączkowej najpierw zjawiają się na powierzchni pożywki kolonie dwoinek; wyglądają one wtedy, jak przeźroczyste punkciki, lekko jasno-szarawej barwy, przypominające kropelki rosy. Oglądając przez szkło powiększające hodowlę dobową, widzimy szereg prawie regularnych kółek, wielkości łebka szpilki, jakby wkroplonych w powierzchnię odżywki; środek kół wygląda grubiej, niż brzegi. Kolonie mają brzegi albo niewyraźnie zarysowane, albo czynią wrażenie wytłoczonych. Kółeczka te w świetle rozsianem są po brzegach przeźroczyste jak szkło, a w środku mają lekko żółtawy odcień, co naturalnie stoi w związku z większą lub mniejszą przeźroczystością otoczenia oraz szkła samej miseczki. Przy badaniu w świetle odbitem kolonie mają na pozór barwę mleczna. Odznaczają się one lepkością i ciągliwością, a w wodzie kondensacyjnej probówki tworzy się pływająca masa dwoinek, łatwo przylegająca do oczka pętli platynowej. Kolonie są błyszczące, wilgotne, o powierzchni jakby lakierowanej Wzrost kolonij bywa wogóle dość powolny.

Przy badaniu drobnowidowem pod małem powiększeniem (Zeiss. Oc. 2s. AA.) widać koło prawie regularne, w którem przedewszystkiem zwraca uwagę rozlana drobna ziarnistość; cała kolonia ma odcień szarawy, do którego w środku dołącza się żółty tak, iż widać żółtawo-szary środek, stopniowo przechodzący w szary i nareszcie na brzegach kolonii w delikatną przeźroczystą i bezbarwną otoczkę. Prócz tego, to tu, to tam po całej kolonii rozrzucone małe ciałka nieprawidłowych kształtów. Spostrzegaliśmy je zawsze, we wszystkich koloniach dwoinek rzeżączkowych zarówno starych, jak świeżych; szczególnie wyraźne bywają one w pierwszych pokoleniach.

Badając pod drobnowidem szczepionki tych kolonii, znajdujemy, iż swoista dla dwoinki rzeżączkowej postać ziarenka kawy, jaką wyjątkowo spotykamy w ropie, nie jest tutaj bynajmniej jedyną: obok osobników typowych w niektórych miejscach spotyka się nierozdzielone, okrągłe, a także pojedyncze połówki dwoinki, zupełnie nierówne, tak samo jak i wielkość samych drobnoustrojów bywa różną. Dwoinki rzeżączkowe zwykle łączą się z sobą albo po 2—4, albo pod postacią nieprawidłowych kupek, natomiast inne znane drobnoustroje po rozsmarowaniu na szkle rozrastają się w kolonie prawidłowe równomiernie. Zjawisko to tłomaczy De-Christmas lepkością (*viscosité*), która nie pozwala dwoinkom rozdzielać się.

W kroplach z hodowli dobowej obok dobrze zabarwionych można spotkać dwoinki o niewyraźnych zarysach, nierównej wielkości, które słabo barwią się wszystkimi barwikami, przyczem liczba ich z każdym dniem następnym znacznie się zwiększa. Takie dwoinki poraz pierwszy był spostrzegł i opisał Wertheim i znane są one pod nazwą postaci zwyrodniałych. Przeszczepiając w kształcie kresek taką czystą kolonię dwoinek do probówki z agarem surowiczym, już po niedługim czasie, po 5—6 godzinach, wzdłuż kresek można było dostrzedz wzrost szaro-białawych przeźroczystych kropelek, które stopniowo powiększając się co do liczby i wielkości, zlewały się z sobą tworząc na powierzchni agaru biało-szarawy pas, o brzegach mniej lub więcej falistych i powierzchni błyszczącej, jakby lakierowanej. Szczepienia z takich kolonii na wszelkich możliwych podłożach, przygotowanych bez płynu puchlinowego, dawały zawsze wynik ujemny. Na bulionie z surowicą wyrastały dwoinki obficie, zależnie od stosunku dodanego płynu puchlinowego, przyczem ważny wpływ miała i ciepłota 36—37° C. Niewielkie wahania w ciepłocie nie wywierały tutaj tak szkodliwego wpływu, jaki spostrzegano przy szczepieniu na agarze z tymże płynem puchlinowym; tam ciepłota 35—36° C. była odpowiedniejszą. Wogóle rozwój dwoinek rzeżączkowych w pożywkach płynnych postępuje dość szybko.

Po upływie doby bulion pozornie ulegał niewielkim zmianom, był prawie przeźroczysty i tylko na dnie przy kłóceniu widać było nieznaczne męty, które jako obłoczek szarawy unosiły się ze środka kolby. Po upływie dwóch dni bulion mętnieje wyraźniej. Na dnie widać już osad, składający się z warstwy dwoinek. Przy kłóceniu obłoczek szarawy wydaje się gęstszym, a po brzegach unoszą się ku górze pojedyncze płatki w ogromnej ilości. W pół godziny po kłóceniu bulion znowu powracał do pierwotnej postaci.

Po 3 dobach na powierzchni bulionu zjawia się nalot, zajmujący całą powierzchnię, który przy nieznacznem wstrząśnieniu opada na dno w postaci pojedynczych nici różnej wielkości Nalot ten jest lekko białawej barwy, nieścisły i niejednolity, o czem można sądzić przy kłóceniu, a składa się z mnóstwa poplątanych z sobą nici, które w miarę wzrostu hodowli stopniowo opadają na dno i powiększają znajdującą się tam warstwę dwoinek. Co się zaś tyczy barwy bulionu, to mętnawość pozostaje nadal. Obecność nalotu jest jeszcze widoczną zwykle do 6—8 dnia, poczem powierzchnia bulionu oczyszcza się i sam bulion wyjaśnia się. Jeżeli nalot w okresie jego tworzenia się zniszczymy przez kłócenie, to na dzień następny nie ujrzymy już tak ścisłej warstwy, ale szereg pojedynczych maleńkich warstewek, rozrzuconych

gdzieniegdzie na powierzchni bulionu, które z kolei rozpadają się same przez się.

Po 8—10 dniach warstwa dwoinek tak ściśle przystaje do dna kolby, iż nawet przy mocnem kłóceniu płynu nie można jej oderwać w zupełności. Szczepienia kolonii dwoinek rzeżączkowych na różnych rodzajach bulionu bez dodania płynu puchlinowego, pozostawały bez żadnego skutku.

Oprócz nader znamiennych właściwości rozwoju, swoistego wyglądania kolonii, stosunku do zwykłych pożywek i wahań ciepłoty, a także swoistego obrazu drobnowidowego, należy dodać, iż dwoinki te odbarwiają się sposobem Grama.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O gonosanie.

Podał

Dr. Jakób Bronisław Sokal (Lwów).

Gonosan, nowo wprowadzony przez Bossa w Strassburgu środek leczniczy przeciwrzeżączkowy, składa się z dwóch wypróbowanych przeciw rzeżączce leków, mianowicie z kawy-kawy i wschodnio-indyjskiego olejku sandałowego. Jak wiadomo, krajowcy wysp Polinezyi sporządzają z korzeni „kawy“ napój, posiadajacy własności odurzające (narkotyczne), a odgrywający podobną rolę jak *Coca* w okolicach południowo-amerykańskich Kordylierów. Przytem jednakowoż „kawa“ w ojczyźnie swej znajduje szerokie zastosowanie przeciw bardzo często w tamtych okolicach występującej rzeżączce.

Według L. Lewina korzeń „kawy“ zawiera obok dwóch ciał krystalicznych obojętnych, t. j. prócz kawahiny i yangoniny, skutecznie działającą mieszaninę żywiczną, dającą się doskonale rozłożyć na dwie różne żywice $\alpha + \beta$.

Żywica α korzenia „kawy“ wywołuje w błonach śluzowych stwierdzone przytępienie czucia, tak samo i żywica β, tylko że znieczulające działanie tej drugiej jest mniej silne i króciej trwające. Obie żywice razem wywołują w oku zwierzęcia już po trzech minutach, często nawet i wcześniej, zupełne znieczulenie rogówki i spojówki. *A priori* przyjąć należy, że owa mieszanina żywiczna — po wessaniu i wydzieleniu jej przez nerki w formie kwasu żywicznego znieczula również błony śluzowe dróg moczowych, a to zwłaszcza w tem miejscu narządu moczowego, gdzie proces zapalny istnieje. Że tak się faktycznie dzieje, wynika stąd, że po zażyciu „kawy“ można z moczu wydzielić masę żywiczną, która w oku badanego zwierzęcia wywołuje zupełne znieczulenie.

Co się zaś tyczy drugiego składnika gonosanu, to swoiste własności olejku sandałowego znane są oddawna. W ostatnim dopiero czasie ukazała się w „Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift“ Nr. 13 i 14 — 1904 — interesująca praca Dra Schneidra z polikliniki Dra Josepha „O wewnętrznem leczeniu rzeżączki“. Jak z tej pracy wynika, odmawia Schneider w terapii rzeżączki takim środkom, jak arrhovin i hetralin wszelkiego znaczenia; natomiast poleca olejek sandałowy, jako lek pomocniczy obok terapii miejscowej. Najczęściej według niego następowało polepszenie po zażyciu wspomnianego olejku sandałowego. Możemy więc stąd wnioskować, że tylko przetwory, zawierające olejek sandałowy, mogą być w terapii rzeżączki uwzględniane, podczas gdy inne ciała chemiczne, które zresztą działają jako środki odkażające (rozmaite przetwory formalinowe, kwas salicylowy, tymol, kwas będźwinowy, albo też połączenie tych ostatnich — ester tymolowy kwasu będźwinowego, heksametylentetramina, albo też mieszanina „kawy“ żywicznej z tym ostatnim), w terapii rzeżączki stanowczo nie dopisują, ponieważ tylko kwasy żywiczne działają swoiście na proces rzeżączkowy, a powtóre, że żołądek olejku sandałowego nie wchłania, jeżeli się go nie podaje w formie olejku. Faktem jest niezbitym, że znachodzący się w handlu olejek sandałowy bywa fałszowany przez domieszki rozmaitych olejków pośledniejszych, jak oleju cedrowego, zach.-indyjskiego oleju sandałowego, oleju rącznikowego itd. itd. Stąd owe rozmaite niedomagania, jak odbijanie, wymioty, kurcze żołądkowe, białkomocz po zażyciu olejku sandałowego, znajdującego się w handlu.

Jeżeli zaś poddamy olejek sandałowy, który się znajduje w gonosanie w ilości 80%, dokładnemu badaniu chemicznemu, okaże się on chemicznie czystym bez wszelkich domieszek. Prócz tego zawiera więcej, aniżeli 96% sandalolu, podczas gdy olejek sandałowy, znajdujący się w handlu, zawiera najwięcej 80—90% sandalolu.

Co się zaś tyczy moich doświadczeń z gonosanem, to zastosowałem go w 21 przypadkach: z tych 16 pacyentów miało rzeżączkę przodkowej części cewki, dwóch rzeżączkę całej cewki, a trzech zapalenie błony śluzowej pęcherza. Jako zwolennik leczenia wyczekującego, nie przedsiębiorę w pierwszych dniach żadnych miejscowych zabiegów leczniczych, polecam jedynie leki balsamiczne, a z tych w ostatnim czasie jedynie gonosan. Pod działaniem tego środka ustępują szybko zjawiska zapalne, ustają bolesne wzwody, tak utrudniające leczenie, a nawet miałem wrażenie, że gonosan doskonale działa przeciw pomazaniom nocnym. To ostatnie działanie gonosanu przypisuję żywicy, znajdującej się w korzeniu „kawy“ $\alpha + \beta$, która wywiera niezawodnie porażny wpływ na zakończenia nerwów narządu płciowego. Dopiero gdy ciężkie objawy zapalne ustąpią, rozpoczynam zwykłe wstrzykiwania, przyczem jednak ciągle zalecam gonosan. Wyniki, jakie osiągnąłem z tego kombinowanego leczenia, były zawsze nadzwyczaj dobre i przyznać muszę, że innym sposobem dotychczas nie udało mi się tak rychło wyleczyć ostrej rzeżączki, albowiem w 16 przypadkach rzeżączki przodkowej części cewki moczowej spostrzegłem już po 3, w kilku po 4 tygodniach rozpoczynające się polepszenie, przyczem ściśle przestrzeganą była dyeta. Nie nastąpiły też żadne powikłania. Także na 2 przypadki całkowitego zajęcia cewki i 3 przypadki zapalenia pęcherza gonosan wpłynął bardzo dodatnio. Piekące bole przy oddawaniu moczu, jakoteż przykre parcie na mocz, ustały wkrótce, a mętny kłaczkowaty mocz wyjaśniał się już po kilku dniach. Również i żołądek znosił doskonale gonosan. Zjawiały się tu i ówdzie lekkie odbijania, ale żaden z pacyentów nie skarżył się na niedomagania, jakie zwykle następują po zażyciu olejku sandałowego. Najważniejszem jednak jest to, że gonosan zupełnie nie drażni nerek. We wszystkich przypadkach badałem dokładnie mocz, ale białka i wałeczków w żadnym

przypadku nie znalazłem, nawet śladów, któreby dozwalały przypuszczać podrażnienia nerek.

Jeżeli streszczę to, com wyżej powiedział, to dojdę do wniosku, że gonosan jest obecnie najlepszym lekiem wewnętrznym w leczeniu przeciwrzeżączkowem, że przyśpiesza leczenie rzeżączki i że dla swych uśmierzających bole własności i nizkiej ceny powinien być używanym w każdem świeżem zapaleniu cewki moczowej.

III. Błonica i dławiec, leczone surowicą i bez surowicy.

Podał

Dr. J. Fels.

(Dokończenie.)

Przypadków błonicy i dławca, leczonych bez surowicy, spostrzegałem 29. Z tych było 12 z błonicą gardła obustronną, 5 z błonicą jednego migdałka, 10 przypadków dławca krtani i 2 przypadki błonicy gardła z lekkimi objawami dławca. Przypadki dławca dotyczyły naturalnie tylko dzieci, u których ta choroba zwykle występuje. Obecnie autorowie uważają głównie prątek Loefflera za przyczynę dławca krtani i zalecają przeto w każdym przypadku wstrzyknięcie surowicy i to odrazu 2000 jedn. przeciwj. a nawet 3000—4000 w przeciągu 24—12 godzin; dawniej natomiast, szczególnie Henoch, uważali dławiec za zupełnie odrębną chorobę. Nie mogę się wdawać w roztrząsanie tej sprawy, jednak w przypadkach, gdzie błonica zstępuje z gardła do krtani, albo występuje równocześnie w gardle i krtani, rzecz ta nie ulega żadnej wątpliwości. Wspomniałem również, że w trzech z moich przypadków, leczonych surowicą, dławiec wystąpił pierwotnie w krtani i później dopiero wytworzyły się naloty na migdałkach. Podobnie w dwóch przypadkach, leczonych bez surowicy poprzedziły lekkie objawy dławca. Przyrodę błoniczą dławca krtani potwierdzają też nieraz zmiany błonicze nosa, wreszcie małe złogi błonicze mogły z gardła już przedtem zniknąć, nim dławiec wystąpił. Wystarczy też nadmienić, że z 10 przypadków dławca, leczonych bez surowicy, dwa zakończyły się śmiertelnie, to jest 18% śmiertelności, a w 3 przypadkach musiałem następnie wstrzyknąć surowicę. Winą jednak tych dwóch przypadków śmiertelnych pada jedynie na rodziców, którzy zawezwali lekarza dopiero 3-go dnia choroby, kiedy dzieci były już konające i wszelkie wysiłki byłyby nadaremne. Jedno z tych dzieci zastałem już zupełnie sine, w charakterystycznem położeniu, na kolanach i łokciach oparte, walczące o powietrze, a w niespełna godzinę dziecko umarło. Tak w tym, jak i w drugim przypadku rozcięcie tchawicy, o którem zresztą rodzice nie chcieli słyszeć, nie byłoby już, jak sądzę, dziecka uratowało, a o stosowaniu surowicy w tych warunkach oczywiście nie było co myśleć. Drugi przypadek jest jeszcze godnym uwagi z tego powodu, że na trzy tygodnie przedtem był leczony (w tutejszym szpitaliku św. Zofii) z powodu błonicy gardła zapomocą surowicy. Widać więc, że ponowne zakażenia i nawroty w błonicy i dławcu dość często się zdarzają. Że oczywiście można zachorować na błonicę kilkakrotnie, dowodzą niektóre moje przypadki, jak jedna dziewczynka, która w przeciągu przeszło 3 lat trzy razy przebyła błonicę, z tych dwa razy połączoną z objawami dławca i druga dziewczynka, która we wrześniu 1900 przebyła błonicę i była leczona surowicą, a w grudniu 1903 zapadła na błonicę po raz wtóry, kiedy kilku członków tej rodziny zachorowało na błonicę.

Przypadki dławca, w których rodzice nie chcieli odrazu się zdecydować na wstrzyknięcie surowicy, leczyłem sposobem dawniejszym, t. j. podawaniem środka wymiotnego i środków wykrztuśnych, wziewaniami parowemi i stosowaniem gorczycznika lub 1—2 pijawek na rękojeści mostka. W trzech przypadkach, jak wspomniałem, musiano następowo wstrzyknąć surowicę. W każdym razie posiadamy dziś w surowicy swoisty i pewny środek także przeciw dławcowi krtani, a zalecane do niedawna wcierania szaruchy i inne energiczne, lecz niepewne środki, można uważać za zbędne i przestarzałe. Przy tej sposobności nie mogę pominąć uwagi, która w czasie praktyki mi się nasunęła. Zdarzyło mi się bowiem kilkakrotnie, że zawezwano mnie do tamowania krwotoku na szyi, powstałego po pijawkach, postawionych nad krtanią w przebiegu żyłki podskórnej. A działo się to niezawsze z winy cyrulika, bo lekarz sam te miejsca naznaczył. Dwa razy nawet lekarz sam zawezwał pomocy, by takie krwotoki tamować założeniem szwów. Wystarcza naturalnie zwykły opatrunek uciskowy. We wszystkich podręcznikach podano przecież wyraźnie, że w podobnych przypadkach stosuje się 1—2 pijawek na rękojeści mostka, gdzie nad twardą podstawą kostną tamowanie krwotoku jest łatwe, a okolica krtaniowa zostaje wolną dla zabiegów operacyjnych, gdyby ich było potrzeba.

Z 19 przypadków błonicy 9 dotyczyły osobników starszych w wieku od 18—40 lat, dwa dotyczyły 10-letnich a dwa 9-letnich chorych i byłbym z pewnością wstrzyknął surowicę, gdyby się sprawa pogorszyła, jak też nieraz postępowałem. Wiadomo, że błonica nagabuje szczególnie dzieci między 2—6 rokiem życia, lecz zdarza się nie tak rzadko i u dorosłych [7]). Zwykle też u osób starszych błonica nie zagraża tak znacznem niebezpieczeństwem, jak u dzieci, choćby już dla rzadkości powikłania dławcowego, lecz nie brak i wyjątków, gdzie błonica u dorosłych przebiega bardzo złośliwie i gdzie z powodu zwyrodnienia i porażenia serca, albo z powodu posocznicy może nastąpić zejście śmiertelne. Z praktyki szpitalnej przypominam sobie mężczyznę czterdziestokilkoletniego, u którego z błonicy gardła powstała posocznica, a przy sekcyi stwierdzono rozlane ropne zapalenie śródpiersia przedniego.

Pozostaje mi jeszcze omówić pięć przypadków błonicy u dzieci od 1—7 roku życia i jeden przypadek u 9-miesięcznego dziecka, zakończony śmiercią. W pierwszych pięciu przypadkach polepszenie rychło nastąpiło, albo też stan odrazu nie był tak groźnym, by trzeba było natychmiast wstrzyknąć surowicę. Nie znaczy to wcale, by w podobnych przypadkach nie stosować surowicy, działającej wprost zbawiennie. Lecz wiemy z czasów dawniejszych, kiedy leczenie błonicy w ciężkich przypadkach było jeszcze prawie bezsilne, że w lekkich przypadkach, a szczególnie u osobników

---

[7]) W ostatnim czasie Keyes ogłosił przypadek błonicy u 76-letniego starca. Deut. med. Wochenschr. 1904, Nr. 10, referat.

starszych, często każdy środek był dobrym. I obecnie niektórzy autorowie uważają stosowanie surowicy w przypadkach lekkich u dzieci starszych lub u dorosłych prawie zawsze za niekonieczne [8]). Wiemy przecież, że niektóre przypadki błonicy, a szczególniej u starszych, są tak lekkie, że uchodzą zupełnie uwagi lekarza. Sam też widziałem w swojej rodzinie taki przypadek, którego nie umieściłem nawet w swojej statystyce. Kobieta dwudziestokilkoletnia uczuła wśród nocy bole w gardle; niezwłoczne badanie wykazało ciepł. 37·5° i lekkie obrzmienie i zaczerwienienie lewego migdałka, na nim zaś zielonawo-żółty nalot wielkości małej fasolki. Nad ranem chora wypluła błonkę grubości dwu milimetrów, czuła się zupełnie zdrową, a bole całkowicie znikły. Oczywiście są to rzadkie przypadki, które nie uchodzą uwagi lekarza tylko wśród tak korzystnych warunków, jak tym razem.

Lecz mimo to nie radziłbym w lekkich przypadkach zaniechać wstrzyknięcia surowicy, gdyż nigdy z góry nie można przewidzieć, jaki będzie dalszy przebieg przypadku błonicy, uchodzącego z początku za bardzo lekki. Wiemy bardzo dobrze, że już po skończeniu miejscowej sprawy błoniczej pozostałe w ustroju jady bardzo przykre mogą wywołać niespodzianki w postaci zapalenia nerek, porażeń obwodowych i niestety też porażenia serca. To też zwykle tylko ustępując przed oporem rodziny chorego, nie stosowałem w przypadkach lekkich albo u dzieci starszych surowicy i nieraz musiałem następowo w dniach następnych do tego dzielnego środka się uciec. Nie zgodziłbym się jednak na żądanie, które niedawno wygłosił jeden lekarz niemiecki [9]), a mianowicie, aby lekarza, który w przypadku błonicy nie stosował surowicy, można oskarżyć o błąd lekarski. Curtius [10]), który przed odkryciem Behringa osiągnął dobre wyniki pędzlowaniem płynem Loefflera, i teraz często stosuje jedynie ten środek z dobrym wynikiem.

Jeden przypadek błonicy, nie leczony surowicą, zakończył się śmiercią. Ponieważ przypadek ten jest ze wszech miar ciekawy, pozwolę sobie dokładniej go tu przytoczyć:

F. G., 9 miesięcy, syn konduktora tramwajowego, badany po raz pierwszy dnia 17 września 1900. Wywiady: Słaby od kilku dni gorączkuje; matka robiła mu »okłady z nafty, co ma zapobiegać dyfteryi, później wystąpiły pryszcze w ustach«. Przed dwoma dniami była z dzieckiem w szpitaliku. (Jak niedawno w protokole szpitalika św. Zofii sprawdziłem, rozpoznano wtedy u dziecka *stomatitis aphtosa*). Stan obecny: cera blada, chłopiec miernie odżywiony, ciepłota 39·2°C. tętno częste; nie ssie dobrze, mało płacze. Na błonie śluzowej jamy ustnej liczne małe owrzodzenia, pokryte białymi lub białawo-szarymi złogami, podobno małe naloty są i w gardle; na więzadełku języka jest także nalot wielkości małej fasoli; w płucach rzężenia świszczące; rozwolnienie (dziecko dostawało kaszkę). Rozpoznanie: afty jamy ustnej, nieżyt oskrzeli. Leczenie: chloran potasu 1·0 : 120·0, co 2 godz. łyżeczkę kaw., pędzlowanie jamy ustnej 5% boranem sodowym, prócz piersi tylko mleko zimne i kąpiele.

22/IX ciepłota 37·9°, afty na wargach wyglądają lepiej, tuszowanie wrzodzików azotanem srebra, środek wykrztuśny.

23/IX ciepłota 38°, kaszel urywany, bezdźwięczny, dziecko nie może krzyczeć, tuszowanie lapisem, środek wymiotny.

24/IX. Dziecko nie wymiotowało mimo wyżycia całego gramu wymiotnicy, rozwolnienie; w nocy dziecko spało, wogóle ma się lepiej, pije mleko, daje sobie usta czyścić; ciepłota 37·2° C.

25/IX ciepłota 37·4°, jama ustna czyściejsza, urywany suchy kaszel, dziecko ciągle się pręży, przybierając postawę tężca tylnego (*opisthotonus*).

26/IX. Dziecko od wczoraj nie może łykać i matka pokazuje mi że mleko podawane wraca przez nos. Teraz dopiero z porażenia podniebienia miękkiego rozpoznałem *ex post* błonicę. Ponieważ błonicze porażenia podniebienia występują zwykle w trzecim tygodniu choroby, dziecko musiało zachorować 11 lub 12/IX, t. j. tydzień przedtem, nim matka zgłosiła się do mnie. Surowicy już nie wstrzyknąłem, zaleciłem *syr. ferri jodati* 20·0, *syr. simpl.*, 80·0; 3 łyżeczki dziennie i *strychnini nitrici* 0·01 : 10·0, z czego co drugi dzień wstrzykiwałem strzykawkę Pravaza pod skórę karku. Łykanie wprawdzie się polepszyło, lecz mimo to dziecko w piątym tygodniu umarło na wycieńczenie.

Tu więc błonica wywołała w jamie ustnej podobne wrzodziki, jak afty i jeden nieco większy wrzodzik na więzadełku języka. Lecz kto wie, czy z początku nie było złogów błoniczych w gardle i czy rozpoznanie nie byłoby wcześniej dokonane, gdyby matka zaraz w pierwszych dniach szukała porady lekarskiej zamiast przykładać naftę [11]). Występujące już wcześniej oddychanie powierzchowne i kaszel bezsilny były może wyrazem porażenia mięśni oddechowych.

Na 29 przypadków błonicy i dławca, leczonych bez surowicy, miałem więc trzy przypadki śmierci, to znaczy 10·3% śmiertelności. Jest to oczywiście dość nizki odsetek, tembardziej, że inni autorowie [12]) podają w przypadkach, leczonych bez surowicy, 40—50% śmiertelności, a 9—15% w przypadkach, leczonych surowicą. Lecz trzeba zważyć, że te przypadki błonicy były po największej części albo lekkie, albo tyczyły się dzieci starszych lub osób dorosłych, lub wreszcie miały się już nieco ku lepszemu. Gdyby zaś stan się pogorszył, byłbym bezwzględnie wstrzyknął surowicę. Podobnie Rautenberg [13]) podczas epidemii błonicy w Królewcu w roku 1902 na 39 przypadków błonicy, leczonych bez surowicy, miał tylko jeden przypadek śmierci, t. j. =2·5% śmiertelności, a na 210 przypadków, leczonych surowicą, nawet 18 przypadków śmierci t. j. =8·6%, więc stosunek na pozór o wiele gorszy. Przypadki, leczone bez surowicy, dotyczyły bowiem dorosłych, albo były to przypadki lekkie lub takie, gdzie sprawa miała się już ku lepszemu. Przypadki zaś, zakończone śmiercią mimo surowicy, były przeważnie bardzo ciężkie, u dzieci z objawami ciężkiego zatrucia, w których zejście śmiertelne rychło nastąpiło, a w 7 przypadkach dopiero bardzo późno, bo w 4—12 dniu wstrzyknięto surowicę.

Natomiast wykazała statystyka ogólna i dokładne spostrzeżenia kliniczne na obfitym materyale szpitalnym bardzo znaczny spadek śmiertelności chorych na błonicę od roku 1894, t. j. od ery surowiczej. Surowica przeciwbłonicza jest pewnym i swoistym środkiem, działającym dziś prawie bez skutków ubocznych i stosując go na samym początku choroby możemy śmiało rodziców uspokoić, że dziecko wprawdzie ma błonicę, lecz na pewno wyzdrowieje. Błonica nie szerzy już tego postrachu, jak dawniej i przestała być plagą ludzkości. Surowica bowiem jest pewnym środkiem nietylko przeciw chorobie już wybuchłej i nie dopuszcza do przypadków cięższych, lecz jest także najlepszym środkiem za-

[8]) Neumann l. c.

[9]) Winselman: Deutsche med. Wochenschr. 1903, Nr. 50.

[10]) Münchener med. Wochenschr. l. c.

[11]) Ciekawym dla naszych stosunków jest szczegół, że wszystkie trzy przypadki śmierci, gdzie na stosowanie surowicy już było za późno, dotyczyły katolików.

[12]) Soltmann: Deutsche med. Wochenschr. 1904, Nr. 17.

[13]) Deutsche med. Wochenschr. 1903, Nr. 10. Vereinsbeilage.

pobiegawczym tak dla jednostki, jak i ogólnym, gdyż wstrzymuje szerzenie się epidemii. Dawniej lekkie przypadki błonicy trwały 1–2 tygodni, a cięższe, jeśli się dobrze skończyły, 3—4 tygodni i dłużej. Dziś błonica przebiega w kilku dniach i tylko z trudem trzymamy dziecko dłużej w łóżku, a gdyby nie doświadczenia bakteryologów, dowodzące, że jadowite prątki błonicy jeszcze przez cztery tygodnie można w jamie ustnej wykazać, odosobnienie chorego na 4–6 tygodni nie byłoby potrzebne. Zaraz po wstrzyknięciu surowicy stan ogólny się poprawia i ciepłota wraca do stanu prawidłowego, a surowica przyspiesza również, choć nie bezpośrednio, oodzielanie się złogów błoniczych. Dawniej przez kilka tygodni żyło się w trwodze o los dziecka i obawiano się całego szeregu powikłań i chorób pobłoniczych, które przy leczeniu surowicą tylko nadzwyczaj rzadko spotykamy. Dlatego też przeciwnicy leczenia surowicą dziś prawie wszędzie ucichli a surowica przeciwbłonicza w teoryi i w praktyce uważana jest za środek swoisty i pewny. Faktem jest też, że błonica od r. 1894 stała się rzadszą i łagodniejszą i choć twierdzą niektórzy autorowie, że jest to naturalnem zjawiskiem co do chorób zakaźnych, że z czasem stają się one rzadsze i mniej złośliwe, lub że można pod tym względem spostrzegać różne wahania, to nikt nie odmówi zasługi odkryciu Behringa.

Leczenie w przypadkach błonicy, w których nie wstrzykiwano surowicy, było tylko miejscowe i polegało na stosowaniu okładów, płukanek, a w cięższych przypadkach na wdmuchiwaniach sozojodolanu sodowego. Dr. Schwarz w Konstantynopolu zalecił pierwszy w r. 1894 wdmuchiwania sozojodolanu sodowego, jako środek skuteczny w błonicy, i przekonałem się rzeczywiście, że wdmuchiwania te w błonicy, w przypadkach rozległego zapalenia mieszkowego gardła, a szczególnie w błonicy płoniczej bardzo dobrze działają. Odniosłem wrażenie, że pod wpływem tych wdmuchiwań błony i złogi wysiękowe o wiele szybciej rozpadają się i znikają. Objawów jodzicy zaś obawiać się nie trzeba, gdyż, jak to wielu autorów wykazało, sole sozojodolowe nie wydzielają jodu w ustroju, lecz przechodzą przezeń nierozłożone. Zapisuję zwykle dla małych dzieci poniżej dwu lat: *Natr. sozojodol. Flor. sulfur. Sacch. lact.* āā 2·0, dla dzieci starszych: *Natr. sozojodol. Flor. sulf.* āā 3·0, a dla osób dorosłych czysty sozojodolan sodowy lub z małym dodatkiem kwiatu siarczanego. Wdmuchiwania stosuję kilka razy dziennie rozpylaczem balonikowym lub długą rurką, n. p. cygarniczką.

W końcu jeszcze kilka uwag na podstawie spostrzeganych przezemnie przypadków. Okres wylęgania się błonicy nie jest ściśle oznaczony, podawany zwykle na 2–6 lub 8 dni. W 5 z moich przypadków, w których mogłem pod tym względem czynić spostrzeżenia, okres wylęgania wynosił 2—7 dni[14]. Większych epidemii błonicy w czasie mego spostrzegania we Lwowie nie było; mogłem tylko stwierdzić fakt, zresztą znany, że w ostrej porze roku t. j. w jesieni, w zimie i na wiosnę przypadki błonicy i dławca zdarzają się o wiele częściej, niż w lecie. Henocha przypadki były równomiernie na cały rok podzielone, Curtius zauważył najwięcej przypadków w czasie od października do grudnia. Z moich 59 przypadków w październiku zdarzało się najwięcej przypadków, poczem następują miesiące styczeń i kwiecień. W lecie bywało najmniej, a w lipcu przez sześć lat nie miałem ani jednego przypadku. Jak inni wspominają, i ja zauważyłem, że w czasie mnożących się zapaleń gardła wogóle, a szczególnie zapalenia mieszkowego, zdarzały się także liczniejsze przypadki błonicy i dławca. Raz widziałem w jednej rodzinie, że dwoje starszych osób zapadło na mieszkowe zapalenie gardła, a w 7, względnie 11 dni później zachorowały jedno-, cztero-, i siedmio-letnie dzieci na typową błonicę gardła. Nieraz rozpoznanie z samego początku sprawia trudności i w trzech przypadkach rozpoznałem pierwotne mieszkowe zapalenie gardła, które później okazało się błonicą. Co się wreszcie tyczy wieku chorych, to autorowie podają, że najczęściej zdarza się błonica od 2—6 roku życia. Wśród moich przypadków najwięcej przypada na drugi rok życia, poczem następują 1, 3, 4 i 9 rok życia. Chorób pobłoniczych nie spostrzegałem, powikłań ze strony serca i nerek również nie. Dwa przypadki błonicy i dławca krtani wystąpiły piątego i szóstego dnia po wybuchu odry.

[14]) Raz 2 dni, raz 4, 5, 6 i 7 dni.

* * *

IV. Wyciągi.

M. Labbé. **Rola leukocytów przy wessaniu i usuwaniu ciał obcych w ustroju.** (*La Presse médicale* 1904, Nr. 64). Bez względu na to, czy substancye obce żyjące, czy też martwe dostaną się do ustroju i bez względu na drogę, którą się doń dostały, czy to podskórnie, czy do żyły, czy też drogami oddechowemi, czy przez przewód pokarmowy, zawsze ich wessaniem, rozczynieniem, przeniesieniem, przyswajaniem i usuwaniem zajmują się leukocyty. Jest to rzecz, stwierdzona zarówno co do ciał nieczynnych, jak sproszkowanego karminu, węgla, cynobru, jakoteż drobnoustrojów (Miecznikow). Liczne badania stwierdziły tosamo co do substancyj leczniczych chemicznych, jak soli rtęciowych, żelazowych, arszenikalnych itp. Leukocyty nie ograniczają się przytem do mechanicznego pochłaniania tych ciał. Wobec substancyi nierozpuszczalnych (kalomel, balsam peruwiański, trójsiarczek arsenu) podejmują one czynność rozpuszczania i przyswajania. Autor stwierdził bezpośrednie wchłanianie przez leukocyty jodu metalicznego, wstrzykniętego do ustroju i przemianę jego na połączenia organiczne. Jakkolwiek żelazo wchodzi w skład krwinek czerwonych, to jednak spostrzegano (Carles) wessanie połączeń żelaza z winianem potasowym i z jodem, dokonywane nie przez ciałka czerwone, lecz przez leukocyty. Wchłanianie leukocytowe stwierdzono również co do trujących alkaloidów, jak strychniny i atropiny. Wynik ujemny doświadczeń Carlesa co do morfiny tłómaczy się niewątpliwie brakiem odczynnika, dość czułego na ten alkaloid. Jady drobnoustrojów zostają przez leukocyty pochłonięte, zniszczone i usunięte. Z badań Carlesa nad wchłanianiem mleka i oliwy, wstrzykniętych podskórnie, wynika, że i tu dokonywa się zupełne wessanie, atoli leukocyty zdają się cierpieć pod wpływem pochłoniętych przez siebie kuleczek tłuszczowych i tem się tłómaczy powolniejsze wessanie rozczynów leczniczych oleistych, aniżeli wodnych, wstrzykniętych pod skórę. Ciałka białe wchłaniają i niszczą zwyrodniałe komórki w ustroju, które spadły do roli ciała obcego, jak naprzykład krwinki czerwone z wybroczyn. Autor wspólnie z Bezançonem zbadał doświadczalnie kolejne okresy tej fagocytozy i przeczy twierdzeniu Carlesa i Stassana, jakoby wessanie krwinek czerwonych i hemoglobiny było powodem powstawania leukocytów eozynochłonnych. Podobnie, jak krwinki, także i inne komórki w ustroju, zużyte lub bezużyteczne, ulegają wessaniu przy pomocy fagocytów. Sprawa ta dotyczy komórek mięśniowych ogona u głowaczy, oraz członków ciała u stworzeń, podlegających przeobrażeniu, jak u much, mrówek, pszczó i skorupiaków.

Skierowanie leukocytów ze wszystkich punktów ustroju w stronę ciała obcego odbywa się na podstawie chemotaksis. Wszelako leukocyty niezupełnie bezkarnie wykonują swoją czynność. Działanie substancyi obcych, trujące dla ustroju, jest również i dla nich tru-

jące, a według szczegółowych badań Maurela stopień toksyczności substancyi trujących dla ustroju jest ten sam, co dla leukocytów. Tak np. makowiec poraża ruchy leukocytów i wstrzymuje ich działanie fagocytarne, a nadużywanie makowca może być przez to samo zgubnem w przebiegu chorób, w których ustrój wytęża wszystkie swoje siły w walce z zakażeniem. Działalność leukocytów tłómaczy się bądź związkami chemicznemi ich substancyi nukleinowych z ciałami wprowadzonemi (arszenik, fosfor), bądź działaniem zawartych w leukocytach różnych fermentów, zdolnych do przyswajania ciał obcych. W ten sposób nagromadzają leukocyty w sobie wiele materyału odżywczego dla ustroju. Niektóre z nich, ustalone i uwięzione w tkance łącznej, jako tak zwane klasmatocyty, stanowią istotny zapas odżywczy. Większość leukocytów dostaje się wraz z pochłoniętemi ciałami obcemi do gruczołów chłonnych, gdzie się odbywa trawienie ciał obcych i właściwe znikanie substancyi szkodliwych zapomocą fagocytozy. Tam też nagromadzają się substancye, które nie mogły uledz strawieniu, jak np. węgiel w gruczołach oskrzelowych. W razie większej potrzeby odbywa się fagocytoza w innych jeszcze narządach, a zatem w wątrobie, nerkach i śledzionie. Leukocyty doprowadzają do jelit substancye, które tą drogą bywają wydalane, np. żelazo, one zajmują się wydalaniem arszeniku i jodu przez skórę, włosy i gruczoły. Działalność leukocytów wobec obych ciał tłómaczy nam działanie niektórych czynników leczniczych, jak sączka, żegadła i ropni, sztucznie wywoływanych w zagrożonych punktach ustroju (*abscès de fixation*), gdzie stanowią one drogę dla wydalania substancyi trujących. Jest to tak zwana leukoterapia przeciwzakaźna. *Dr. M. Blassberg.*

Posner i Cohn. **Przyczynek do rozpoznania i leczenia azoospermii.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1904, Nr. 29). Przed przeszło półwiekiem zwrócił Gossobin uwagę na stany chorobowe w przyjądrzu, które prowadzą do zatkania przewodów nasiennych; prócz tego autor ten zauważył jeszcze, że mimo zatkania przewodów nasiennych i następowej azoospermii jądro nie ulega zanikowi *ex inactivitate,* jak inne gruczoły, lecz że wytwarzają się plemniki, a następnie ulegają szybkiemu rozpadowi i zostają wessane, co wpływa bardzo dodatnio na ustrój i pozwala takim chorym cieszyć się zupełną zdolnością spółkowania. Najczęstszą przyczyną tej azoospermii bywa przebyte zapalenie obu przyjądrzy w przebiegu rzeżączki, które prowadzi do zarośnięcia przewodów nasiennych. Częstokroć nie można wybadać przebytego zapalenia przyjądrza; w każdym razie odpowiedź pewną na pytanie, czy osobnik ma w swem nasieniu plemniki, może dać tylko mikroskop. Materyału do badania można dostać także i w ten sposób, że się uciska przez odbytnicę pęcherzyki nasienne. Należy pamiętać o tem, że tak wywiady, jak i badanie miejscowe mogą nas zawieść. Z 35-ciu przypadków trzech chorych przeczyło, ażeby przebywali rzeżączkę, trzech innych twierdziło, że zapalenie przyjądrza było jednostronne: na wywiadach zatem nie zawsze polegać można. Dla stwierdzenia stanu rzeczy i ustalenia rokowania na przyszłość co do zdolności zapłodnienia, polecił Fürbringer przedewszystkiem t. zw. „badanie chirurgiczne“, polegające na otwarciu jądra, z którego bierze się nasienie w celu przekonania się o żywotności plemników. Autorowie robią zamiast tego „zbadania chirurgicznego“ nakłucie próbne jądra zapomocą strzykawki Pravaza, które jest prawie niebolesne i nie kryje w sobie żadnego niebezpieczeństwa. Wynik ujemny badania niczego jeszcze nie dowodzi, zazwyczaj potem trzeba jeszcze otworzyć jądro: jeśli się znajdzie zmienione komórki tłuszczowe i rozpad, to sprawa staje się jasna i znika nadzieja wyleczenia; jeśli się stwierdzi plemniki, to wskazanem jest usunięcie przeszkody, która tamuje im przejście przez przewody nasienne. Nasuwa się myśl wycięcia małych blizenek przewodu nasiennego i następowego jego rozszerzania, jak przy zwężeniach cewki moczowej. Zabieg ten jest wskazany, jeśli zwężenie znajduje się w przebiegu przewodu nasiennego. Jednakże to jest rzecz rzadka. Posner i Cohn próbowali tego zabiegu w pięciu przypadkach, lecz bez skutku. Jeśli zmiany znajdują się w samem przyjądrzu, to leczenie operacyjne niema podstawy z powodu znacznych zmian, jakie pozostają w przyjądrzu po zapaleniu. Jedynym sposobem, umożliwiającym przepływ nasienia, byłaby operacya plastyczna, łącząca przewód nasienny z jądrem, lub przynajmniej z głową jądra, a z wykluczeniem zarośniętych części przyjądrza. Próbowano tego zabiegu na zwierzętach, a także na ludziach w gruźlicy przyjądrza, a amerykańscy badacze ogłosili przypadek azoospermii po zapaleniu rzeżączkowem przyjądrza, wyleczony tym sposobem. W sześciu przypadkach przecięli autorowie sznur nasienny poprzecznie, przyczepili go do otwartych przewodów głowy przyjądrza; rany goiły się bez odczynu; jednakże dotychczas nie osiągnęli wyleczenia funkcyonalnego, może dlatego, że brakowało *vis a tergo.* Sprawy tej nie uważają Posner i Cohn za skończoną, przypuszczają, że w tym kierunku da się jeszcze mimo niepomyślnych prób dużo zrobić; byłoby rzeczą najważniejszą, by lekarzowi nie dostawały się przypadki zadawnione, stare, a w świeższych przypadkach należy leczyć jodem, mięsieniem według sposobu Zabłudowskiego, a następnie wstrzykiwaniami thiosinaminy, które zdaniem autorów mają przyszłość. *B. Żmigrod.*

Motschan. **Wyleczenie raka wodnego zapomocą światła czerwonego.** (*Wiener klinisch-therapeut. Wochenschrift* 1904, Nr. 21). W jednym przypadku tej choroby, dotychczas uważanej prawie za śmiertelną, zastosował autor w celu leczniczym światło czerwone. Przypadek dotyczy chłopca dziewięcioletniego, wychowanego w niekorzystnych warunkach (mieszkanie wilgotne, ciasne, zimne; jako osesek był sztucznie karmiony, cierpiał na krzywicę). W przeciągu miesiąca przebył płonicę i ospicę, a w 12 dni później wystąpiło ropienie gruczołów podszczękowych i karkowych; 59-go dnia zapadł na odrę z przewlekłem obustronnem zapaleniem płuc, a następnie ostrym nieżytem kiszkowym i ropnem zapaleniem ucha środkowego. Wreszcie wytworzył się obrzęk na policzku i owrzodzenie z wszystkiemi charakterystycznemi cechami raka wodnego. Leczenie polegało wyłącznie na zastosowaniu światła czerwonego z lampki żarowej o sile 16 świec, otoczonej szkłem czerwonem, której światło odbijało się od stożkowatego reflektora. Lampka, ustawiona w odległości 25 ctm. od powierzchni wrzodu, działała bez przerwy dniem i nocą; nagromadzoną wydzielinę wrzodu ścierano, a zresztą żadnych innych środków nie używano. Już trzeciego dnia rana była niebolesna, chory mógł otwierać usta, woń nieprzyjemna wydzieliny stopniowo ustępowała, rana była suchszą, a powierzchnia wrzodu pokrywała się stopniowo świeżą, soczystą ziarniną. Wreszcie w miejscu rany powstała gładka różowa blizna, która nie powoduje wcale zeszpecenia twarzy. Ciężar ciała, który się był zmniejszył o 4200 grm. przez czas leczenia, podniósł się o 1600 grm. Rozbierając inne sposoby leczenia raka wodnego, podnosi autor korzyści naświetlania światłem czerwonem. Jestto zabieg lekki i wygodny, nie wymaga pomocy, nie sprawia bólu, lecz owszem ból w krótkim przeciągu czasu ustępuje. Co do sposobu działania autor pewnego zdania nie wypowiada. Uważając tę chorobę za zakaźną, przypuszcza, że światło czerwone spotęgowuje odporność tkanek przeciw działaniu bakteryi. *Dr. Jan Landau.*

Bogrow i Szarkiewicz Szarszyński. **Działanie formaliny na grzyb strupnia woszczynowatego.** (*Dermatologische Zeitschrift* T. XI, Z. 5, 1904). Potrzeba zwalczania chorób grzybkowych skóry, szczególnie strupnia woszczynowatego, wywołała zastosowanie lecznicze całego szeregu różnych środków odkażających, a pomiędzy niemi także i formaliny.

Autorowie starali się zapomocą licznych doświadczeń zbadać i wyjaśnić działanie formaliny na grzyb strupnia woszczynowatego. Do doświadczeń używano włosów, zajętych strupniem, a obecność grzyba sprawdzano zapomocą hodowli na agarze 1% mięsno-peptonowym. Wogóle wykonano 50 doświadczeń z 649 włosami. Doświadczenia wykonywano w ten sposób, że włosy z grzybem wkładano do roczynu wodnego formaliny, a następnie w celu zniszczenia innych drobnoustrojów do roczynu (1: 1000) sublimatu, który nie zabija grzyba Schönleina. Okazało się z tych doświadczeń, że 5% roczyn formaliny w ciągu 2 minut grzyba nie zabija, dłuższe działanie formaliny, n. p. pięciominutowe, powstrzymuje znacznie rozrost i rozmnażanie się grzyba, zaś 15—20 minut wystarcza dla zabicia grzyba. Bezpośrednie zastosowanie formaliny na części głowy, zajęte strupniem woszczynowatym, nie daje zadawalniających wyników, gdyż tłuszcz, pokrywający włosy, przeszkadza zetknięciu się wodnego roczynu formaliny z grzybem, usadowionym między korzeniem włosa, a jego pochewką. Aby te przeszkody usunąć, oczyszczano część głowy, na której wykonać zamierzano doświadczenie, zapomocą 1% maści formalinowo-waselinowej, 80% wyskoku i eteru. Potem stawiano na tej części głowy walcowate naczynie bez dna, do którego wlewano roczyn formaliny, poddając w ten sposób przez 10—25 minut miejsce zajęte grzybem działaniu płynu. W końcu próbowano u chorych na strupień woszczynowaty używać roczynu wyskokowego formaliny i pary formaldehydu zapomocą przyrządu odkażającego Ehrenburga. Jednak i te próby dały wynik ujemny.

Na podstawie tych doświadczeń autorowie dochodzą do następujących wniosków: 1) 5% wodny roczyn formaliny zabija grzyb Schönleina w hodowli w dwudziestu minutach, być może jednak, że ten skutek mógłby nastąpić i w krótszym czasie. 2) Działanie formaliny mogą osłabiać mechaniczne przeszkody, jak rozdrobnienie grzyba w pożywce lub bardzo zbita, gruba warstwa grzybni. 3) Części włosów, zajęte grzybem, tkwiące w skórze głowy, nie podlegają działaniu formaliny (prawdopodobnie z powodu tłuszczu włosowego). 4) Używanie formaliny nie przynosi korzyści w leczeniu strupnia woszczynowatego. *Dr. Stopczański.*

Kose. **Przyczynek do poznania wpływu nikotyny na serce.** (*Sbornik klinický* č. 6, 1904). Według badań Kl. Bernarda i Traubego nikotyna działa na serce przez pośrednictwo nerwu błędnego, z początku go podniecając (zwolnienie tętna), a następnie porażając (przyśpieszenie). Badania te rozciągnęli przytoczeni autorowie na gałązki przyśpieszające nerwu spółczulnego. W celu udowodnienia, że nikotyna wywiera swój wpływ z początku podniecający, a następnie porażny na nerwy przyśpieszające (nerw spółczulny), a zwłaszcza wpływa na zwój gwiazdzisty (*ganglion stellatum*), Kose przedsięwziął doświadczenia na trzech psach kuraryzowanych. Po oddzieleniu wspomnianego zwoju przez przecięcie jego połączeń z nerwami rdzeniowymi, stosował on na zwój jednoprocentowy roztwór nikotyny. Bezpośrednio potem wystąpiło przyśpieszone bicie serca; lecz faradyzacya gałązek przedzwojowych nie wywołała już jak przedtem objawów przyśpieszenia, które wystąpiły wybitnie, gdy podniecano gałązki pozazwojowe, przebiegające od zwoju do serca. Zatem komórki nerwowe zwoju zostały po krótkim okresie podniecenia porażone przez nikotynę. Z tego wynika, że zamierzając wyjaśnić przyśpieszenie ruchów serca po zatruciu nikotyną, należy uwzględnić w szerokiej mierze wpływ tego alkaloidu i na nerwy przyśpieszające (nerw spółczulny). Według zdania autora działanie nikotyny na serce jest kombinacyą jej wpływu na nerw błędny i na nerw spółczulny: działanie to naprzód jest podniecające, a następnie porażne; włókna tamujące ulegają naprzód podnieceniu, a później porażeniu. Podniecenie włókien przyśpieszających (spółczulnych) występuje później, niż włókien nerwu błędnego, z powodu większej odporności pierwszego. Przyśpieszenie zatem tętna jest wynikiem porażnego działania nikotyny na nerw błędny i podniecającego na nerw spółczulny. W okresie dalszym, kiedy nerwy przyśpieszające są porażone, nerwy błędne mogą już powrócić do stanu prawidłowego i współdziałać w zwolnieniu częstości tętna. Na końcu tego okresu częstość tętna jest mniejsza, niż była przed zatruciem. Bodziec, dążący z ośrodków rdzeniowo-opuszkowych ku obwodowi, spotyka na swej drodze przeszkodę w zwoju nerwu spółczulnego, którego komórki zostały porażone trującem działaniem nikotyny, jak to zostało stwierdzone trzema doświadczeniami autora. *A. K.*

E. Pollak. **Rzeżączka przycewkowych przewodów u kobiet.** (*Centralbl. f. Gyn.*, Nr. 9, 1904). Autor podaje wyniki badania przycewkowych przewodów (gruczołów Skenego), przypominających gruczoł krokowy u mężczyzn. Badania wykonał u 100 kobiet, których wydzielina cewki moczowej zawierała dwoinki rzeżączkowe. U 25% kobiet, dotkniętych przewlekłą lub podostrą rzeżączką, stwierdził w wydzielinie nadzwyczaj liczne dwoinki rzeżączkowe. W 45% wszystkich przypadków można było stanowczo wykazać dwoinki rzeżączkowe w wydzielinie przewodów przycewkowych. Wobec tego wskazanem jest przy badaniu ginekologicznem zwracać więcej uwagi także na treść gruczołów Skenego. Autor kończy opisem przypadku, w którym nastąpiło zarażenie się obojga małżonków za pośrednictwem dwoinek rzeżączkowych, które pozostały w gruczołach Skenego i zachowały swoją jadowitość. *Baschkopf.*

Köhl. **Przypadek śmiertelnego zatrucia „herbatą nasenną“.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 30). Podczas gdy w Austryi obecna ustawa karna (§ 377) uważa stosowanie odwaru makówek u dzieci za występek, względnie za wykroczenie, w Bawaryi podręczna sprzedaż makówek, przynajmniej dojrzałych, i syropu makowca (*fructus papaveris maturae* i *syrupus papaveris*) są dozwolone i jako „herbata i sok nasenny (*Schlafthee und Schlafsaft*)“ znajdują się w handlu. W niektórych okolicach sprzedają tam tę herbatę nawet po sklepach. Przypadek Köhla dotyczył 9-miesięcznego zdrowego dziecka, które rodzice napoili wieczorem herbatą nasenną i poszli na kiermasz. Zawezwany na drugi dzień rano, w 14 godzin po wypiciu tej herbaty, stwierdził K. wybitne objawy ostrego zatrucia makowcem i mimo wszelkich wysiłków i stosowania różnych środków podniecających, dziecko w niespełna trzy godziny umarło. Autor oświadcza, że nie wie, z jakich powodów zaprzestano śledztwa sądowego, wdrożonego przeciw rodzicom, obwinionym o zabójstwo, spowodowane brakiem ostrożności. *Dr. Fels.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Herba Tradescantiae erectae. Roślinę tę amerykańską poleca Simonin jako znakomicie tamującą krwotoki. Używa jej w postaci liści świeżych sproszkowanych lub 20% odwaru zasuszonej rośliny zewnętrznie i wewnętrznie. Dobre wyniki osiągnął S. w silnem krwawieniu z nosa lub po operacyi polipów usznych. Szczególną zaletą jest nieszkodliwość i łatwość stosowania. (*E. Merk's Jahresbericht*, 1904). *Baschkopf.*

Kreozotal podawał Prof. Angyán, (*Budap. orvosi Kijsag.* 1903) w 28 przypadkach włóknikowego zapalenia płuc. We wszystkich przypadkach spadała gorączka najdalej po 36 godzinach, przybierając tor przerywany lub zwalniający i wcześniej, niż zazwyczaj, ustając zupełnie, a wznosząc się tylko w razie powstania nowych ognisk zapalnych. Kaszel miał się po kreozotalu zmniejszać, a wykrztuszanie stawało się łatwiejsze. Szkodliwego ubocznego działania kreozotalu nie zauważono, mocz tylko przybierał barwę czarno-zieloną, a ilość jego zmniejszała się; do bezmoczu nigdy nie doszło. 25 chorych opuściło szpital w ciągu 3 tygodni, pozostałych trzech po 28—30 dniach. A. sądzi, że choć kreozotal nie może powstrzymać typowego rozwoju choroby, to jednak zdoła osłabić jadowitość zarazka i to tem wybitniej, im wcześniej go podawać zaczęto. A. podaje duże dawki kreozotalu, bo po łyżeczce trzy razy dziennie (= 15 gr.). *Ah.*

Leczenie liszaja żrącego błony śluzowej nosa zapomocą **kw. pirogalusowego** poleca Wittmaack. Po oczyszczeniu wrzodów zapomocą łyżeczki z mas nekrotycznych i zakokainizowaniu przykłada się gazę, powleczoną maścią pirogalusową, z początku 10%, później 20%. Odpowiednio długi kawałek cewnika celuloidowego, który pokryto paskiem gazy z maścią pirogalusową, wsuwa się dosyć mocno między dolną muszlę i przegrodę nosową, a naokoło cewnika wsuwa się następnie tampony waty, posmarowane tąż maścią, które odnawia się po 24 godzinach. (*Münchener medic. Wochenschrift*, str. 1330, 1903). *Baschkopf.*

Tigenolu używał Brings (*Wiener klin. Rundschau* 1904, Nr. 18) w rozmaitych przypadkach i zauważył jego skuteczność: w gośćcu stawowym ostrym (pędzlowanie tigenolem czystym lub napół z gliceryną), w wypryskach (10—20% maść), w oparzeniach i odmrożeniach (pędzlowania czystym tigenolem), we wrzodach podudzia (30% maść), w odleżynie, w ozenie (tampony, napojone 30% glicerynowym roztworem tigenolu), w rwie kulszowej (wcieranie tigenolu). Brings przekłada tigenol nad ichtyol. *Ah.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 1 czerwca 1904 r.

Przewodniczący kol. prof. Nowak. Obecnych członków 31.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Bogdanik przedstawił chorego, u którego zamknął przetokę kałową, powstałą po wykonanej z powodu przepukliny zgorzelinowej operacyi Helfericha.

III. Kol. prof. Kader przedstawił i omówił szereg przypadków operowanych w ostatnich czasach w klinice chirurgicznej:

1) Chorą ze śledzioną wędrującą, u której nastąpił skręt szypuły 4 razy o 360° z objawami niedrożności jelit i zapalenia otrzewnej. Cierpienie rozpoznano przed operacyą. Śledziona znacznie zmieniona (objawy dużego zastoju żylnego i poczynającego się obumarcia), złogi włóknikowe na otrzewnej, wysięk mętny, krwawy w jamie brzusznej zrosty pomiędzy siecią, jelitami i śledzioną. Wycięcie śledziony — zaszycie rany. Chorą leczono wstrzykiwaniami surowicy przeciwropniczej Bujwida. Obecnie ma się ona zupełnie dobrze. Krew wykazuje typowe zmiany, t j. zmniejszenie się ilości hemoglobiny i ciałek czerwonych. Liczba ciałek białych przed operacyą 24.000, po operacyi leukocytoza neutrofilna 80.000 spadała stopniowo aż do 6000 w chwili obecnej.

2) Przypadek prawostronnej nerki wędrującej u 29 l. kobiety. Wyczuć można było tylko dolną połowę nerki, a w niej guzek twardy, robiący wrażenie kamienia lub nowotworu. Cięciem sekcyjnem Zondeka rozciął prelegent przy operacyi nerkę i przekonał się, że guzek ten jest nowotworem wielkości orzecha laskowego. Wycięcie klina z nerki, zeszycie jej i przyszycie do 12 żebra. Chora ma się zupełnie dobrze i idzie po 3 tygodniach choroby do domu. Rozpoznanie drobnowidowe (kol. Gliński): *angiosarcoma.*

3) Trzy przypadki kamicy żółciowej:

a) dotyczący młodej kobiety. Bóle atypowe w okolicy wątroby, brak żółtaczki i kolki. Przy operacyi wydobył prelegent 36 drobnych kamieni. *Cholecystectomia.*

b) Typowa kolka u chorej w kilka lat po cystotomii, wykonanej przez ś. p. prof. Obalińskiego. Kamieni nie znaleziono, tylko liczne zrosty. *Cholecystectomia.*

c) Otok woreczka żółciowego z kamieniami. Chora obecnie rok po operacyi (*cholecystectomia*) ma się zupełnie dobrze.

Prelegent przemawia za każdorazowem wycięciem woreczka żółciowego.

4) Przypadek raka krtani u 37 l. mężczyzny. Wycięcie całkowite krtani i gruczołów. Chory mimo braku połączenia tchawicy z ustami mówi zasobem powietrza w ustach szeptem tak, że na kilka kroków można go zupełnie dobrze zrozumieć.

Chory, operowany przed 3 l. z tych samych powodów, mówi obecnie szeptem bardzo wyraźnie tak, że go przez długość pokoju można swobodnie zrozumieć.

5) Przypadek ciała obcego (łupina z orzecha laskowego) w przełyku. Dziecko 14-miesięczne przywieziono do kliniki w 1 godziny po połknięciu. Duszność, kaszlu brak, skłonność do wymiotów. Badanie laryngologiczne wykazało, że na przestrzeni do strun głosowych niema nic; poniżej nic można było widzieć. Palec w połyku nie wykazuje nic. Ezofagotomia po stronie prawej (po lewej były na ramieniu wrzody wskutek szczepienia). Kleszcze przechodzą w obie strony — do ust i żołądka — swobodnie, podobnie palec wprowadzony ku wpustowi. Z powodu duszenia się i zamartwicy (*asphyxia*) *tracheotomia inferior* i sztuczne oddychanie. Ciała obcego w tchawicy niema; natomiast skombinowane badanie palcami od ust i rany na szyi wykazuje łupinę wbitą w górną ścianę przełyku. Dren przez nos do żołądka celem odżywiania dziecka. Zeszycie przełyku katgutem, tamponada. Chwilowo stan dziecka o tyle był groźny, że wystąpiło obustronne zapalenie płuc. Obecnie niebezpieczeństwo minęło.

W tem półroczu operował prelegent jeszcze jeden przypadek (połknięcie protezy zębowej) ze skutkiem pomyślnym również przez ezofagotomię. Ogółem operował 6 razy, wszystkie przypadki ze skutkiem pomyślnym.

Dzieci ezofagoskopować nie można.

Sondować przy ostrych ciałach nie wolno.

6) Przypadek nowotworu (rak) szczęki dolnej. Resekcya połowy szczęki; odżywianie chorego po operacyi sondą, wprowadzoną na stałe przez nos. Stan dobry.

7) Przypadek porażenia kończyn dolnych po *poliomyelitis anterior*. Plastykę ścięgien i nerwów wykonał prelegent przed $3^1/_2$ laty. Prelegent był pierwszym, który nerw porażony przeszczepiał i przyszywał do nerwu zdrowego. Operował tak 3 przypadki (przyszycie nerwu strzałkowego do nerwu goleniowego).

8) Sposoby leczenia (opatrunki i przyrządy), używane w klinice krakowskiej w zapaleniu stawu biodrowego (demonstracya chorych).

Opatrunek Dollingera zaopatruje prelegent u dołu zamiast strzemienia dwoma deszczułkami podłużnemi, wmurowanemi w gips, a jedną poprzeczną, tworzącą między niemi strzemię. Kombinacya ta jest bardzo praktyczna, lekka i tania.

Przyrządy Hessinga zmodyfikował prelegent przez dodanie pasa biodrowego sięgającego wysoko, połączonego częścią nożną zapomocą dwóch szyn (demonstracya). Unieruchomienie stawu jest bezwzględne i wyniki bardzo dobre.

IV. Kol. Klęsk omawia 7 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, pozostających obecnie w klinice, a o kilku innych ciekawszych wspomina kazuistycznie. Kwestya, którą prelegent chce głównie poruszyć w swem przemówieniu, jest czekanie w czasie napadu lub przeczekiwanie tegoż. Według wielu chirurgów najlepsze wyniki daje operowanie w pierwszych 24 godzinach; im operuje się później, tem zwykle rokowanie gorsze. Ilustruje to przypadek, który zakończył się śmiertelnie przed kilku dniami w klinice. Chory przywieziony został w 7 dniu choroby, ciepłota 37·3°, tętno 116, dobre. Po naradzie z internistami postanowiono czekać; na trzeci jednak dzień wystąpiły silne objawy niedrożności, leukocytoza na granicy ropienia (22—25 tysięcy).

Operacya: Otworzono ropień, znajdujący się tuż pod powłokami brzusznemi, wielkości orzecha włoskiego. Niedrożność jelit po operacyi utrzymywała się stale; 7-go dnia pobytu w klinice, przy ciągle wzrastającej leukocytozie otworzono ropień na lewym talerzu biodrowym, z którego prowadziły 3 zaułki między pętle jelit w głąb. Chory dostał zapalenia płuc i mimo wszystkiego zakończył życie. Sekcya wykazała liczne ropnie pomiędzy jelitami i pod wątrobą. Przypadek ten, gdyby był wcześniej operowany, byłby zapewne miał przebieg pomyślny. Objawy kliniczne zawodzą często.

Prelegent demonstruje chorego, u którego ciepłota, tętno, regularny stolec, dobry stan ogólny i mała bolesność w okolicy wyrostka przemawiały przeciw operacyi. Leukocytoza jednak wynosząca 30 tysięcy, utrzymująca się stale skłoniła do operacyi, podczas której znaleziono duży ropień.

Zwykle powinno się operować na zimno najwcześniej w 4—6 tygodni po napadzie, gdyż jak wykazały badania Kocha, ropa bywa wtedy zwykle jałową. W ten sposób operowano w klinice właśnie 2 chorych (demonstracya) po napadzie. Znaleziono ropę zagęszczoną, która mikroskopowo i na zwykłych pożywkach okazała się jałową; podobnie przebieg pooperacyjny u tych chorych jest całkiem aseptyczny. Rany — naturalnie — tamponowano.

Leukocytoza jest bardzo dobrym wskaźnikiem rozpoznawczym w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Liczba ciałek białych ponad 25 tysięcy każe już podejrzywać ropienie. Pamiętać jednak należy o tem, że w samym początku możemy spotkać leukocytozę, dochodzącą i do 40 tysięcy, choć ropy niema; leukocytoza ta jednak ustępuje bardzo szybko. Powinno się też badać systematycznie, t. j. 2 razy na dzień o tej samej porze i przez kilka dni z rzędu. U 2 chorych, operowanych w pierwszych 48 godzinach choroby, znaleziono u p. leukocytozę raz 35 tysięcy, raz 26 tysięcy, mimo wysięku surowiczego. W razie małej leukocytozy, a groźnych objawów klinicznych operować mimoto się powinno, gdyż często spotkać można wtedy już zgorzel wyrostka, albowiem ustrój nie miał już widać siły bronić się leukocytozą.

Od początku prowadzenia kliniki przez prof. Kadera operowano ogółem 48 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, 22 mężczyzn, 26 kobiet: 4 zaś pacyentów oprócz tego nie zgodziło się na zabieg. Umarło 8. Mianowicie: 4 z powodu dziurawiącego zapalenia otrzewnej, z którą zostali już przywiezieni do kliniki; 1 operowany na gorąco, z powodu ropnia następowego w trzustce; 1 operowany na zimno, z powodu porażnej niedrożności jelit, 1 operowana (chora wstała w nocy po operacyi z łóżka i chodziła po sali) z powodu zapalenia otrzewnej. Na gorąco operowano 12 razy (śmiert. 16%); na zimno: ropne 14 razy (śmiert 0%), bez ropy 20 razy (śmiert. 10%).

V. Kol. Przybylski przedstawił

1) Przypadek operacyjnego uruchomienia prawego stawu łokciowego u 27 l. pacyentki z zesztywnieniem tego stawu w następstwie złamania kości ramieniowej, z równoczesnem zwichnięciem kości łokciowej ku tyłowi. Złamanie nastąpiło przed kilku miesiącami; kończyna była w łokciu zupełnie unieruchomiona pod kątem 170° (*ankylosis ossea*). Operacya polegała na wyrzeźbieniu nowego stawu łokciowego bez powierzchni chrząstkowej, amputacyi główki kości sprychowej i ustaleniu kończyny w gipsie na przeciąg 10 dni, po którym to czasie rozpoczęto ruchy bierne, masaż i zastosowano przyrząd, automatycznie działający pod względem zginania. Obecnie ruchy czynne stawu w granicach 60°.

2) Młodą dziewczynę, u której w następstwie rozległego poparzenia skóry ręki w pierwszych latach życia przyszło do wytworzenia się bliznowatego przykurczenia palców. Grzbiet palców ręki przyrosły prawie do grzbietu stawu nadgarstkowego, palce pomiędzy sobą zrośnięte. Po wycięciu blizny, usunięciu płetw pomiędzy palcami i pokryciu plastycznem ubytków na palcach, wszył prof. Kader rękę popod płat skórny brzucha w celu pokrycia znacznego ubytku na grzbiecie ręki, i w tem kieszonkowatem zagłębieniu pozostawił rękę przez przeciąg 6 tygodni, po którym to czasie płat się przygoił i został od skóry brzucha odcięty. Chora, która nigdy w życiu nie używała ręki, obecnie jest w stanie wykonywać niektóre prace palcami.

VI. Kol. Staszewski przedstawił

1) 8 przypadków wrodzonych stopy kopyto-szpotawej (*pes equinovarus congenitus*) u dzieci w wieku od 7 miesięcy do 5 lat w różnych stadyach leczenia. Widoki wyleczenia są tem pewniejsze, im się wcześniej leczenie stosuje. U noworodków wykonuje się codzienne prostowanie ręczne z następowem utrzymywaniem w nowem położeniu zapomocą plastrów; u dzieci starszych plastykę ścięgna Achillesa z następowem prostowaniem ręcznem i ustaleniem w gipsie. Tenotomię stosuje się w klinice rzadko, gdyż nie prowadzi ona do pożądanego celu. Po tendoplastyce zakłada się opatrunek gipsowy na 9—14 dni, poczem po wyjęciu szwów ustala się kończynę w hiperkorekcyi w opatrunkach gipsowych. Pod gips daje się w klinice podeszewki tekturowe, podtrzymywane zapomocą plastra (leukoplast Beiersdorfa), a mające

ten cel, by przy chodzeniu gips się nie obsuwał i nie załamywał, lecz tworzył równą powierzchnię, na której pacyent stąpa. Po skończeniu leczenia w celu zapobieżenia możliwemu nawrotowi poleca się pacyentom noszenie trzewików, utrzymujących nogę stale w pronacyi. (Demonstracya modeli gipsowych, fotografii i trzewików).

Leczenie stopy kopyto-szpotawej u dorosłych demonstruje prelegent na pacyencie, lat 25 liczącym, u którego po 18 miesięcznem leczeniu udało się w zupełności zboczenie usunąć. Leczenie polegało w tym przypadku na plastyce ścięgna Achillesa, przecięciu podskórnem powięzi podeszwowej, złamaniu umyślnem i ustaleniu nogi w opatrunku gipsowym. W 14 zaś miesięcy potem wycięto z 2 podłużnych cięć na grzbiecie stopy podokostnowo kliny z kości skokowej, sześciennej i czółenkowatej i usunięto główkę piątej kości śródstopia, poczem udało się w zupełności poprawić położenie nogi tak, że obecnie pacyent nosi jednakie obuwie na obu nogach, a jedyną niedogodnością jest pewna sztywność w stawie skokowym, która pod wpływem mięsienia i kąpieli z biegiem czasu zupełnie ustąpi.

2) Pacyenta, u którego wskutek cięcia pałaszem przecięte zostały nerwy łokciowy i średni, z mięśni zaś wszystkie oprócz długiego i krótkiego wyprostnego palucha, odwodzącego palucha i wyprostnego sprychowego nadgarstka; staw nadgarstkowy został otworzony. Prelegent zeszył na jednem posiedzeniu rzeczone ścięgna, mięśnie i nerwy; rana zagoiła się zupełnie dobrze, funkcya ruchowa wróciła w zupełności; czucie zaś przez przeciąg $2^1/_2$ miesięcy poprawiło się do tego stopnia, że wykazać można znieczulenie tylko po zewnętrznej stronie palca małego.

VII. Kol. Schlank przedstawił przypadek dziedzicznego zrostu palców (syndaktylii) na obu rękach, operowany z zupełnie dobrym kosmetycznym wynikiem u 20 letniej pacyentki.

(*Streszczenia własne*).

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

VII. Krynica, jej rozwój i jej obecne potrzeby.

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

VII. Klimat — urządzenia higieniczne.

Klimat odpowiedni dla ustroju jest środkiem leczniczym, który od dziesiątków lat nabiera coraz donioślejszego znaczenia w leczeniu chorób przewlekłych, jako też w leczeniu zapobiegawczem. Krynica posiada klimat podgórski, lekko pobudzający, orzeźwiający i wzmacniający. W gospodarce zdrojowiska powinno się taką samą baczność zwracać na klimat, jaką się zwraca na zdroje, kąpiele i inne leki, gdyż dla znacznego odsetka chorych jest on jedynym swoistym lekiem, dla innych zaś chorych jest lekiem współdziałającym. Warunki klimatyczne Krynicy powszechnie uznano za bardzo korzystne. Te warunki są wytworem samej miejscowości, zatem zdawałoby się pozornie, że tę sprawę można pominąć milczeniem. Tymczasem tak nie jest. Wprawdzie za ten lek ludzie bezpośrednio nie płacą, ale płacą pośrednio, bo wiele rodzin i osób pociąga on sam przez się na leczenie klimatyczne, podgórskie, a nie górskie, jakiem jest n. p. Zakopane; przytem jest on dla Krynicy doniosły, bo jest dzielnym sojusznikiem w współubieganiu się zwłaszcza z Francensbadem, dla tego zasługuje, by się nad nim zastanowić. Warunki klimatyczne zależą od położenia geograficznego, wzniesienia nad poziom morza, a tem samem ciśnienia barometrycznego, od położenia topograficznego, stanu zachmurzenia nieba, deszczów i ilości opadu. Tych warunków człowiek zmienić nie może, ale wiele wpłynąć może na dobre warunki, mianowicie: na grunt, czystość powietrza, ilość ozonu, ciepłotę i wilgotność powietrza i na wiatry. Na te ostatnie w okolicy górskiej najwięcej wpływa położenie topograficzne danej miejscowości, mianowicie mniejsze lub większe zasłonięcie górami, lub też otwarcie drogi swobodnej ruchowi powietrza w długich otwartych wąwozach lub dolinach. Patrząc na mapę topograficzną Krynicy, to z góry orzec można, że tutaj znacznie przewazają wiatry południowe, bo w tym kierunku jest na parę kilometrów długi wąwóz otwarty, następnie częste, ale słabe będą wiatry północne, bo wąwóz się skręca i wznoszą się liczne wzgórza; nie wiele jest wiatrów zachodnich, bo przed nimi osłania Krynicę góra Krzyżna, a prawie żadnych niema tu wiatrów wschodnich, bo ich niedopuszcza tuż leżąca stroma góra parkowa (741 m), a dalej na wschód Huzary (728). Z mej klimatologii Krynicy (rok 1883) podaję tutaj średnie z 4 lat.

Kierunek wiatrów w odsetkach.

	Poł.	Pół.	Z.	W.
Maj	52·6	40·7	6·1	0·4
Czerwiec	63·4	28·3	8·2	0·0
Lipiec	53·7	40·2	5·3	0·5
Sierpień	51·6	43·2	5·1	0.0
Wrzesień	50·1	45·3	4·4	0·0
Średnio	54·5	39·5	5·8	0·2
w Krakowie	14·0	19·8	42·0	22·2
Różnica	+40·5	+19·7	—36·2	—22·0

Wobec wiatru południowego jesteśmy bezsilni, bo otwartego wąwozu zamknąć nie jesteśmy w stanie, ale ten wiatr, jako cieplejszy, mniej jest przykrym, niż północny, który jest częstym gościem, bo 39·5 na sto. Ten możemy jeszcze znacznie złagodzić przez ochronę lasów i zalesianie szczytów gór na północ leżących: Jasiennika, Kawryłakówki i Jaworzyny. Ale bezpośrednio dla zakładu najważniejszem jest zalesienie zboczy od góry Krzyżnej, oraz całego siodła graniczącego z wsią Słotwiny.

Nie wątpię że takie zalesienie szczytów gór napotka na wielkie trudności, gdyż one należą do obcych gmin, do różnych właścicieli, ale jest ono koniecznem i z tego względu, że skoro się przeprowadzi kosztowną regulacyę Kryniczanki i jej dopływów, to jedno oberwanie się większej chmury na nagie szczyty może odrazu zniszczyć ten duży nakład pieniędzy i pracy. Tę sprawę zalesiania szczytów należy prowadzić różnemi drogami: już to bardzo usilną ochroną lasową, już też zapomocą osobnej ustawy, ochraniającej zdrojowiska, a także przez wykupno lub wymianę. Rząd posiada tutaj liczne grunta, łąki, lasy: Sucha, Romanówka Zaborbem. W tych niewątpliwie znalazłoby się wiele takich przestrzeni, które bez szkody dałyby się wymienić na grunty i lasy, potrzebne do ubezpieczenia zdrojowiska.

Zalesienie góry Krzyżnej możliwie jak najniżej, zalesienie góry ponad kościołem, urządzenie ogrodów na „Kobylej górze“, zdrenowanie Edwardówki, zdrenowanie a względnie urządzenie należytego stawu na Łętówce, zdrenowanie i wyrównanie Janówki, to wszystko są zadania, zmierzające do podniesienia klimatu Krynicy, bo przez to jeszcze więcej zmniejszy się wahanie ciepłoty powietrza (8·8 — w Krakowie 12·1) i wahanie się jego wilgotności (7·5 — w Krakowie jest 23·4), oraz podniesie się jeszcze ilość ozonu (4·6 — w Krakowie 3·6).

Poprawę warunków klimatycznych, a względnie higienicznych, w samym środku zakładu znacznie się podniesie przez usuwanie tych starych budynków mieszkalnych, które setkom i tysiącom ludzi, zgromadzonym przy zdroju i domu zdrojowym tamuje dostęp powietrza z parku. W przyszłym rozwoju zdrojowiska ważną odgrywa rolę usunięcie rudery zwanej „Pod zamkiem“. Tutaj żaden budynek stać nie powinien prócz chodnika krytego ze zdrojem głównym. Także teatr w obecnem miejscu stać nie powinien w przyszłości, ale powinny tu być urządzenia ogrodowe, złączone z takiemiż urządzeniami wokoło łazienek borowinowych, które tam mają wkrótce stanąć, oraz złączone w jednolitą całość z Janówką.

W kierunku podniesienia warunków klimatycznych w ostatnich latach dokonano ważnej sprawy, gdyż wykupiono grunty, oddzielające park od lasów Wojnaczki, za sumę 10.000 zł. i częściowo już je zalesiono. Przez ten nabytek park krynicki, złączony z Wojnaczką, stał się blizko trzy razy większy, niż był poprzednio. Duże zaś lasy Romanówki ciągną się dalej; w nich są również przeprowadzone chodniki, a przedziela je tylko droga, prowadząca do Tylicza.

W dalszej arundacyi gruntów należy mieć na oku zarówno poprawę klimatu, jakoteż możność do dalszego rozwoju zdrojowiska. Ku temu celowi nadaje się cała droga, prowadząca do Tylicza w długości około 2 kilometrów, oraz zaciszny a bardzo miły wąwóz, prowadzący na lewo od tej drogi do lasów rządowych, zwanych Zahorbem. Topograficzne położenie Krynicy jest tego rodzaju, że w warunkach dla zdrowia bardzo korzystnych może się tu pomieścić kilkadziesiąt tysięcy ludzi, bo liczne dłuższe lub krótsze wąwozy, mniej lub więcej otwarte, ale korzystnie górami osłonione, a przylegające do lasów, wiją się tutaj w rozmaitych kierunkach, wszystkie wznoszą się pod górę, wszystkie leżą względnie blizko od środka zakładu, a niema tu większych równin, na którychby mogło nastąpić zbyt gęste zabudowanie, jak się to stało w Zakopanem.

Obok doskonałych warunków klimatycznych, byt zdrojowiska zależy także od doskonałych warunków higienicznych. W tym względzie stan w Krynicy o tyle jest możliwy, o ile o niego dbają poszczególne jednostki, ale urządzeń na większą skalę nie poczyniono żadnych. Rząd o tem coś myślał na obszarze dworskim, ale te urządzenia i w wykonaniu i w dalszem prowadzeniu zadowalniać nie mogą. Jednostki przedsiębiorców, a nawet gmina jako taka jest tutaj bezsilna, bo ta podwalina bytu zdrojowiska i zabezpieczenie jego przyszłego rozwoju wymaga dużych nakładów, które może i powinien uskutecznić rząd i kraj wspólnemi siłami, a działać będzie we własnym interesie. Wchodzą tu w grę ściśle związane trzy najważniejsze urządzenia:

Regulacya Kryniczanki kosztem około 100.000 zlr.
Kanalizacya . . . . 150.000 „
Wodociągi dla domów nie rządowych 150.000 „
Razem 400.000 zlr.

Suma to bardzo poważna, a kapitał względnie nie da odsetków. Ale jest to kapitał taki sam, jaki się wkłada w fundamenty przy budowie domu. Zdrojowisko bez należytych, a gruntownych urządzeń higienicznych istnieć nie może, bo musi stracić kredyt u publiczności, a zatem dać mu je należy. Plany regulacyi Kryniczanki wraz z jej dopływami aż do źródeł opracowało bióro techniczne w Samborze i wraz z kosztorysem wysłało do ministerstwa rolnictwa 15 kwietnia 1901 roku L. 275 i tam one leżą spokojnie od 4 lat. Koszt tych robót obliczono na 73000 złr. Tę sumę podniosłem o 27.000 złr. z tego względu, że przy samej regulacyi okaże się potrzeba znaczniejszych wkładów w celu przeprowadzenia dróg brzegiem rzeki w samym zakładzie, i w celu regulacyi placów, zdobytych przez ujęcie w murowane ramy koryta rzeki, mających wielką wartość, ale nie dających renty i t. p. Jeżeli przyjmiemy, że koszt samej regulacyi rzeki ponosi w równych częściach państwo i kraj, to na ten ostatni przypaba36.500 złr., a na rząd przypadnie 36.000+27.000=63 500 złr. Kapitał, potrzebny na kanalizacyę, oceniając według podatku domowo-czynszowego, należałoby podzielić na rząd 37.500 złr., a na kraj 112.500 zlr. W końcu kraj musi ponieść koszt wodociągów, które mają być zaprowadzone wyłącznie dla gminy zdrojowej z przymusem, że wszyscy właściciele muszą się zaopatrywać w wodę wodociągową, za którąby opłacali możliwie najmniejszy podatek, n. p. 2 zlr. od pokoju Na te inwestycye potrzeba, by dał rząd 101 000 złr. a kraj 299.000 zlr. a wtedy będzie

Obciążenie państwa i kraju inwestycyami higienicznemi w przyszłych 25 latach (w 5 leciach).

kraj				państwo
5-lecie	4% od wkładu złr.	Dochód z wodociągów złr.	niepokryto złr.	niepokryto złr.
I	59800	175: 0	42300	20200
II	59800	22000	3780)	20200
III	59800	28000	31800	20200
IV	59800	36000	23800	20200
V	59800	46000	13800	20200
		Razem	149500	101000

Temi inwestycyami higienicznemi pierwszorzędnej dla bytu i rozwoju zdrojowiska doniosłości poniósłby rząd w przyszłych 25 latach straty w odsetkach 101.000 złr., kraj zaś poniósłby tę bezpośrednią stratę w odsetkach jeszcze większą, bo 149.500 złr. Te straty wyraźnie określam, jako bezpośrednie, gdyż pośrednio tak dla państwa, jak dla kraju, te wkłady samym rozwojem interesu i jego opodatkowaniem przyniosą znaczne dochody, co łatwo można obliczyć, wyłączając gminę wiejską.

Podatki i dodatki krajowe w przyszłych 25 latach (w 5-leciach)

5-lecie	Podatki złr.	więcej niż obecnie złr.	Dodatki 103% złr.	więcej niż obecnie złr.
I	75701	16745	77972	17248
II	89049	30083	91720	30996
III	113981	55035	117400	56676
IV	145877	86921	150253	89529
V	186722	127766	192323	131599
	611330	316550	629668	326048
Niepokrycie inwestycyi		101000		149500
Zwyżka dochodu		215550		176548

Jeżeli zdrojowisko przez poczynione wkłady w urządzenia higieniczne będzie miało warunki do dalszego należytego rozwoju, to rząd po opłaceniu 4% od włożonego kapitału po 25 latach w nadwyżce podatków będzie miał zysku 215.550 złr. a zaś kraj w dodatkach będzie miał zysku 176.548 złr., oprócz zysków w wielu innych kierunkach. Czyli po 25 latach cały wkład się zamortyzuje, a zyski coraz większe stale wpływać będą.

VIII. Rentowność kąpieli.

W poprzednich rozdziałach przedstawiłem potrzebę budowy łazienek tak mineralnych, jak borowinowych, jakoteż różnych innych, oraz zakładu wodoleczniczego i to w liczbach jaknajdalej sięgających, nie licząc się z wkładami, a tylko miałem na myśli, aby zdrojowisko Krynicy zaopatrzyć w taką obfitość wanien, iżby chorzy mogli się kąpać bardzo wygodnie, wygodniej, niż gdzieindziej, czyli aby prowadzili swe kuracye kąpielowe w najkorzystniejszych warunkach leczniczych. Te korzystne warunki lecznicze muszą być niekorzystnymi dla wysokości odsetka od kapitału wkładowego. W dalszym ciągu przyjmuję w również niekorzystnych dla tego odsetka warunkach następujące pozycye; 1) instalacya jednej wanny mineralnej 2500 zł., gdy we wzorowo urządzonych łazienkach mineralnych kosztowała wanna tylko 2000 złr., nie licząc pokoi i sal na I piętrze; 2) instalacya jednej wanny borowinowej 3000 złr., gdy w urządzonych nie wzorowo łazienkach borowinowych nie kosztowała nawet 2000 złr.; 3) wartość istniejących łazienek mineralnych 120.000 złr. zamiast najwyżej 100.000 złr. po strąceniu 38-letniej amortyzacyi, a po dopisaniu wkładu na łazienki na I piętrze; 4) istniejące łazienki borowinowe 60.000 złr. Nadto czysty dochód z jednej kąpieli mineralnej przyjmuję 50 ct., a borowinowyej 75 ct. Według tych danych przedstawi się

Rentowność kąpieli w przyszłych 25 latach (w 5-leciach)

5-lecie	Wkłady złr.	4% od kapitału	1 1/2 amortyzacyi	Czysty dochód z kąpieli
mineralnych				
I	397500	79500	29812	173050
II	140000	101538	38077	221500
III	177500	129422	48533	283525
IV	225000	164716	61763	352875
V	290000	210363	78887	464475
Razem	1230000	685539	257072	1495425
borowinowych				
I	324000	64800	24300	129787
II	86000	77140	28927	166125
III	126000	96555	36208	212643
IV	99000	109113	38917	272156
V	201000	141530	53074	348356
Razem	836000	489138	181426	1129067

To zestawienie wskazuje, że wkładając ogromne kapitały w budowę łazienek mineralnych i borowinowych, budując te gmachy bardzo kosztownie, z wielkim przepychem, to czysty dochód z kąpieli stale dawać będzie nietylko pokrycie 4% od włożonego kapitału, oraz $1\frac{1}{2}$% na jego amortyzacyę, ale jeszcze znaczną nadwyżkę.

W rozdziale VI przedstawiłem, że w Krynicy potrzebne są jeszcze inne kąpiele, nasycone sztucznie kwasem węglowym, solankowe, igliwiowe i t. p. i projektowałem, by je urządzono w budynkach „Korona" i „Berło", z którychby korzystali przeważnie ci, dla których kąpiele mineralne i borowinowe nie są odpowiednie. Na razie z powodu ogólnego braku wanien odciągłoby się od tych ostatnich, dlatego przyjmuję tutaj w I pięcioleciu 300 kąpieli na wannę, w II—350, a następnie po 400 na sezon. Czysty dochód z tych kąpieli przyjmuję 30 ct. Zakład wodoleczniczy w Krynicy wobec tego, że został zdyskredytowany zarówno wielkością i jakością budowy, jakoteż całem bardzo pierwotnem urządzeniem, przypuszczam, że będzie się rozwijał powolniej, niżby to być powinno, w każdym jednak razie z czasem rozwinąć on się może i powinien. Czysty dochód zabiegu przyjmuję 30 ct. Według tych danych tak się przedstawi,

Rentowność w przyszłych 25 latach (w 5-leciach) innych kąpieli

5-lecie	Liczba zabiegów	Wkłady złr.	4%	1½% amortyzacyi	Czysty dochód z kąpieli
I	75000	83000	16606	6265	30000
II	87500		15347	5875	35000
III	100000		14172	5314	40000
IV	100000		13111	4917	40000
V	100000		12376	4623	40000
Razem		83000	71612	26994	185000
zabiegów wodoleczniczych					
I	80877*	56000	11200	4200	24063
II	101996		10360	3888	30598
III	126370		9583	3436	37911
IV	157962	25000	13896	5211	47388
V	197453		12854	4820	59239
Razem		81000	57893	21552	199199

*) W ostatniem 5 leciu było 64330, zaś w 5-leciu od 1890 do 1894 było 134979 zabiegów.

Z tych wszystkich zestawień i obliczeń okazuje się aż nadto jasno, że wszelkiego rodzaju kąpiele w Krynicy dają bardzo wysoką rentę, nawet w warunkach, gdy budowa będzie bardzo kosztowna i gdy zużywanie wanien na sezon będzie bardzo małe. Tymczasem od ustąpienia Sieglera z posady dyrektor dóbr państwowych chwycono się bardzo złej zasady, by wanna dawała rentę, a nie kapitał i wannie kazano pracować dwa razy więcej na sezon, niż należy, i w ten sposób zaprzepaszczano Krynicę.

Kilkakrotnie wspomniałem już nazwisko Sieglera, a zawsze w sposób bardzo dodatni o działalności jego dla Krynicy. Czyżby dlatego, że to do przeszłości należy? Ze tak nie jest, przytoczę ustęp z broszurki inżyniera Babla: „Przyszłość Krynicy. Lwów 1880". Na stronie 15-tej: „Naczelne kierownictwo spraw zakładu, stanonowiącego obszar dworski, spoczywa w ręku p. Sieglera, jako dyrektora dóbr i lasów rządowych. Wiemy, iż p. Sigler robił przed kilku laty studya u wód zagranicznych, aby zebrane tam praktyczne wyniki zastosować w Krynicy. Rozwinął on też w ostatnich latach energiczną czynność nad podniesieniem zakładu, leżą-

cego w obrębie obszaru dworskiego, jako też nad uzupełnieniem oddawna czuć się dających potrzeb zakładu. Mamy nadzieję, że znana energia w działalności pana dyrektora Sieglera nie ustanie na raz obranej pięknej drodze podniesienia zakładu". To świadectwo współczesne o 3-letniej czy 4-letniej działalności najlepiej wskazuje, że to nie jest uprzedzeniem do owej lepszej przeszłości.

Namiestnik hr. Alfred Potocki polecił dyrektorowi dóbr państwowych Sieglerowi (od r. 1876 do r. 1884), aby się zajął podniesieniem zdrojowiska Krynicy, który też rozwinął bardzo energiczną i wszechstronną działalność według planu, zakreślonego z gruntowną znajomością rzeczy, nie patrząc tylko na to, co dochód daje, ale także i to głównie uwzględniając, co jest potrzebnem do dalszego rozwoju. Buduje łazienki borowinowe, bo łazienki mineralne zaczynają się przeciążać. Dodaje nowy czynnik leczniczy i buduje zakład wodoleczniczy. Ale przytem przystępuje do ucywilizowania Krynicy: buduje wspólnie z Wydziałem krajowym drogę z Muszyny do Krynicy, zaś w samej Krynicy drogę powiatową przemieszcza w górę, przez zakład idącą włącza do niego, a jeszcze wyżej prowadzi drogi i dojazdy do szeregu will prywatnych, które nie miały dostępu. Prócz tego każe ująć murem prawy brzeg Kryniczanki, a więc brzeg, nie należący do obszaru dworskiego, przeprowadza wodociągi i kanalizacyę na obszarze dworskim, a nadto zakupuje zdroje mineralne: Dudzik I, Dudzik II, Sidora i inne i opiekuje się nimi. Ale najważniejszem jego dziełem jest dom zdrojowy [1]). Jestto budynek według planu architektów Niedzielskiego i Zawiejskiego, istotnie monumentalny, wspaniały, nie odpowiadający ówczesnej frekwencyi, a nawet dzisiejszej, ale dostosowany do rozwoju zakładu w dalekiej przyszłości. Tą budową pragnie on nadać Krynicy cechę zdrojowiska prawdziwie europejskiego, a z drugiej strony, znając dobrze administracyjną machinę państwową, pragnie ją dużym (420.000 złr.) wkładem nierentownym zmusić do tego, aby w dalszym ciągu niezaprzestano robić wkładów, dających dużą rentę — w łazienki — i w ten sposób pokrywać budżet. Niezrozumiano jego myśli, wkroczono na fałszywe drogi, ale bądźcobądź wspaniały dom zdrojowy jest prawdziwą ozdobą Krynicy, jest jedynym przedmiotem cywilizacyi europejskiej, do której reszta dostosowywać się powinna i musi.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 6 października.

* Na ostatniej sesyi polecił Sejm Wydziałowi krajowemu, ażeby w ciągu bieżącego roku wypracował i przedłożył Sejmowi gotowe już plany i kosztorysy na budowę zakładu dla obłąkanych w zachodniej części kraju. W sprawozdaniu swem Wydział krajowy oświadcza, że polecenia Sejmu w całej pełni wykonać nie mógł, gdyż planów i kosztorysów nie podobna wypracować, zanim nie zakupi się odpowiedniego pod zakład gruntu. Po należytem zbadaniu sprawy Wydział krajowy orzekł, że grunt pod zakład dla umysłowo chorych winien mieć 100 morgów ziemi ornej, lub tylko częściowo zalesionej, znajdować się w okolicy zdrowej, posiadać obfitą wodę do picia, a nadto powinien znajdować się nie dalej nad 3 kilometry od stacyi kolei żelaznej. Z nadesłanych ofert wybrał Wydział krajowy następujące miejscowości: L u s i n a (koło Swoszowic), D ą b r o w a (za Tarnowem), S k a w i n a i K u r ó w (koło Bochni). Ceny gruntu, podane w ofertach, są różne, a prócz tego wybór miejsca wpłynie znacznie na kosztorys, względnie do miejscowych cen materyałów i pracy. W dalszym ciągu swego sprawozdania podnosi Wydział krajowy wysokie i stałe obciążenie finansów kraju, jakie za sobą pociągnie założenie nowego zakładu dla umysłowo chorych, gdyż prócz jednorazowego wydatku na zakupno gruntu i budowę, utrzymanie 500 chorych, wraz z administracyą, podniesie bardzo rubrykę normalnych wydatków budżetu krajowego. Wydział krajowy zwraca uwagę Sejmu i na tę okoliczność, że wydatki na leczenie obłąkanych podniosły się w roku bieżącym bardzo wysoko z powodu budowy 6 nowych pawilonów w krajowym zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie. Z tych wszystkich względów, jak niemniej i z tego, że inne ważne inwestycye sanitarne zmusza ją Wydział krajowy do żądania od Sejmu bardzo poważnych ofiar, a preliminarz budżetu na rok 1905 wykazuje tak ciężkie trudności finansowe, że zachodzi potrzeba dalszego obciążenia opodatkowanych, Wydział krajowy widzi się zniewolonym oświadczyć, że budowy zakładu dla obłąkanych w zachodniej części kraju na razie nie doradza, a to tem bardziej, że z chwilą ukończenia budowy nowych pawilonów w Kulparkowie przybędzie pomieszczenie dla 500 obłąkanych. Gdyby jednak Sejm trwał przy swem przeszłorocznem postanowieniu i polecił zakupno gruntu, Wydział krajowy oświadcza się za zakupnem obszaru w Lusinie.

Chcąc należycie ocenić przytoczone motywy Wydziału krajowego, trzebaby mieć pod ręką cały materyał dowodowy i rzecz poddać głębszemu zbadaniu: czynności tej niewątpliwie dokona sanitarna komisya sejmowa. Dla szczerego oświadczenia Wydziału krajowego, że kasa krajowa na razie nie posiada funduszu na nowe i niejednorazowe, lecz stałe obciążenie, należy mieć wyrozumienie i zrozumienie tem bardziej, że w zakresie sanitarnym czekają może niezbędniejsze jeszcze inwestycye, a równowaga w administracyi kraju przecież wymaga, ażeby rozwój poszczególnych gałęzi gospodarki krajowej postępował równym krokiem. Z drugiej strony Wydział krajowy nie powinien spuszczać z oka, że według ostatniego „Sprawozdania c. k. krajowej Rady zdrowia" liczba umysłowo chorych w Galicyi, nie pomieszczonych w zakładach dla obłąkanych, wynosi 2612, a zatem nowe pawilony zakładu w Kulparkowie, na które powołuje się Wydział krajowy, nie pomieszczą i piątej części obłąkanych, żyjących poza zakładami; natomiast doświadczenie wszystkich krajów i narodów pouczyło, że pozostawienie w ogniskach rodzinnych obłąkanych, chociażby t. zw. „nieszkodliwych", nie prowadzi do oszczędności w gospodarce krajowej; przeciwnie, wyrządza dotkliwą szkodę pod względem finansowym, rasowym i bezpieczeństwa publicznego. Opinia więc Wydziału kraj., jeśliby miała być uwzględnioną przez W. Sejm, winna mieć znaczenie krótkotrwałego odroczenia, a nigdy zaniechania tak niezbędnej inwestycyi, jak budowa zakładu dla obłąkanych w zachodniej Galicyi.

* IX-ty Wiec austryackich Izb lekarskich odbędzie się w Salzburgu 6 i 7 b. m. Z obfitego porządku dziennego wyjmujemy najważniejsze wnioski: Izby styryjskiej o uzyskanie od rządu wolnej od opłaty korespondencyi lekarzy, jako organów sanitarnych, z gminami, sądami i t. d.; Izby zachodnio-galicyjskiej o reorganizacyę służby lekarskiej przy kolejach; Izby wschodnio-galicyjskiej — o uregulowanie warunków służbowych lekarzy więziennych; Izby szląskiej — w sprawie stosunku lekarzy do zakładów ubezpieczeń na życie; Izby szlązkiej i wiedeńskiej — o wolny wybór lekarzy w Kasach chorych.

* Dnia 10 grudnia, na wniosek Izby wiedeńskiej, ma się odbyć zgromadzenie wszystkich Izb austryackich, tak zw. „zebranie protestujące". Przedstawiciele Izb, na podstawie 10-letniego doświadczenia, oraz konkretnych faktów, zredagują i wręczą ministrowi spraw wewnętrznych memoryał, w którym wykażą usterki w ustawie tamujące zamierzoną przez prawodawcę działalność Izb tak w kierunku materyalnym, jak i zawodowo-etycznym.

* Przyszłoroczne Zgromadzenie niemieckich przyrodników i lekarzy odbędzie się w Meranie.

* Przyszły międzynarodowy Zjazd oftalmologów odbędzie się w Neapolu.

* Rząd francuski zamierzył wypracować projekt utworzenia międzynarodowego urzędu zdrowia, którego celem byłoby utrzymywanie w ewidencyi chorób zakaźnych i uwiadamianie o ich przebiegu.

[1]) Tę budowę przeprowadzono po jego ustąpieniu, ale on wszystko przygotował.

* Według sprawozdań urzędowych cholera przez Kaukaz wtargnęła do europejskich posiadłości rosyjskich; szerzy się ona mianowicie w Baku i pochłania 50% chorych, oraz wybuchła w Saratowie gdzie stwierdzono już w pierwszych dniach 9 przypadków.

* Między 11 a 17 września doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim, drohobyckim (po 1 gm.), jaworowskim (2 gm.), stryjskim (2 gm.), turczańskim (3 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Enderlen z Marburga mianowany został profesorem zwyczajnym chirurgii w Bazylei. Dr. Galli-Valerio mian. prof. zwycz. higieny w Lozannie. Dr. Senise mian. prof. zwycz. patologii w Neapolu. Profesorowie nadzwyczajni: Hulewicz i Czyrwiński mianowani profesorami zwyczajnemi w Moskwie. Nadzwycz. prof. okulistyki Dr. Reuss mian. prof. zwyczajnym. Docenturę higieny w Gdańskiej szkole technicznej objął Petruschky z tytułem profesora. Nadzwyczajnymi profesorami mianowani zostali w Wiedniu: Dr. Neuburger (historya medycyny), Schlagenhaufer (patologiczna anatomia). Następujący docenci otrzymali tytuł profesorski w Wiedniu: Paschkis (farmakologia), Pollak (otyatrya), Pick (lekarz sztabowy), Kovacs i Obermayer (oba interniści), Wintersteiner (okulista), Töply (historya medycyny).

Nekrologia. Zmarli: Dr. Gombault, lat 60, profesor anatomii patologicznej, — w Paryżu. Dr. Carbone, prof nadz. anatomii patolog. — w Pizie. Dr. Pryor, profesor. ginekologii — w N. Yorku. Dr. Władysław Przysiecki, lat 52 — w guberni witebskiej.

Bibliografia:

— *Postęp okulistyczny* (wrzesień). Bednarski: O zmianach anatomiczno patologicznych wiązadła Zinna (dok.). Noiszewski: Powstawanie i rozkład wyobrażeń wzrokowych (dok.).

— *Medycyna* Nr. 39. Hertz: Sześć przypadków ciał obcych w drogach oddechowych (dok.). Maybaum: O wpływie żucia na wydzielanie soku żołądkowego (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 39. Zdanowicz: Wpływ zimnych i gorących okładów na czynność wydzielniczą żołądka. Halpern: O zachowaniu się chlorków w ustroju, ich stosunku do powstawania obrzęków i znaczenia w dyetetyce przy zapaleniu nerek (c. d.). Sterling: Badania nad czuciem wibracyjnem i jego znaczeniem klinicznem (c. d.).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 9. Krakowski: O postępowaniu bezgnilnem przy wyjmowaniu zębów.

— *Głos lekarzy* Nr. 19. Zasacki: Położenie materyalne lekarzy gminnych i okręgowych w Galicyi. Mikołajski: 1) Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych (c. d.). 2) Przeciw specyfikom (dok. nastąpi). Pod adresem posła Dra Głąbińskiego. W sprawie protekcyjnego obsadzania posad lekarskich. Pokłosie z prasy lekarskiej. Sprawy sanitarne w Sejmie krajowym. Stella-Sawickiego: Ogólny pogląd na rozwój szpitali prowincyonalnych od chwili objęcia w zarząd kraju.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 12. Wąsowicz: W sprawie rozwoju naszych zdrojowisk.

— *Odczyty kliniczne* Nra 186, 187 i 188. Dieudonné: Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 39. Honl: Diverticula intestini jejuni congenita. Radl: O reflektorických změnach orientace zrakové (dok.). Mladejovsky: O lázeňském léčeni. Šamanek: O lázních Luhačovických.

— *La Presse médicale* Nr. 77. Garnier i Sabaréanu: O zmniejszeniu się nagłem wagi ciała tuż przed skonem w niektórych chorobach zakaźnych. Malibran i Gassot: Niebezpieczeństwo zakażenia się w sanatoryach.

Nr. 78. Hayem: Wskazania lecznicze do używania kefiru. Holzknecht: Radiologia w zastosowaniu do medycyny wewnętrznej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 39: Loeb i Adrian: Czy podniesione molekularne zagęszczenie krwi może usprawiedliwić rozpoznanie schorzenia obydwóch nerek? Sommer: Badanie termometryczne ciepłoty zewnętrznego przewodu usznego. Schirokauer: Przewlekły nawrotowy skurcz odźwiernika jako wskazanie do operacyi. Calcar: Skład jadu błoniczego. Curschmann: Tężyczka rzekoma i postacie pośrednie między tężyczką istotną a histeryczną (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 39. Escherich: Zasady i cele nowoczesnej pedyatryi. Lichtenstern: Doświadczenia nad rozdzielaniem (segregatio) moczu. Raubitschek: Gruźlica ośrodkowego układu nerwowego. Berdach: Przyczynek do kazuistyki międzyfalangealnego zwichnięcia.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 39. Vulpius: Neurologia i ortopedya. Decker: Rozpoznanie i leczenie kamicy żółciowej. Pfannkuch: Przyczynek do nauki o ostrej białaczce. Vörner: O półpaścu nawrotowym, w szczególności o półpaścu rumieniowym i bujającym. Ebner: Przypadek martwej kostki na łąkotce śródstawowej kolana. Gurbski: Plombowanie przewodu tętniczo-szyjnego. Uwagi o częściowem wycięciu zwoju Gassera, oraz o wrotach wtargnięcia zarazka gruźlicy i zapalenia szpiku kostnego. Killian: Podmiotowe wyczuwanie swądu (*Kakosmie*). Barth: Leczenie otoku piersiowego za pomocą kaniuli Müllera u 5-miesięcznego dziecka. Ludwig: Leczenie łuskowatej cewki moczowej *(Leukoplakia urethralis)*. Hartog: Nowy przypadek śródmacicznego zeszkieletnienia płodu. Karehnke: Kazuistyczny przypadek zwichnięcia w stawie kulszowym. Hilbert: Dziedziczenie sześciokrotnego zniekształtnienia we wszystkich czterech kończynach przez trzy pokolenia. Neumayer: O bronchoskopii (dok.).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 40: Nehrkorn: Bronchoskopia bezpośrednia w celu wydobycia pęczniejącego ciała obcego. Neufeld: Niweczniki uodpornionej surowicy streptokokowej i pneumokokowej. Strumpel: Znaczenie badania czucia z szczególnem uwzględnieniem zmysłu dotykania (dok.). Mikulicz: Uwagi o szwie i materyale do szycia (dok.). Schaper: Doświadczalne badania wpływu radu na zarodkowe i odrodcze postępy rozwoju (dok.).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 39 (od 25/IX do 1/X) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 26, dz. 22; nieżywo: chł. 9, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 20, kob. 17; zamiejscowych: męż. 10, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 3, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 9, ob 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. — ob. 1. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 3, ob. —. 8) odra, miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. 2. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 6, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka pologowa: miej. —, ob. —, 16) zakażenie przyranne: miej. 2, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 8, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob —. **Razem** miej. 37, obcych 22.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLIII. Kraków 15 Października 1904. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Hernia abdominalis uteri gravidi.

Napisał

Prof. Dr. Aleksander Rosner.

Prawie wszyscy autorowie, piszący o przepuklinach zawierających macicę ciężarną, wypowiadają zdanie, że t. zw. przepuklina brzuszna nie jest w ścisłem tego słowa znaczeniu przepukliną, tylko wysokim stopniem t. zw. brzucha obwisłego (*venter propendens*), powstałego przez rozstęp mięśni prostych. W dziele Vinay'a znajdujemy obszerny rozdział, w którym autor zestawia znane przypadki przepuklin pachwinowych i pępkowych, zawierających ciężarną macicę; o przepuklinach brzusznych pisze, co następuje: „Nie są one niczem innem, jak ewentracyą, powstałą przez rozstęp w linii środkowej; zdarzają się stosunkowo często i wszyscy położnicy widzieli mniej lub więcej wybitne przypadki tego rodzaju.“

Bez wątpienia nie należy brzuch obwisły do rzadkości, zwłaszcza u wieloródek i nie powinien być naturalnie zaliczanym do przepuklin w ścisłem tego słowa znaczeniu, gdyż brak mu zasadniczych cech przepukliny.

Nie ulega jednakże wątpliwości, że po za ewentracyą, zwaną fałszywie przepukliną brzuszną, istnieją prawdziwe przepukliny brzuszne, które są stosunkowo rzadkie. Nie mam tu na myśli przepuklin, powstających po urazach, względnie po laparotomiach, gdyż te nie należą dziś niestety do rzadkości, a mówię tylko o przepuklinach, powstających samoistnie. „Leżą one“, pisze König w swojej chirurgii szczegółowej, „o ile siedzibą ich jest przednia ściana brzuszna, z boku w okolicy pępka, w linii białej, w muskulaturze mięśnia prostego, albo na boku między mięśniem prostym, a skośnym. Nie ma wprost miejsca na przedniej ścianie brzusznej, gdzieby nie mogły się utworzyć. Powstanie pewnej części tych przepuklin przypisują Makrocki i Lücke z pewnem prawdopodobieństwem szczelinom naczyniowym ściany brzusznej. Często rozwijają się one po ciążach. Mogą one uwięznąć i spowodować odprowadzanie (*taxis*) lub zabieg operacyjny.“

Otóż chodzi mi tutaj o takie prawdziwe samoistnie powstałe przepukliny brzuszne, których treścią jest macica ciężarna. Już *a priori* stwierdzić można, że przepuklina brzuszna o takiej zawartości, zwłaszcza, jeżeli leży nie w linii środkowej, tylko na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego, należeć musi do największych rzadkości. Ażeby wogóle powstać mogła, muszą być wrota przepuklinowe szerokie, gdyż inaczej nie mogłaby przez nie przesunąć się ciężarna macica. A nie należy zapominać, że chodzi tu o miejsca ściany brzusznej, do których macica dorasta dopiero w późniejszych miesiącach ciąży.

Eisenhart, opisując odnośny przypadek Winckla, zastanawia się szczegółowo nad przepuklinami pachwinowemi, zawierającemi macicę. Twierdzi on, że przepukliny te powstać mogą w trojaki sposób: 1) Sieć lub kiszki, zrośnięte z macicą, wciągają ją do worka przepuklinowego. 2) Trąbka lub jajnik stanowi pierwotnie treść przepukliny, a macica wchodzi do niej dopiero następowo. 3) Przepuklina, zawierająca macicę, jest wadą rozwojową. Jest wówczas naturalnie wrodzoną i połączoną najczęściej z wadą rozwojową macicy (*uterus unicornis* lub *bicornis*).

Otóż z tych trzech sposobów powstawania *hysterokele inguinalis* może mieć tylko pierwszy znaczenie dla przepukliny brzusznej, a i ten chyba w bardzo wyjątkowych przypadkach. Sam ten fakt pozwala nam stwierdzić, że przepuklina brzuszna, zawierająca macicę, musi być znacznie rzadszą, niż przepuklina pachwinowa z tą samą zawartością; a przecież i ta należy do rzadkości.

O ile chodzi o ciążę, to najprawdopodobniej w przypadkach *hernia inguinalis uteri gravidi* ciąża zaczęła się rozwijać w macicy, która już poprzednio leżała w przepuklinie. W przypadkach *hernia abdominalis uteri gravidi* jest inaczej. Tu do worka przepuklinowego dostaje się macica już ciężarna, gdyż, jak wyżej wspomniałem, wrota przepuklinowe leżą wysoko ponad miednicą.

Mimo że, jak widzimy, stosunki anatomiczne i wady rozwojowe sprzyjają znacznie więcej powstaniu przepukliny pachwinowej, zawierającej macicę ciężarną, niż przepukliny brzusznej o takiejże zawartości, mimo to nawet *hernia inguinalis uteri gravidi* należy do zdarzeń wyjątkowych. Eisenhart zestawił w r. 1885 7 takich przypadków (Pol, Sennert, Saxtorph, Lédesma, Rektorzik, Scanzoni i Winckel), Vinay zaś wspomina w roku 1894 o 8 przypadkach (prócz wyżej wymienionych przytacza Teofila Fischera). Przeszukując odnośne piśmiennictwo, znalazłem nadto przypadek, który opisuje Rosanoff. Wszystkich więc znanych dotąd przypadków *hernia inguinalis uteri gravidi* byłoby dziewięć.

Co się tyczy *hernia abdominalis uteri gravidi*, to nie znalazłem w piśmiennictwie przypadku, któryby był podobnym do poniżej opisanego. Nie wiem, czy nie jest nim przypadek, przedstawiony przez Francka na posiedzeniu Tow. ginekol. w Kolonii dnia 14 marca 1895; z krótkiego protokołu nie można wogóle wyrobić sobie o nim żadnego pojęcia. Charakterystycznem jest, że Winckel w swoim nowym wielkim podręczniku poświęca dużo miejsca opisowi *hysterokele inguinalis gravidae*, nie wspomina zaś ani

słowem o przepuklinach brzusznych, zawierających ciężarną macicę.

Przypadek, który miałem niedawno w leczeniu, przedstawia się jak następuje:

Pani *J. H.*, lat 30, zamężna, zgłosiła się do mnie dnia 25 kwietnia 1904. Opowiada, że rodziła 4 razy, ostatni raz przed 6-ciu laty. Przed 2-ma mniej więcej laty spostrzegła przepuklinę, rozwijającą się poniżej pępka na prawo od linii środkowej. Pacyentka nie umie podać, kiedy była ostatnia miesiączka; jednak zdaje jej się, że było to pod koniec października. Nie podaje również dokładnie, kiedy poczuła pierwsze ruchy płodu. Przed dwoma miesiącami zaczęła się przepuklina szybko powiększać, przyczem chora zaczęła doznawać w dolnej części brzucha bolów, występujących napadowo. Bole powiększały się z dnia na dzień; w ostatnich tygodniach cierpienia doszły do tego stopnia, że chora porusza się z trudnością i spać nie może. Opaska brzuszna, zresztą bardzo pierwotna, sprawia jej pewną ulgę. Stolec zaparty, oddawanie moczu prawidłowe.





Stan obecny. Powłoki blade; odżywienie średnie; w narządach klatki piersiowej niema zmian. Sutki, jak u ciężarnej wieloródki. Brzuch powiększony nieregularnie. Na prawo od linii środkowej i nieco pod pępkiem wypukła się bardzo silnie guz, znacznie większy od główki donoszonego płodu. Skóra ponad tym guzem napięta, lśniąca Po stronie lewej brzuch jest płaski, a skóra nie okazuje żadnego napięcia. Pępek jest bardzo znacznie na lewo przesunięty. Przez cienką skórę, rozpiętą ponad guzem wymacać można łatwo, że guz jest ciężarną macicą. Wyczuwa się mianowicie zupełnie łatwo pęczki mięśni w ścianie guza, części płodowe, w płynie balotujące i przydatki macicy, odchodzące z obu boków macicy. W głębi na ścianie mięsnej brzucha czuje się wyraźnie ostry brzeg wrót przepuklinowych, zwłaszcza z góry i po stronie lewej. Na prawo i od dołu brzeg ten zasłania zwisająca ku dołowi macica. Po podniesieniu jej ku górze można jednak i tutaj obmacać brzeg wrót. Wrota przepuklinowe mają co najwyżej szerokość dłoni; obejmują one dolny, węższy odcinek macicy. Płód leży w całości poza wrotami; najgłębiej leży główka, która styka się z ich brzegiem. Wielkość macicy i płodu odpowiada mniej więcej szóstemu miesiącowi księżycowemu ciąży. Macica popada dość często w skurcze, które są bolesne.

Badanie przez pochwę: pochwa jest bardzo długa tak, iż dwoma palcami dochodzi się z wielką trudnością do części pochwowej. Leży ona wysoko ponad płaszczyzną wchodu. Nigdzie nie czuć nieprawidłowych oporów.

Rozpoznanie: *hernia abdominalis uteri gravidi VI m.*

Usiłowałem natychmiast odprowadzić guz do jamy brzusznej, co jednak okazało się niemożliwem z powodu wązkich wrót przepukliny. Radziłem wówczas chorej, ażeby poddała się próbie odprowadzenia macicy w uśpieniu chloroformowem, względnie operacyi krwawej. Mimo że przedstawiałem bezcelowość i niebezpieczeństwo wyczekiwania, chora nie zgodziła się na żaden zabieg.

Przez dwa i pół miesiąca nie widziałem pacyentki. Dopiero dnia 29 czerwca 1904 r. zgłosiła się do mnie powtórnie. Żaliła się wówczas na bardzo silne bole i opowiadała, że tylko z wielkim trudem i wysiłkiem może się poruszać. Badaniem wykazać można było tosamo położenie macicy ciężarnej w przepuklinie; zaszły tylko zmiany, odpowiadające postępowi ciąży. I tak macica jest naturalnie znacznie większa (odpowiada teraz końcowi 9 mies. księżyc). Skóra ponad nią znacznie silniej rozpięta, ścieńczała, prawie przeświecająca, a pępek jeszcze silniej na lewo przesunięty. Wrót przepuklinowych nie można się teraz zupełnie domacać, gdyż zakrywa je macica. Skurcze macicy są częste i bolesne. Płód wyczuwa się uderzająco łatwo. Leży on ukośnie.

Przy badaniu wewnętrznem dochodzi się z trudnością do ujścia zewnętrznego, które leży tak samo wysoko, jak przedtem.

Fotografie, zdjęte dnia 30 czerwca, przedstawiają dokładnie stan rzeczy i nie wymagają bliższych wyjaśnień.

Bole porodowe trwały z nieznacznemi przerwami przez cały dzień 30 czerwca i 1 lipca i powtarzały się mniej więcej co 15 do 20 minut. W nocy z 1-go na 2-lipca zaostrzyły się mimo dawek makowca i zaczęły występować częściej. Dnia 2 lipca rano zbadałem chorą wewnętrznie dla przekonania się, czy szyja maciczna zaczyna się otwierać. Przekonałem się, badając połową ręki, że część pochwowa jest w zupełności utrzymana, a ujście wewnętrzne zamknięte.

O odprowadzeniu macicy nie można było nawet myśleć, a rozwiązanie drogami naturalnemi było wobec powyż opisanego stanu rzeczy zupełnie wykluczone. Ponieważ zachodziła obawa mocnego rozciągnięcia dolnego odcinka, a co za tem idzie, pęknięcia macicy lub oderwania się jej od pochwy, przeto postanowiłem rodzącą rozwiązać jedynym sposobem, jaki pozostawał, t. j. cięciem cesarskiem.

Operacyę wykonałem dnia 2 lipca. Po przecięciu skóry i otrzewnej odsłoniła się macica, którą natychmiast otwarto cięciem podłużnem i wydobyto płód, okazujący ślady życia, ale do tego stopnia siny, że kończyny dolne były prawie czarne.

Po wydobyciu popłodu skurczyła się macica należycie i teraz można ją było bez trudu wprowadzić do jamy brzusznej przez wrota, szerokie na $1^1/_2$ dłoni. Mimo, że pierwotnie zamierzałem wykonać metodę zachowawczą, byłem zmuszony do zmiany planu i użycia sposobu Porro. Skłoniły mnie do tego dwie okoliczności. Po pierwsze — ujście wewnętrzne było zupełnie zamknięte i nawet wązkie dreny, które w tym celu przed zabiegiem przygotowano, nie dały się przez ujście to przeprowadzić. Powtóre okazało się, że zamknięcie przepukliny po odprowadzeniu macicy do brzucha byłoby bardzo trudnem, a może nawet niewykonalnem. Te okoliczności skłoniły mnie do wykonania odcięcia macicy nadpochwowego, które z powodu znacznej elewacyi macicy nie przedstawiało żadnych trudności. Kikut zeszyto, pokryto otrzewną i zapuszczono do jamy brzusznej. Następnie zamknięto przepuklinę po odświeżeniu brzegów i to tak, że zaszyto w trzech piętrach osobno otrzewnę, mięśnie i powięź. Przed zeszyciem powłok trzeba było odciąć duży kawałek zbywającej skóry i usunąć otrzewnę, wyściełającą dawny worek przepuklinowy. Na skórę założono szwy węzełkowe. W górnym i dolnym kącie rany pozostawiono sączki. Ostrożność ta była potrzebną, gdyż skóra przylegała tylko luźno do warstw głębszych tak, że łatwo zebrać się pod nią mogła wydzielina i utrudnić gojenie.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy i bezgorączkowy. Dnia 16 lipca, a więc 15-go dnia po zabiegu, opuszcza pacyentka zakład zupełnie wyleczona, z dwiema małemi powierzchniami granulacyjnemi w miejscu po sączkach.

Płód, który rozwojem odpowiadał 9-mu miesiącowi księżyc. ciąży, zmarł w dniu operacyi mimo energicznego cucenia. Sekcyi jego zwłok nie wykonano, jednak ogromna sinica, zauważona jeszcze *in utero* i szmery w sercu przemawiają za tem, że płód był dotknięty wrodzoną wadą zastawkową serca.

Piśmiennictwo. 1) Adams S. S.: Hernia of the pregnant uterus Am. Journ. of Obst. Nr. 9. XXII. 225—246. — 2) Ahlfeld: Lehrbuch p. 189. 1894. — 3) Braun: Lehrbuch p 325. 1857. — 4) Bumm: Grundriss p. 330 1902. — 5) Bylicki i Bryk: Przepuklina pachwinowa, zawierająca macicę z jajnikami. Oper. rad. Wyzdrow. Przegląd lekarski 1878. XVII. p. 346. — 6) Eisenhart H.: Ein Fall von Hernia inguinalis cornu dextri uteri bicornis gravidi. Arch. f. Gynaek. t. 26. 1885. p. 439. 7) Frank: Uterus grav. in einer Bauchhernie. Cent. f. Gynaek. XIX 1895. p. 1117. — 8) Kiwisch: Klinische Vorträge t. I. p 234 1851. — 9) Rosanoff ref.: Frommel Jahresb. VIII. 1894. p. 581. — 10) Scanzoni: Compendium. p. 93. 1861. — 11) Schröder: Lehrbuch p. 400. 1888. — 12) Winckel: Lehrbuch p. 235. 1889. — 13) Winckel: Handbuch d. Geburtshilfe t II, cz. 1, 1904 p. 382. — 14) Zweifel: Lehrbuch p. 339. 1892.

II. **Z Zakładu higieny i bakteryologii Uniw. Jag. w Krakowie.**

O pokrewieństwie różnych typów bakteryi czerwonkowych [1].

Podał
Dr. Filip Eisenberg,
asystent zakładu.

Badania bakteryologiczne nad etyologią czerwonki nagminnej wykazały w ostatnich latach, że w różnych epidemiach tej choroby występują w roli czynnika chorobotwórczego dwa blizko spokrewnione typy bakteryi, już to oddzielnie, już to łącznie ze sobą (Vedder i Duval [2]), Gay i Duval [3]), Hastings [4]). Bakterye typu Flexner, których znaczenie przyczynowe przez Krusego i Lentza było podawane w wątpliwość, nabierają w ostatnich czasach tem większego znaczenia, że cały szereg badaczy stwierdził ich związek z nagminnemi biegunkami letniemi u dzieci (Duval i Bassett [5]), Hiss i Russell [6]), Wollstein [7]), Leiner [8]). Wobec tych nowych faktów, zarówno ze względu na etyologię, jak na leczenie swoiste tych spraw, stajemy przed zadaniem ustalenia i ścisłego określenia wzajemnego stosunku różnych typów, opisanych przez poszczególnych autorów. Pomijając niestałe dość cechy różniczkowe hodowlane (kolonie powierzchowne na żelatynie), we fermentacyi mannitu posiadamy taką cechę, zasadniczo różniącą typ Kruse-Shiga od typu Flexner i bakteryi rzekomo-czerwonkowych.

Obok niej cechy biologiczne podobnie, jak w innych grupach bakteryi, wysuwają się na pierwszy plan. Pierwotne

[1]) Jako tymczasowe doniesienie, przedstawione na posiedzeniu Tow. lek. krak. dnia 13 kwietnia 1904 (p. »Przegl. lek.« 1904, Nr. 20, Str. 306).

[2]) The etiology of acute dysentery in the United States J. of. exp. Med. 1902, Nr. 2.

[3]) Acute dysentery associated with the two types of Bac Dysenteriae Shiga. Univ. of Pennsylv. Med. Bull. 1903. XVI. p. 177.

[4]) A clinical study of the bacillus dysenteriae in Boston and vicinity. J. of the Am. Med. Ass. 1904. April 30.

[5]) The ediology of the summer diarrheas of infants. Amer. Med. 1902 IV. p. 417.

[6]) A study of a bacillus resembling the bac. of Shiga from a case of fatal diarrhea of child Med. News 1903 LXXII p. 289.

[7]) The dysentery bacillus in a series of cases of Infantile Diarhoea. J. of Med. Res. X 19 3 N. I. p. 11.

[8]) Ges. f. inn. Med. in Wien 11 Febr. 1904. Ueber epidemische Dysenterie speziell im Kindesalter. Wiener klin. Woch. 1904, Nr. 10, S. 292. Ueber bazilläre Dysenterie speziell im Kindesalter. Wiener kl. Woch. 1904, Nr. 25, 26.

twierdzenie Shigi[9]), że surowica ochronna, uzyskana z konia zapomocą jego szczepu, aglutynuje bez różnicy w rozcieńczeniu $^1/_{1000}$ jego szczep i szczepy Krusego i Flexnera, upada wobec tego, że, jak Shiga sam stwierdził[10]), do uodporniania używano różnych szczepów, wśród których być może znajdował się szczep identyczny z Flexnerowskim.

Martini i Lentz[11]), uodporniwszy kozę szczepem Shiga, stwierdzają, że surowica jej, aglutynująca szczepy Shiga i Kruse w rozcieńczeniu $^1/_{500}$, aglutynuje szczep Flexner i inne rzekomo-czerwonkowe zaledwie w rozcieńczeniu $^1/_{25}$, skąd wyciągają wniosek, że szczepy Kruse i Shiga są między sobą identyczne, że natomiast szczep Flexnera (szczep Manilla i szczep Stronga) przedstawia typ zupełnie odrębny. W przeciwieństwie do tego Gay[12]) i Gay i Duval[13]) znajdują, że surowica koni uodpornionych szczepami typu Kruse-Shiga, aglutynująca różne szczepy tego typu w rozcieńczeniu $^1/_{200}$—$^1/_{9000}$, współaglutynuje szczepy typu Flexnerowskiego w rozcieńczeniu $^1/_{200}$—$^1/_{1000}$, naodwrót zaś surowica konia uodpornionego przeciw szczepom typu Flexner, aglutynująca ten typ w rozcieńczeniu $^1/_{800}$—$^1/_{1000}$, współaglutynuje szczepy typu Kruse-Shiga w rozcieńczeniu $^1/_{100}$—$^1/_{200}$. Odmienne wyniki, uzyskane przez Martiniego i Lentza, Gay odnosi do nizkiej wartości surowicy, przez nich użytej.

Korzystając z surowicy przeciwczerwonkowej, łaskawie mi udzielonej przez pracownię farmaceutyczną W. Gansa we Frankfurcie n. M., postanowiłem wobec tych sprzecznych wyników bliżej zająć się sprawą różniczkowania obu tych typów. Surowica ta pochodzi z konia, uodpornionego autentycznym szczepem Shigi pod osobistym nadzorem samego Dra K. Shigi. (Według łaskawego listownego doniesienia Dra Shigi szczep ten został mu w lecie r. 1903 przysłany z zakładu dla chorób zakaźnych w Tokyo). Surowica ta pochodzi z września r. 1903 i zawiera 0·5% karbolu. Do prób aglutynacyjnych używałem następujących szczepów czerwonkowych: Kruse i Flexner (sprowadzone od Krála), Shiga (autentyczny szczep, od autora pochodzący), wreszcie szczepy czerwonki krakowskiej i złoczowskiej, łaskawie mi odstąpione przez Prof. J. Raczyńskiego[14]). Co do techniki aglutynacyi zauważę, że zgodnie z metodą, stosowaną w pracy, ogłoszonej z Volkiem[15]), używałem zawiesiny z dobrze wyrosłej hodowli agarowej w 15 c.³ roztworu soli fizyologicznej, dodając do niej w równej ilości rozcieńczonej surowicy. Próby w małych wązkich probówkach trzymane były przez 3 godziny w termostacie o 42° C. (dla przyspieszenia odczynu i wykluczenia rozrostu bakteryi), następnie do 24 godzin w cieplocie pokojowej.

[9]) Studien über die epidemische Dysenterie in Japan. Deutsche med. Woch. 1901, Nr. 43—45.

[10]) Weitere Studien über den Dysenteriebacillus. Zeitschrift für Hyg. XLI 1902, S. 366.

[11]) Ueber die Differenzirung der Ruhrbacillen mittels der Agglutination. Zeitschrift für Hyg. XLI 1902, S. 540—558.

[12]) The types of B. dysenteriae (Shiga) in relation to bacteriolysis and serum therapy. An experimental study. Univ. of. Penna. Med. Bull. 1903. July — Aug.

[13]) l. c.

[14]) Badania nad etyologią czerwonki z uwzględnieniem dwóch epidemii panujących w Galicyi w roku 1903. Przegląd lek. 1904, Nra 17, 18.

[15]) Untersuchungen über die Aglutination. Z. f. Hyg. XL. 1902.

Oznaczenie wartości surowicy bezpośrednio po jej otrzymaniu dało dla różnych szczepów następujące dane:

D. Kruse	$^1/_{1200}$
D. Shiga	$^1/_{1200}$
D. Krakowska	$^1/_{2400}$
D. Flexner	$^1/_{600}$.

Widzimy tedy, że surowica uzyskana wyłącznie za pomocą szczepu Shiga, współaglutynuje i to bardzo wybitnie szczep Flexner. Z zestawienia wyników Martiniego i Lentza (surowice kozy i królika), a z drugiej strony Gaya i moich (surowica konia), okazuje się możliwem, że gatunek zwierzęcia, dostarczającego surowicy, nie jest bez wpływu na zakres jej działania. Pewne chwytniki częściowe mogą w jednym ustroju wywołać dostateczny odczyn i wytworzenie odpowiednich aglutynin częściowych; w innym zaś niedostateczną lub żadnej. Surowica pierwszego gatunku będzie współaglutynowała pewne bakterye, wobec których druga okaże się nieczynną, lub słabiej czynną (por. Wassermann *l. c.*). Widzimy dalej, że różne szczepy tego samego typu mogą w różnym stopniu ulegać aglutynacyi działaniem tej samej surowicy, a nawet, że szczep homologiczny może jej słabiej ulegać, niż inne, czego przykłady znajdujemy również w tablicy I. Gaya. Wobec tego okazuje się, że wysokość aglutynacyi za pomocą swoistej surowicy bynajmniej nie może służyć jako cecha rozpoznawcza dla różnych typów bakteryi czerwonkowych, bo może się zdarzyć, że trudno się aglutynujący szczep homologiczny okaże niższą wartość, niż łatwiej się aglutynujący współaglutynowany szczep heterologiczny. Tak np. u Gaya surowica konia, uodpornionego szczepem Kruse, aglutynuje szczep Cunningham typu Kruse-Shiga w rozczynie $^1/_{200}$, zaś szczep Flexner w rozczynie $^1/_{1000}$. Według Parka, Collinsa i Goodwina surowica konia, uodpornionego przeciw Shidze, aglutynuje ten szczep w rozczynie $^1/_{500}$, zaś szczep typu Flexner w rozczynie $^1/_{1000}$. Dr. Shiga (według listownego doniesienia), badając świeżą surowicę, w powyższych doświadczeniach użytą, znalazł, że aglutynowała raz w równym stopniu szczepy Shiga i Flexner. Podobne stosunki stwierdził Jürgens[16]) w grupie bakteryi durowych i rzekomodurowych.

Doszedłszy do powyższego wniosku, postanowiłem do rozwiązania postawionego na wstępie zagadnienia zastosować metodę swoistej absorpcyi Ehrlicha, jako dającą najściślejsze wyniki. Z licznych badań nad istotą zjawiska aglutynacyi (Joos, Eisenberg i Volk, Wassermann) wynika, że połączenie chemiczne, zachodzące między aglutyniną, a ciałem aglutynującem się, jest najistotniejszą częścią tego zjawiska, że tedy za pomocą swoistej absorpcyi można je najściślej analizować. Castellani[17]), który po raz pierwszy polecił tę metodę do różniczkowej dyagnostyki zakażeń, stwierdził, że szczep homologiczny pochłania wszystkie aglutyniny danej surowicy, swoistej zarówno dla siebie, jak dla szczepów współaglutynowanych, podczas gdy szczep

[16]) Beobachtungen über die Widal'sche Reaktion und die Mitagglutination der Typhoidbacillen. Z. f. Hyg. XLIII 1903, S. 390.

[17]) Die Agglutination bei gemischter Infection und die Diagnose der letzteren. Zeitschrift für Hyg. XL 1902, S. 1.

współaglutynowany pochłania tylko własną częściową aglutyninę, pozostawiając resztę nietkniętą. Metodę tę dla grupy bakteryi durowych i rzekomodurowych stosowali Jürgens [18]), Totsuka [19]), de Feyfer i Kayser [20]), Posselt i Sargasser [20a]), jakoteż Żupnik i Posner [21]). Co do bakteryi czerwonkowych Shiga [22]) robił próby absorpcyi swoistej ze swoją japońską surowicą, ale próby te właśnie zdają się wskazywać, że miał do czynienia z surowicą, uzyskaną przez uodparnianie oboma typami tak, że nie mogą służyć do oceny pokrewieństwa obu typów. Co do techniki próby

Tablica I.

Wartość aglutyn. wobec szczepu	Przed absorpcyą	Rozc. surow. 1/5 po absorpcyi zap. szczepu			Rozc. surow. 1/10 po absorpcyi zap. szczepu		
		Shiga.	Krak.	Flexner.	Shiga.	Krak.	Flexner.
Shiga	1200	20 = 1·6%	40 = 3·3%	900 = 75%	20 = 1·6%	30 = 2·5%	1200 = 100%
Krak.	1200	20 = 1·6%	40 = 3·3%	1100 = 92%	20 = 1·6%	20 = 1·6%	750 = 62·5%
Flexner.	120	75 = 62·5%	40 = 33%	0 = 0%	75 = 62·5%	40 = 33%	0 = 0%

zauważę, że odmiennie od Castellaniego nie starałem się wyczerpywać aglutynin surowicy nierozcieńczonej, do czego potrzeba kilkakrotnego dodatku bakteryi (Eisenberg i Volk), lecz dodawałem znaczniejszą ilość bakteryi naraz do różnych rozcieńczeń surowicy, po wystąpieniu aglutynacyi przez centryfugowanie osadzałem zawieszone ewentualnie bakterye, a zebrany górny jasny płyn badałem na wartość aglutynacyjną wobec różnych szczepów. Tablica I przedstawia wyniki tych prób po absorpcyi za pomocą trzech

[18]) l. c.

[19]) Studien über Bact. coli. Z. f. Hyg. XLV 1903, S. 115—124.

[20]) Eine Endemie von Paratyphus. Münchener med. Woch. 1902, Nra 41, 42.

[21]) Typhus und Paratyphus. Prager med. Woch. 1903, Nr. 18.

[22]) l. c.

różnych szczepów: podane są w niej wartości aglutynacyjne w jednostkach aglutynacyjnych (Eisenberg i Volk) dla tych szczepów, przed absorpcyą i po absorpcyi zawsze sprowadzone do nierozcieńczonej surowicy.

Widzimy stąd, że absorpcya za pomocą szczepu Shiga lub krakow. pochłania po części aglutyniny dla szczepu Flexner, że naodwrót szczep Flexner pochłania tylko własną aglutyninę, zaś inne tylko w nieznacznym stopniu, lub weale nie.

Widzimy dalej, że szczepy Shigi i krakow. wzaje-

Tablica II.

Wartość aglutyn. wobec szczepu	Przed absorpcyą	Rozc. surow. 1/5 po absorpcyi zap.		Rozc. surow. 1/20 po absorpcyi zap.		Rozc. surow. 1/50 po absorpcyi zap.	
		Kruse	Shiga	Kruse	Shiga	Kruse	Shiga
Kruse	600	50 = 8·3%	150 = 25%	0 = 0%*	40 = 6·6%	0 = 0%*	0 = 0%*
Shiga	2400	150 = 6·3%	500 = 21%	80 = 3·3%	60 = 2·5%	50 = 2·1%	200 = 8·3%

mnie razem z własną aglutyniną pochłaniają aglutyninę dla drugiego szczepu, że tedy zasób ich chwytników dla aglutynin jest albo zupełnie identyczny, albo bardzo do siebie zbliżony.

Przeciwnie szczep Flexner posiada tylko pewne chwytniki dla aglutynin, wspólne ze szczepem Shigi (i krak.), a tym chwytnikom w surowicy ochronnej, uzyskanej przez szczep Shigi, odpowiadają pewne częściowe aglutyniny, wywołujące współaglutynacyę Flexnera przez tę surowicę.

Zupełnie zgodne wyniki z powyższymi dały próby absorpcyi swoistej precypityn surowicy przeciwczerwonkowej. Zgodnie z Rosenthalem [23]) mogłem stwierdzić, że

[23]) Ein neues Dysenterieheilserum und seine Anwendung bei der Dysenterie. Deutsche med. Woch. 1904, Nr. 19

surowica ta daje bardzo wybitne strąty w jałowych przesączach 1—2 miesięcznych hodowli bakteryi czerwonkowych w bulionie Martina i to surowica, uzyskane przeciw szczepowi Shigi, nietylko w przesączach hodowli Shigi, ale i Flexnera. Mamy tu zatem do czynienia z objawem „współprecypitacyi“.

Jeżeli tedy do surowicy dodamy przesączu jednego lub drugiego szczepu, a po odcentryfugowaniu zbadamy górny jasny płyn powstałego osadu na zawartość precypityn wobec przesączów obu szczepów, stwierdzimy, że przesącz Shigi zabrał precypitynę i dla Shigi i dla Flexnera, zaś przesącz Flexnera tylko precypitynę dla Flexnera, zostawiając precypitynę dla Shigi.

Analogiczny szereg prób przeprowadziłem dla określenia wzajemnego stosunku szczepów Kruse i Shiga. Ogólnie dotąd po stwierdzeniu zupełnej nieruchomości szczepu Shigi przypuszczano tożsamość obu szczepów; tylko Kruse[24]) twierdził, że pod wpływem surowicy ochronnej, uzyskanej za pomocą jego szczepu, szczep Shiga daje aglutynacyę w postaci odczynu kłębkowego. W ostatnim czasie Nieporożny[25]) postawił twierdzenie, że oba te szczepy należy uważać za zupełnie odrębne; obok nieznacznych różnic biochemicznych wzajemne działanie aglutynacyjne i ochronne surowic swoistych za pomocą szczepów tych uzyskanych ma stwierdzać odrębność obu szczepów (bliższych szczegółów dotychczasowe publikacye nie podają).

Tablica II przedstawia wyniki prób absorpcyjnych, przeprowadzonych w sposób analogiczny, jak poprzednio.

Widzimy z tych prób, że absorpcya za pomocą każdego ze szczepów mniej więcej jednostajnie zabiera aglutyninę dla obu; pozorne niedokładności, występujące w liczbach, oznaczonych gwiazdką, dadzą się wytłómaczyć tem, że przy danej metodzie nie można wykazać wartości mniejszych, aniżeli rozcieńczenie surowicy w pewnej próbie użyte, t. z. ilości aglutynin mniejszej od jednostki. Podobny wynik dały doświadczenia z absorpcyą precypityn: do surowicy dodano

Tablica III.

Górny płyn { Sur. $^{2}/_{3}$, Przes. Kruse $^{1}/_{3}$	Górny płyn { Sur. $^{2}/_{3}$, Przes. Shiga $^{1}/_{3}$
Gp. $^{2}/_{3}$ — Przes. Kruse $^{1}/_{3}$ słaby osad Gp. $^{2}/_{3}$ — Przes. Shiga $^{1}/_{3}$ słaby osad	Gp. $^{2}/_{3}$ — Przes. Kruse $^{1}/_{3}$ osad Gp. $^{2}/_{3}$ — Przes. Shiga $^{1}/_{3}$ osad
Gp. $^{1}/_{2}$ — Przes. Kruse $^{1}/_{2}$ ślad os. Gp. $^{1}/_{2}$ — Przes Shiga $^{1}/_{2}$ ślad os	Gp. $^{1}/_{2}$ — Przes. Kruse $^{1}/_{2}$ słaby osad Gp. $^{1}/_{2}$ — Przes. Shiga $^{1}/_{2}$ słaby osad
Gp. $^{1}/_{3}$ — Przes. Kruse $^{2}/_{3}$ brak os. Gp. $^{1}/_{3}$ — Przes. Shiga $^{2}/_{3}$ brak os	Gp. $^{1}/_{3}$ — Przes. Kruse $^{2}/_{3}$ ślad os. ? Gp. $^{1}/_{3}$ — Przes. Shiga $^{2}/_{3}$ ślad os ?

[24]) Weitere Untersuchungen über die Ruhr und die Ruhrbacillen. Deutsche med. Woch. 1901, Nr. 23.

[25]) Zur Bakteriologie der Ruhr. Mikrobiol. Ges. zu Peterb. 1903. 8 Nov. Cbl. f. Bak. Ref. XXXIV. Nr. 14/15. Russkij Wracz 1903. Nr. 52. S. 1854.

przesączu szczepu Kruse, względnie Shiga, w stosunku $^{1}/_{3}$ przesączu na $^{2}/_{3}$ surowicy, a następnie oznaczono po odcentryfugowaniu osadu zawartości precypityn dla przesączów obu szczepów w jasnym górnym płynie, jak to pokazuje Tablica III.

Wyniki te stanowczo przemawiają przeciw odrębności obu szczepów, które nadal zgodnie z odkrywcami ich należy uważać za identyczne.

Dla uzupełnienia tych danych wypadało jeszcze bliżej zbadać zachowanie się obu typów wobec prawidłowej surowicy końskiej.

Badanie to, wykonane na całym szeregu surowic koni, jużto zupełnie nieszczepionych, jużto uodparnianych przeciw paciorkowcom lub durowi, okazało, że surowice te aglutynują szczep Shiga w rozc. $^{1}/_{10}$—$^{1}/_{20}$, zaś szczep Flexner w rozc. $^{1}/_{75}$—$^{1}/_{375}$. (Według moich spostrzeżeń prawidłowa surowica końska okazuje wogóle wysokie wartości aglutynacyjne wobec różnych rodzajów bakteryi (gronkowce, dur, bakterye fluoryzujące, nosacizna). Ta wybitna łatwość ulegania aglutynacyi, jaką okazuje szczep Flexner, pozostaje może w pewnym związku z faktem, spostrzeganym w tutejszym zakładzie, że przy uodparnianiu koni przeciw obu typom bakteryi w równych zresztą warunkach uzyskuje się znacznie szybciej wysokie wartości surowicy przeciw typowi Flexner, aniżeli Shiga. Próby absorpcyi swoistej, wykonane na tych surowicach prawidłowych w taki sam sposób, jak wyżej przedstawione, okazały zupełną niezależność aglutynin normalnych dla obu typów, t. zn. dodanie do surowicy jednego szczepu zabiera odpowiednie aglutyniny, nie naruszając aglutynin dla szczepu drugiego. To odrębne zachowanie się aglutynin normalnych, a swoistych zdawałoby się przemawiać przeciw ich tożsamości; możnaby je jednak pogodzić z teoryą tożsamości, przyjmując, że aglutyniny częściowe, wspólne obu typom, stanowią bardzo małą część aglutynin normalnych tak, że ich absorpcya wcale się nie uwidacznia, a dopiero zwiększona przez uodpornienie ich zawartość w surowicy swoistej pozwala je odkryć. W takim razie należałoby resztę aglutynin dla Flexnera, pozostającą po zupełnej absorpcyi aglutynin dla Shigi w surowicy swoistej, uważać za tę część, która odpowiada aglutyninom normalnym dla tego typu.

Pozostawałaby w niektórych przypadkach jeszcze jedna metoda, pozwalająca również bliżej badać aparat chwytników pokrewnych bakteryi, a mianowicie swoista absorpcya ciał bakteryobójczych. Według Conradiego, Drigalskiego i Jürgensa[26]) surowica ochronna przeciwdurowa działa bakteryobójczo na bakterye rzekomodurowe, a surowica ochronna przeciw bakteryom rzekomodurowym takie na bakterye durowe, choć w każdym przypadku słabiej na bakterye pokrewne, niż na homologiczne.

Podobne zachowanie się stwierdził Gay[27]) co do typu Kruse-Shiga i Flexner. Mamy tu tedy podobne pokrewieństwo chwytników dla ciał bakteryobójczych, jak już

[26]) Ueber eine unter dem Bilde des Typhus verlaufende und durch einen besonderen Erreger bedingte Epidemie. Z. f. Hyg. XLII. 1903. S. 162.

[27]) l. c.

wyżej znaleźliśmy co do aglutynin i precypityn. Doświadczenia w tym kierunku, które w najbliższym czasie zamierzam przeprowadzić, niewątpliwie potwierdzą i uzupełnią wyniki dotąd przedstawione.

Pozostawałoby jeszcze dla wyjaśnienia pokrewieństwa różnych typów bakteryi rzekomo-czerwonkowych (Kruse, Strong, Lentz, Deycke itd.) uzyskać surowicę swoistą i to z uwzględnieniem wyżej omówionych faktów z różnych gatunków zwierząt, a dalej przeprowadzić z temi surowicami próbę Castellaniego w różnych kombinacyach.

Pytania te, jak wogóle sprawa powinowactwa różnych typów bakteryi czerwonkowych, mają też niemałe znaczenie praktyczne. Z prac Krusego[28], Shigi[29] i Rosenthala[30]) zdaje się niedwuznacznie wynikać skuteczność swoistego leczenia surowiczego czerwonki. Wobec tego, że jak na wstępie zaznaczyłem, etyologia czerwonki zdaje się nie być jednolitą, lecz że mamy tu do czynienia conajmniej z dwoma czynnikami chorobotwórczymi odrębnymi, choć blisko spokrewnionymi, — leczenie w każdym typie etyologicznym zakażenia czerwonkowego będzie musiało być swoiste, to znaczy czerwonki, wywołane bakteryami Kruse-Shiga, muszą być leczone surowicą, uzyskaną zapomocą tego właśnie typu; czerwonki, wywołane przez typ Flexner, surowicą swoistą dla tego typu. Działanie ochronne surowicy swoistej na typ pokrewny jest słabsze, niż na typ własny; to też w praktyce nie możemy na nie liczyć i musimy wobec tego starać się działać środkami ochronnymi ściśle swoistymi. Że zaś ściśle rozpoznanie bakteryologiczne, z jakim typem zarazka mamy do czynienia, w praktyce rzadko tylko da się przeprowadzić, a w każdym razie opóźniałoby nasz zabieg leczniczy, uważam za najstosowniejsze wytworzyć surowicę wielowartościową, t. j. przez uodparnianie obu typami równocześnie uzyskać surowicę, skuteczną wobec obu typów zakażeń. Tembardziej zaś nada się oczywiście taka surowica do leczenia przypadków zakażenia mieszanego oboma typami, jakie opisywali Vedder i Duval, jakoteż Gay i Duval *(l. c.)*. Próby w tym kierunku zostały już przezemnie rozpoczęte, o czem w swoim czasie bliżej doniosę.

Wreszcie, kończąc, chciałbym podnieść znaczenie metod, stosowanych w powyższych doświadczeniach, dla określenia stopnia pokrewieństwa w obrębie różnych grup bakteryi. Prace, które niezadługo mają się ukazać, przedstawią zastosowanie ich w grupie bakteryi siennych i bakteryi fluoryzujących. Zgodnie z Wassermannem należy podnieść, że metody te pozwalają niezależnie od zdolności pewnego szczepu do ulegania aglutynacyi zbadać jego pokrewieństwo z innymi szczepami.

Dodatek. Po ukończeniu powyższych badań ukazała się praca Jürgensa (*Untersuchungen über die Ruhr. Zeitschrift für klin. Med. LI. H. 5/6*), w której autor dochodzi w sprawie pokrewieństwa różnych typów czerwonkowych do tych samych wniosków, jak wyżej przedstawione.

[28]) Die Blutserumtherapie bei der Dysenterie. Deutsche med. Woch. 1903, Nr. 3, 4.
[29]) l. c.
[30]) l. c.

III. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych wojskowej Akademii lekarskiej w Petersburgu.

Rola gonotoksyny w powstawaniu chorób rzeżączkowych.

Podał

Dr. med. Zdzisław Sowiński,
ordynator kliniki.

(Ciąg dalszy).

Wszystkie przytoczone cechy razem dawały mi prawo wyhodowane przezemnie dwoinki uważać za dwoinki rzeżączkowe Neissera. Pobieżny rzut oka na życie dwoinek rzeżączkowych na podłożach sztucznych przekonywa, iż żyją one dość krótko, ale hodowla, raz zabezpieczona od wysychania, trwać może dłuższy lub krótszy przeciąg czasu. Tak np. drugie pokolenie jadowitej hodowli istniało na bulionie surowiczym 23 dni, a cząstki jej, przeszczepione na agar z surowicą, dały początek jeszcze kilku koloniom. O ile zauważyłem, długość życia dwoinek zależała od większej ilości płynu puchlinowego, którego używałem $^3/_4$ do $^1/_4$ w stosunku do objętości. Na agarze z surowicą po 3—5 dobach hodowla już ginęła. Czysta surowica krwi królika, a także, jak zapewnia Christmas, ścięta surowica jest podłożem, na którem dwoinki nie tylko obficie rosną, ale i długość życia ich dochodzić może do 3—4 tygodni, a nawet czasem i 2 miesięcy, pomimo zupełnego wyschnięcia surowicy, która do tego czasu tworzy już twardą skorupę. Trudność w użyciu tego podłoża polega na tem, że niemożna otrzymać takiej surowicy w znaczniejszych ilościach. Niewielki dodatek cukru (niewięcej niż 1%) według Christmasa, wbrew zdaniu Steinschneidera zwiększa podobno wartość podłoża. Christmas utrzymuje, że dwoinki rozwijają się kosztem cukru, ponieważ w miarę wzrostu ich ilość cukru ciągle i stopniowo się zmniejsza i w końcu pozostają zaledwo ślady cukru, co autor określał znanymi odczynami chemicznymi i zapomocą fermentacyi. Przytem środowisko z początku zasadowe nabierało odczynu zlekka kwaśnego, co zdaniem Christmasa przypisać należy według wszelkiego prawdopodobieństwa obecności cukru, ponieważ w podłożach, niezawierających cukru, takiej zmiany oddziaływania nie spostrzegano.

Badając ropę, rozprowadzoną po agarze surowiczym, w 1—2 godziny po szczepieniu, szczególniej biorąc próby z pierwszej i drugiej rysy, gdzie ropy zawsze bywa więcej, powiodło mi się stwierdzić fakt, opisywany przez Christmasa, mianowicie, że na początku dwoinki rozwijają się w dalszym ciągu w komórkach ropnych, o czem można się przekonać, przenosząc z godziny na godzinę ropę z podłoża na szkiełko i badając ją drobnowidowo. Ujrzymy wtedy, że protoplazma wszystkich ciałek ropnych całkowicie jest wypełniona dwoinkami, skąd wskutek pękania komórki ropnej wypadają one wprost na podłoże i tutaj poczynają się rozwijać w nowych warunkach.

Z drugiej znowu strony, przeszczepiając hodowle z bulionu z dodatkiem płynu puchlinowego na różne gatunki zwykłego agaru, czasami spostrzegałem pojedyncze kolonie dwoinek rzeżączkowych w pierwszej rysie na agarze. Rozwój w tym przypadku przypisuję tej okoliczności, że prze-

nosząc hodowlę platynową łopatką, jednocześnie przenosiłem i pewną ilość płynu puchlinowego, który mógł tutaj sprzyjać rozwojowi kolonij.

Co się zaś tyczy wogóle znaczenia warstewki, tworzącej się na powierzchni bulionu, to wskazuje ona, że w ciągu pierwszych 2—3 dni rozwój dwoinek odbywa się na dnie naczynia, a następnie wstępuje on w nowy okres, gdy poczyna się rozwój na powierzchni. To tworzenie się warstewki powierzchownej i stopniowe jej zmiany wsteczne wskazują, zdaniem mojem, iż dwoinki rzeżączkowe należą do wyraźnych tlenowców (*aerobia*) Korzystając z tej ich właściwości, wybierałem do szczepienia kolby o szerokiem dnie, gdzie powierzchnia zetknięcia się płynu z powietrzem była większa, a tworzenie się warstewki powierzchownej żywsze. Jeżeli warstewkę tę widać było już począwszy od 3 dnia i jeżeli zajmowała ona całą powierzchnię bulionu surowiczego, to toksyna takiej hodowli była jadowitą.

Ponieważ przeważnie używałem gęstej zawiesiny gonotoksynowej, którą otrzymywałem przez strącanie hodowli bulionowosurowiczej wyskokiem, przeto opiszę tutaj sposób, w jaki to wykonywałem.

Czystą surowiczobulionową hodowlę dwoinki rzeżączkowej, która przestała 10—13 dni w termostacie, po uprzedniem powtórnem sprawdzeniu strącałem 3 objętościami 92—90° wyskoku, przyczem w osadzie były i ciała drobnoustrojów i ich wytwory: po odstaniu się osadu w ciągu pewnego czasu, zlewałem przeźroczysty płyn z powierzchni, o ile się dało, a resztę przesączałem przez jałowy papierowy sączek, poczem osad przemywałem niewielką ilością wody jałowej w celu usunięcia śladów wyskoku. Sączek przebijałem wypaloną w ogniu pałeczką szklanną, poczem cały osad zmywałem wodą (wyjałowioną) o ciepłocie 40—50° C. do wyjałowionej kolby Erlenmeyera.

Ponieważ w zawiesinie tej było dużo grudek, więc naprzód płyn kłóciłem, dopóki zupełnie nie zniknęły kłaczki, poczem niewielkie jego ilości (od 5 do 10 c. c.) zapomocą wyjałowionej pipety rozlewałem do probówek; ochraniając je od wysychania, nakładałem na nie gumowe kołpaki i stawiałem w miejscu chłodnem. Uzyskana zawiesina wyglądała jak gęsta śmietanka, zależnie od stężenia w każdym poszczególnym przypadku.

Fakt istnienia gonotoksyny w hodowlach dwoinek rzeżączkowych, jak mieliśmy sposobność przekonać się o tem, nie ulega wątpliwości; sprawa jednak, gdzie się gonotoksyna znajduje, należy do spornych. Gdy jedni autorowie utrzymują, że znajduje się ona jedynie w ciałach drobnoustrojów, inni znajdowali ją podobno tylko w pożywce, jako wytwór życiowy dwoinek; jeśli zaś toksyny w pożywce nie znajdowano, to zdaniem Christmasa należy to przypisać temu, że podłoże było nieodpowiednie. W celu wyświetlenia tej spornej sprawy autorowie przesączali hodowlę dwoinek rzeżączkowych przez sączek Chamberlanda. Ten jednak sposób przesączania, dający tak świetne wyniki przy innych toksynach, okazał się nie do użycia, ponieważ sączek Chamberlanda w wysokim stopniu ma własność zatrzymywania gonotoksyny. Wyniki ujemne należy tłómaczyć zjawiskiem, spostrzeganem przez Christmasa: ziarnka jéquirity w ilości 10 grm., potłuczone i dobrze roztarte, zalewano na pół godziny 200 c. c. wody, poczem przesączano przez nowy sączek Chamberlanda. 1 c. c. przesączu zastrzyknięto pod skórę myszy, a parę kropel na spojówkę królikowi. Dla porównania uczyniono tosamo z nalewką nieprzesączoną na drugiej myszy i drugim króliku. Po 24 godzinach druga mysz padła, a oko drugiego królika uległo mocnemu zapaleniu; natomiast mysz i królik, u których użyto przesączu, żadnym ubocznym wpływom nie uległy, pomimo iż później n. p. wprowadzano im znacznie większe dawki opisanego płynu.

Rozprowadziwszy ropę z cewki, zawierającą dwoinki, rzeżączkowe, na agarze z surowicą i agarze z domieszką płynu puchlinowego, przygotowanym z bulionu cielęcego Christmasa, po 20 godzinach przeszczepiłem hodowlę dwoinek rzeżączkowych, wyrosłych na agarze z domieszką płynu puchlinowego, do bulionu z płynem puchlinowym (1 cz. bulionu + 3 cz. płynu puchlinowego), a dwoinki wyrosłe na cielęcym surowiczym agarze przenosiłem do bulionu surowiczego Christmasa.

Szczepienie wykonałem jednocześnie w dużych kolbach. Z kolei, pragnąc naprzód wyjaśnić, gdzie mianowicie znajduje się gonotoksyna, wykonałem cały szereg doświadczeń z tkanką podskórną, jamą brzuszną i rogami macicy, wprowadzając świnkom morskim i królikom albo wyłącznie ciała drobnoustrojów, albo same tylko przesącze, albo wreszcie zgęszczoną zawiesinę gonotoksynową. Wyniki otrzymałem następujące.

1. Hodowle trzydobowe dwoinek rzeżączkowych na bulionie surowiczym i na bulionie surowiczocielęcym Christmasa, w ilości 100 c. sz., przesączyłem przez niezbyt grubą warstwę wyjałowionego łojka (*talcum*); obydwa przesącze, niezawierające ciał dwoinek, wstrzyknąłem do rogów macicznych i do tkanki podskórnej. Wstrzyknięcie 4 gramów przesączu do tkanki podskórnej wywoływało po 18—20 godzinach tworzenie się ograniczonych nacieków, zawierających po przecięciu w 5 dobie białe ciałka krwi wielo- lub jednojądrzaste, częściowo uległe rozpadowi. We wszystkich przypadkach ciepłota dochodziła do 40—40·5° C. a po trzech dobach wracała do stanu prawidłowego. Waga zwierząt spadała w stosunku 80—100 gramów na kilogram za cały czas. Szczepienia gęstej ropy pozostawały jałowe. Tego rodzaju doświadczeń wykonałem sześć tak na świnkach morskich, jak i na królikach. Doświadczeń nad wprowadzaniem przesączów do rogów macicznych wykonałem również sześć. Przy badaniu pośmiertnem na 6—9 dzień w treści rogów macicznych znajdowaliśmy pod drobnowidem jednojądrzaste ciałka białe, ciałka czerwone; rogi były powiększone, przekrwione, soczyste; płynu wolnego nie znajdowaliśmy; przy ukłuciu igłą strzykawki miejsce ukłucia natychmiast krwawiło. Objawy te występowały jednak nie u wszystkich zwierząt w równym stopniu. Szczepienia zeskrobanych ze ścian cząstek błony śluzowej pozostawały jałowe.

W następnych doświadczeniach przesącze z hodowli strącaliśmy przy pomocy 3 objętości 90% wyskoku, poczem osad, pozostały po przesączeniu, rozprowadzaliśmy tylko 20 c. sz. wody wyjałowionej; pomimo to wstrzykując taką zawiesinę do rogów macicznych ani razu nie zdołaliśmy wywołać w macicy nagromadzenia ropy (*pyometra*). Przeciwnie wstrzykując po 1 c. sz. tegoż płynu do tkanki podskórnej królikom lub świnkom morskim, już po upływie 20 godzin

spostrzegaliśmy nacieczenia, których tworzeniu się towarzyszyła gorączka i wyraźny spadek wagi zwierzęcia. Przecinając takie nacieczenie po 2 dobach, spostrzegaliśmy to samo, co wyżej.

A zatem przesącz 3-dobowej hodowli dwoinek rzeżączkowych, zarówno jak i przesącz zgęszczony przez osadzenie wyskokiem, posiadają słabe własności ropotwórcze i wywołują w rogach macicznych nagromadzenia ropy *(pyometra)*.

2. Drugi szereg doświadczeń wykonaliśmy z takiemi samemi hodowlami, które jednak naprzód trzymaliśmy w termostacie w ciągu dni 11. Przesącz z takiej hodowli, w ilości 2—4 c. sz. wstrzyknięty w tkankę podskórną, wywoływał tworzenie się niewielkich nacieczeń pod postacią mas ropnych żółtej barwy; szczepienia z tych mas pozostawały jałowemi. Wahania ciepłoty i straty na wadze u zwierząt były takie same, jak w poprzednich doświadczeniach. Takich doświadczeń zrobiliśmy cztery.

Wstrzyknąwszy kilka kropli wspomnianego przesączu do rogów macicznych, już po 5 dobach przy badaniu pośmiertnem można było spostrzegać obraz następujący: Rogi maciczne nie powiększone; bardzo wyraźne przekrwienie i nieznaczne nagromadzenie masy lepkiej, łatwo dającej się zeskrobać zgłębnikiem; płynu wolnego w rogach nie spostrzegaliśmy. Szczepienia wspomnianej masy lepkiej okazały się jałowemi, a pod drobnowidem składała się ona z ciałek białych jedno- lub wielojądrzastych, częściowo uległych rozpadowi. Takich doświadczeń zrobiono pięć. Badania pośmiertne robiliśmy w okresie do 12 dni po zastrzyknięciu i płynu wolnego ani razu nie spostrzegaliśmy; co się zaś tyczy innych objawów, to w niektórych przypadkach były one silniejsze, w innych słabsze.

Osadzając toksynę i w tym przypadku zapomocą wyskoku, a osad rozprowadzając 30 c. sz. wody wyjałowionej, pomimo to nie mogliśmy wywołać wyraźniejszych objawów zapalnych, chociaż do tkanki podskórnej wstrzykiwaliśmy po 5, a do rogów macicznych po 0,2 c. sz.

Porównując jednak wyniki wstrzykiwania przesączów z hodowli 3- i 11-dniowej dwoinek rzeżączkowych, spostrzegamy, iż z biegiem czasu przesącze stają się bardziej toksyczne i nabierają silniejszych własności ropotwórczych.

3. Chcąc przekonać się, czy rzeczywiście przesącz z 20-dniowej hodowli posiada takie same własności toksyczne, jakie mu przypisywał Christmas, używaliśmy także do doświadczeń przesączu z hodowli dwoinek rzeżączkowych, wyrosłej na podanym przez niego bulionie w 100 c. sz. i trzymanej w termostacie przy 36° C. w ciągu dni 20. Przesączywszy hodowlę przez warstwę łojku, wstrzykiwaliśmy przesącz w tkankę podskórną, do jamy brzusznej i do rogów macicznych.

Wstrzykując do tkanki podskórnej królikom i świnkom morskim 2—4 c. sz., wywoływaliśmy niewielkie nacieczenia, po których przecięciu znajdowaliśmy masy ropne, zawierające bardzo obficie jedno- i wielojądrzaste ciałka białe. Szczepienia z tych mas pozostały jałowemi.

Wstrzykując do jamy brzusznej świnkom morskim, ważącym do 400 gr., po 10 c. sz. przesączu, traciliśmy zwierzęta po 5—6 godzinach. Badanie pośmiertne wykrywało obrzęk narządów wewnętrznych i obecność w jamie brzusznej do 2 łyżeczek płynu, który składał się z jednojądrzastych ciałek białych. Szczepienia krwi z serca, oraz wspomnianego płynu pozostawały, jak wyżej, jałowemi.

Z kolei szereg badań (5) przez wprowadzanie wspomnianego przesączu do rogów macicznych dał we wszystkich przypadkach wynik ujemny, ponieważ ani razu nie udało się stwierdzić żadnych widocznych zmian w jamie rogów, oprócz nieznacznego przekrwienia i niewielkiego obrzęku, pomimo że badania pośmiertne robiliśmy w różnych okresach od 5—15 dnia po wstrzyknięciu.

Co się zaś tyczy objawów ogólnych, jakie wywołuje wstrzyknięcie takiego przesączu, to zasadzały się one na podniesieniu się ciepłoty do 40° C., co po 3 dobach ustępowało zupełnie; waga spadała w przybliżeniu w stosunku 75—100 grm. na kilogram zwierzęcia, w zależności od dawki, poczem na 7—8 dzień waga wyrównywała się zupełnie.

(C. d. n.)

IV. Wyciągi.

Steidl. **Przyczynek do operacyi Alexandra-Adamsa.** *(Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, tom 19, zesz. 2, 1904). Ponieważ niezawsze można trwale wyleczyć tyłozgięcie macicy przez zastosowanie krążków, przeto uciekano się do rozmaitych zabiegów operacyjnych. Tu należy także operacya Alexandra-Adamsa, polegająca na skróceniu więzadeł okrągłych od strony kanału pachwinowego. Jest ona najmniej niebezpieczną ze wszystkich zabiegów, zmierzających do tego celu, (*ventri* i *vaginifixatio, vesicofixatio*, op. Wertheima), gdyż nie otwiera jamy otrzewnej. Najważniejszym warunkiem pomyślnego wyniku jest nietyle dobre wykonanie operacyi, ile odpowiedni dobór przypadków. Od niego to przedewszystkiem zależą różnice w wynikach, uzyskanych przez różnych ginekologów. Autor radzi w przypadkach tyłozgięcia ustalonego, opierającego się leczeniu ortopedycznemu, lub jako operacyę dodatkową przy wielkich wypadnięciach macicy, przymocowywać macicę do ściany brzusznej, przyczem można w razie potrzeby usunąć także i chore przydatki, we wszystkich zaś przypadkach tyłozgięcia ruchomego wykonywać operacyę Alexandra-Adamsa, jeżeli się nie powiedzie usunąć dolegliwości chorych przez zastosowanie krążków. W ostatnich $2^1/_2$ latach wykonano w klinice strasburskiej 60 razy tę operacyę: 13 razy u kobiet, które nie rodziły, 10 razy u pierwiastek, a 37 u wieloródek. Wiek wahał między 19—52 r. ż.: 22 razy wykonano operacyę w połączeniu z kolporafią, jeżeli tyłozgięciu towarzyszyło miernego stopnia wypadnięcie. W przeciwieństwie do wielu operatorów autor stanowczo odradza rozcinać kanał pachwinowy, bo to usposabia do wytworzenia się przepukliny, chyba tylko wyjątkowo można kanał pachwinowy rozciąć, jeżeli więzadło się urwie lub jeżeli go wogóle nie można znaleźć. Na 8 przypadków, w których musiano z takich powodów naciąć kanał pachwinowy, stwierdzono później w 2 przepuklinę. Zasadą więc powinno być po dojściu do powięzi postępować wogóle o ile możności na tępo. Skrócenie więzadła o 10—12 ctm. zupełnie wystarcza, aby utrzymać macicę w prawidłowem położeniu. Z różnych materyałów, użytych do szycia, najbardziej zadowolony był autor z jedwabiu celuloidynowego Pagenstechera. Przy zakładaniu szwów ustalających starał się autor ostatnim czasem objąć także okostnę. Ze względu na dość częste (w 12 przypadkach) ropienie, na które i wszyscy inni operatorowie zwracają uwagę, stosował autor sączkowanie gazą lub cienkiemi rurkami gumowemi, które wyjmował po 3 dniach. Wpływu jednak szkodliwego na wynik pooperacyjny ropienie to nie miało w żadnym przypadku. Dalej radzi autor włożyć do pochwy przed operacyą odpowiedni krążek i zostawić go po operacyi 2 tygodnie, gdyż przez ciągłe leżenie operowanej na wznak i wypełnienie pęcherza moczowego mogłoby czasem ucierpieć ustalenie więzadeł, a krążek stanowi zawsze pewną podporę. Operacyę należy wykonywać obustronnie. Wyniki były bardzo dobre. Przypadku śmierci po tej operacyi nie znalazł autor w piśmiennictwie ani jednego. Również nie zauważył żadnych złych następstw. Jedna chora skarżyła się na dolegliwości pęcherzowe, które należało przypisać bardzo małej elastyczności więzadeł, utrzymujących macicę przy spojeniu łonowem. W końcu podano są wyniki trwałe każdego przypadku z osobna. Czas obserwacyi wynosił od 2 miesięcy do $2^1/_2$ lat. Nawroty zauważono tylko w 2

przypadkach, czyli stałe dobre wyniki uzyskano w 95·6% przypadków, a jeżeli się odliczy jeszcze 2 przypadki, w których objawy podmiotowe nie zupełnie ustąpiły, pozostanie 93·1%. Dwa nawroty dotyczyły przypadków, z których w jednym szyto katgutem, a w drugim skrócenie więzadeł wynosiło tylko 6 ctm. Operowane, które potem zastąpiły, nie miały ani w ciąży, ani przy porodzie i połogu żadnych dolegliwości, co zresztą podają i inni operatorowie. Ze względu na te wyniki jest operacya ta ze wszech miar polecenia godną. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Fink. **Wyniki jednorazowego leczenia kamicy żółciowej w Karlsbadzie.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 30, 1904). F. jako prymaryusz szpitala i lekarz praktykujący w Karlsbadzie od 12 lat bada kamicę żółciową, jej leczenie balneologiczne i operacyjne, uzupełniając swoje doświadczenia przez sekcye i spostrzeżenia na własnej osobie. W roku 1903 śledził on u 263 chorych wyniki jednorazowego leczenia w Karlsbadzie, uwzględniając przytem poprzedni przebieg choroby aż do czasu leczenia, jakoteż zmiany przedmiotowe, a szczególnie stan pęcherzyka i przewodów żółciowych, jak i wątroby przed leczeniem i po (zwykle czterotygodniowem) leczeniu. Wyniki tych badań były następujące: 1. Co do przebiegu kamicy aż do czasu leczenia okazało się, że u $^2/_3$ chorych wystąpiła raz, albo kilkakrotnie żółtaczka, a tylko u $^1/_3$ nie było nigdy żółtaczki. (Według Kehra brakuje żółtaczki w 80% przypadków. *Sprawozd.*). Wystąpienie żółtaczki przemawia za tem, że zwykłe miejsce powstania kamyków, t. j. woreczek żółciowy nie jest już wyłączną siedzibą cierpienia, lecz że wytwory chorobowe, bądźto miękkie skrzepliny, bądź kamyki, wpędzone zostały do wspólnych wielkich dróg żółciowych: cierpienie, pierwotnie miejscowe, powikłało się przez współudział dróg żółciowych i wątroby. F. też twierdzi, że częste pojawianie się żółtaczki w znacznej liczbie przypadków zależy nie od wykształconych już zupełnie kamieni, lecz od miękkich ich zawiązków, które dostały się do dróg żółciowych i małych skrzeplin, jak to w wielu sekcyach zdołał stwierdzić. 2. Z tym wynikiem badania przebiegu choroby zgadzał się zupełnie przedmiotowy stan wątroby i woreczka przy rozpoczęciu leczenia. Gdy bowiem w woreczku żółciowym w przeważnej części przypadków było stosunkowo mało zmian przedmiotowych, to natomiast stwierdzić je było można w wątrobie w postaci powiększenia lub bolesności uciskowej albo też obydwu objawów razem; tylko w $^1/_5$ były stosunki prawidłowe. (Według Kehra obrzęku wątroby, podobnie jak żółtaczki, bardzo często brak. *Sprawozd.*). 3. Wynik jednorazowego leczenia źródłami cieplemi w Karlsbadzie trzeba uznać za korzystny, gdyż z 221 chorych, badanych z końcem leczenia, stwierdził F. w $^5/_6$ przypadków prawidłowy woreczek żółciowy, w $^7/_9$ prawidłowy stan wątroby przy badaniu przedmiotowem; korzystny wpływ stwierdził F. nawet i u reszty, t. j. w $^2/_9$ wszystkich przypadków jako zmniejszenie objętości i tkliwości wątroby. A zatem leczenie karlsbadzkie wpływa jak najkorzystniej na przebieg kamicy żółciowej, i gdy Fürbringer oceniał odsetek poprawy ledwie na 50% przypadków, to Fink spostrzegał dobry wynik w 87·33%. Jednak leczenie karlsbadzkie ma też swoje granice; stanowią je dalsze trwanie dolegliwości i kolek, a szczególnie powstałe zakażenie woreczka i dróg żółciowych i przewlekłe zatkanie przewodu żółciowego. W tych przypadkach F. operuje. Spostrzeżenia z ostatnich lat 10 pouczyły autora, że wobec zatkania przewodu żółciowego nie należy długo odwlekać operacyi; najdłużej można ją odwlec pół roku (Kehr zwleka najwyżej trzy miesiące. *Sprawozd.*), gdyż po jeszcze dłużej trwającem zatkaniu chorzy nawet po udałej operacyi ulegają powikłaniom, przewlekła żółtaczka bowiem i zakażenie ustroju zmniejszają jego odporność i tem samem widoki dobrego wyniku operacyi. *Dr. J. Fels.*

Moriez. **Wpływ klimatu Alp nadmorskich na choroby oczu.** (*Clin. ophtalm.* Nr. 10, 1904). Powszechnem jest mniemaniem, że pobyt nad morzem wywiera wpływ szkodliwy na oczy z powodu niezwykłej ilości i siły światła i odbijania się jego od powierzchni morza. Autor doszedł jednak na podstawie spostrzeżeń klinicznych i zestawień statystycznych do wniosków wprost przeciwnych. Opierając się na statystyce chorych, bądź leczonych na klinikach ocznych w Nicei, bądź zasięgających tam tylko jednorazowo porady lekarskiej, przekonał się autor, że stan oczu jest daleko lepszy u mieszkańców wybrzeży morskich, niż u mieszkańców górskich okolic Alp nadmorskich. Z ludności całego okręgu (293.213 mieszkańców) przypada 63·6% na ludność wybrzeża, która dostarczyła 42·3% operowanych na zaćmę w szpitalach w Nicei; natomiast 36·3% ludności górskiej dostarczyło 57·6% zaćm. Podobny stosunek odsetkowy wykazują dane statystyczne, dotyczące jaskry (44·5% i 55·4%). Czynniki, upośledzające zdrowie mieszkańców okolic górskich, wywierają również wpływ na powstawanie chorób ocznych. Sposób życia niehigieniczny, złe odżywianie się, wysiłki fizyczne, osłabiają ogólne odżywienie ustroju i usposabiają do zaćmy; miażdżyca naczyń na tle gośćca usposabia do jaskry.

Inne zaś są warunki na wybrzeżu morskiem. Tu światło w połączeniu z innymi czynnikami klimatycznymi wzmaga odżywienie ogólne i zapobiega wstecznym zmianom soczewki; nadto działa światło jako środek zwężający źrenicę, rozciągający tem samem tęczówkę i przeciwdziałający zamknięciu kącika rogówkowo-tęczówkowego, którego zatkanie usposabia do powstania jaskry. Pobyt więc nad brzegiem morskim jest wprost wskazanym w chorobach ocznych na tle zołzów, gruźlicy, gośćca, dny, cukrzycy; przeciwwskazania tworzy zaledwie kilka chorób ocznych, jak niedomoga nerwowa, niektóre zapalenia jagodówki, spojówki i brzegu powiekowego. *W. Reis.*

Stamm. **Zwężenie odźwiernika u oseskόw.** (*Archiv für Kinderheilkunde* T. XXXVIII, Z. 3 i 4, 1904). Autor przedstawia dwa przypadki, które niesłusznie zaliczył do grupy t. zw. ścieśnień (*stenosis*), gdyż raczej odnieść je należało do grupy kurczów odźwiernika (*pylorospasmus*). Zwężeniami bowiem odźwiernika nazywamy zazwyczaj te przypadki, w których zaciśnienie jest organiczne. Nazywając je kurczem odźwiernika, opiera się S. na tem jeszcze, że cierpienie u pierwszego oseska powstało w ósmym dniu życia, po odstawieniu od piersi i objawiało się wymiotami po każdem jedzeniu; w drugim przypadku powstało u dziecka pięciotygodniowego po grubym błędzie dyetetycznym. W obydwu przypadkach nastąpiło wyleczenie po uregulowaniu karmienia, mianowicie przez podawanie pokarmu kobiecego w małych ilościach, oraz roztworu alkalicznego z małą ilością nalewki makowca (gtt. VIII na 100 mieszaniny, co dwie godziny po łyżeczce od kawy). Roztwór alkaliczny podawano ze względu na spostrzeżenie Knöpfelmachera, że przy zwężeniu odźwiernika zachodzi nadmierna kwasota. Ze względu na etyologię cierpienia sądzi autor, że zaburzenie w większości przypadków jest czynnościowe, a nie spowodowane zmianami anatomicznemi, że więc należy w każdym przypadku rozpocząć leczenie od podawania środków wewnętrznych. — Autor oparł rozpoznanie na podstawie częstych wymiotów, skąpych stolców, słabego moczenia, wzdęcia żołądka i wykazania obrzęku w okolicy odźwiernika. *Dr. Jan Landau.*

Sachs. **Leczenie stopy koślawej.** (*Die Therapie der Gegenwart* 1904, wrzesień). Stopa koślawa polega na osłabieniu mięśni i wadliwej postawie stopy; leczenie zatem musi zwalczać jedno i drugie. Dla wzmocnienia mięśni zaleca S. sześć pomysłowych prostych ćwiczeń gimnastycznych, które opisali pierwsi Anglicy Ellis i Roth. Ćwiczenia te polegają na ruchach czynnych i opornych, są łatwo wykonalne bez wszelkich przyrządów; dla poznania ich odsyłam czytelnika do oryginału. Chory ćwiczy się w nich trzy razy dziennie po kwadransie. Cierpiący na stopę koślawą powinni podczas siedzenia trzymać stopę na zewnętrznym brzegu, co osiąga się przez krzyżowanie podudzi w dolnej trzeciej. Te przepisy i ćwiczenia już same działają uśmierzająco na bole stopy koślawej. Drugiem zadaniem leczenia jest stopę przez odpowiednie obuwie odprowadzić z postawy wadliwej o ile możności do prawidłowej. Przed obstalowaniem buta można się przekonać zapomocą opatrunku plastrowego, zaleconego przez Gibneya (również opisanego w oryginale), czy zmieniona postawa stopy rzeczywiście bole usuwa. Pierwszem zadaniem takiego buta jest odprowadzić stopę z pronacyi w supinacyę. But, którego konstrukcyę S. dokładnie opisuje, ma być do sznurowania; wkładka podnosi piętę i podeszwę w całej połowie wewnętrznej o kilka, najwyżej pięć, milimetrów. *Dr. Fels.*

A. G. Tkatschenko. **O zmianach patologiczno-anatomicznych nerek u dzieci, chorych na odrę.** (*Wracz. Gazeta*, Nr. 3, 1904) Zmiany w nerkach dzieci, chorych na odrę, mają charakter mieszany. W połowie przypadków zajęte są kłębki, we wszystkich przypadkach zaś przeważnie nabłonek kanalików krętych. Zmiana chorobowa rozwija się ogniskowo. Ogniska tkanki chorobowo zmienionej zamykają w sobie nierzadko części zdrowej tkanki nerkowej. Wogóle odpowiadają zmiany makroskopowe tylko wyjątkowo zmianom drobnowidowym, a w przypadkach, w których gołem okiem można było stwierdzić tylko miąższowe zwyrodnienie średniego stopnia, drobnowid wykrywał ostre miąższowe zapalenie nerek. *Baschkopf.*

Fuchs. **O katgucie jodowym.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 29, 1904). Autor poleca gorąco katgut jodowy, zaleceny przez Claudiusa jako bezwzględnie pewny i wolny od drobnoustrojów, który ma nadto i te zalety, że się nie rwie łatwo i odznacza się dość powolną własnością wessania. Przygotowanie jest bardzo proste: rozwija się katgut na płytki szklane i kładzie na 8 dni do roztworu wodnego jodu czystego i jodku potasu w stosunku: *Jodi puri, kali jodati aa* 1,0. *Aqu. destil.* 100,0. Po ośmiu dniach jest katgut jałowym i odpowiednim do użycia. *B. Żmigród.*

Dr. Berent i Dr. Guttman. **O znaczeniu rozpoznawczem zwiększonej ilości azotu i białka w treści żołądkowej.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 28, 1904). Przed rokiem podał prof. Salomon nowy środek rozpoznawczy dla raka żołądka. Badając ilościowo treść żołądkową, wydobytą przez dokładne przepłókanie żołądka roztworem soli fizyologicznym, znalazł S., że w przypadkach, gdzie ilość azotu wahała się od 10—70 mgr. (na 100 ctm.^{3} płynu badanego), a wystąpiło wybitne zmącenie pod wpływem odczynnika Essbacha, mamy zwykle do czynienia z owrzodzeniami błony śluzowej żołądka. Stan ten może pochodzić z wrzodu żołądkowego, albo też zależeć od raka żołądka. W innych stanach chorobowych żołądka ilości te były zwykle mniejsze. Na tej podstawie podejrzywa S. wszędzie raka żołądka, gdzie ilość N. jest wyższa, aniżeli 20 mgr. na 100 ctm.^{3}, a odczynnik Essbacha wywołuje natychmiastowe zmącenie obłoczkowate. Autorowie doszli do wyników podobnych, nieco jednak odmiennych. U nich bowiem granica dolna ilości azotu sięga niżej, waha się bowiem między 8·4—7·9 mgr.; co się zaś tyczy białka, to granica jego ilości sięga od lekkiego zmącenia aż do $^3/_4$‰. Wszystko to stwierdzili na ośmiu niewątpliwych przypadkach raka żołądka. Wobec tego radzą autorowie rozpoznawać raka żołądka tylko przy silnie dodatnim wyniku tej próby, ujemny zaś wynik nie wyklucza owrzodzeń żołądka.

Dr. M. Selzer (Lwów).

Nathan. **O związku między surowiczem zapaleniem opłucnej a gruźlicą w wieku dziecięcym.** (*Archiv für Kinderheilkunde* T. XXXVIII, Z. 3 i 4, 1904). Kilka lat temu wypowiedział Baginsky zdanie: „że zapalenie opłucnej u dzieci nie stoi w tak ścisłym związku z gruźlicą, jak to wielu autorów przypuszcza pod wrażeniem faktu, że gruźlica jest tak rozpowszechnioną w wieku dziecięcym“. Autor na podstawie swoich spostrzeżeń i doświadczeń na zwierzętach dochodzi do wniosku, że tylko w małej liczbie przypadków można wykazać związek między zapaleniem płuc u dzieci, a gruźlicą. Z 10 doświadczeń na zwierzętach tylko raz jeden otrzymał wynik dodatni; w 35-ciu przypadkach na chorych stwierdził w 2 gruźlicę płuc, w jednych zapalenie gruźlicze stawu biodrowego; w każdym razie są to wyniki, sprzeciwiające się zdaniu autorów, uważających każde zapalenie opłucnej jako wczesny objaw utajonej gruźlicy.

Dr. Jan Landau.

Martin. **Przypadek uwięzniętej przepukliny przeponowej.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 29). Dwa lata przed operacyą wpadł chory do piwnicy. Zgłosił się obecnie z objawami niedrożności jelit; operacya wykazała przepuklinę przeponową uwięzniętą. Przypadek ten zakończył się niepomyślnie. Autor radzi we wszystkich przypadkach, gdzie się na pewno rozpoznało przepuklinę przeponową, iść przez opłucnę zapomocą zwyczajnej torakotomii. Nawet gdy się już otworzyło jamę brzuszną i znalazło przepuklinę przeponową, nie należy się kusić o odprowadzenie jej od strony jamy brzusznej, lecz zdaniem autora należy jamę brzuszną zamknąć po poprzedniem założeniu nawet przetoki jelitowej i zrobić torakotomię.

B. Żmigród.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Kollargol. Wstrzykiwania kollargolu do żył (2—5 cm.^{3} 1% roztworu) zaleca Charpentier (*Arch. gén. de méd.* 1904, 9) w posocznicy. Wstrzykiwania tego środka do żył zalecają także w ciężkich przypadkach błonicy dla poparcia działania surowicy przeciwbłoniczej (*Concours méd.* 1904, 11). — Roques (*Archivos intern. de Lar.*) chwali działanie wdmuchiwań kollargolu w ozenie. Po przepłukaniu nosa i osuszeniu wacikiem wdmuchuje on 4—5 szczypt mięszaniny: *Rp. Collargol* 0·4, *Sacch. lactis* 15·0, z początku dwa razy dziennie, potem raz na dzień. — Notter (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hop.* 1904, 14) podawał kollargol wewnętrznie i przez odbytnicę (pigułki po 0·01, roztwory 1% po 10—30 cm. dziennie, lewatywy z 0·1—0·5 kollargolu na 50·0 wody, czopki stolcowe z 0·1—0·3 kollargolu) w tych przypadkach, w których dawniej podawano azotan srebrowy (padaczka, neurastenia, pląsawica, choroby przewodu pokarmowego, choroby zakaźne) i miał uzyskać dobre wyniki, szczególnie w dysenteryi. Srebrzycy nigdy po kollargolu nie zauważył.

Ah.

Kwas borowy w wielkich dawkach poleca Vohryzek do leczenia gnilca, podając 5:200 wody i wyżej co pół godz. w przeciągu doby. Niekiedy podwajał tę dawkę, podając 100 gr. w 10 dniach. Wskutek tego leczenia znikały zboczenia żołądkowe, jelitowe, jakoteż wybroczyny, nie zauważono natomiast nigdy zatrucia. Plicque leczy gruźlicę jelit lewatywami z kwasu borowego, wprowadzając rano i wieczór 125 gr. 3% roztworu. Także suchotnicy gorączkujący i z upośledzeniem trawienia znoszą dobrze te wlewania, które wpływają korzystnie na zmiany w płucach, na plwocinę i gorączkę. W pierwszym rzędzie działa kwas borowy miejscowo na jelita, działa jednak pośrednio i na oskrzela. Ponieważ kwas borowy wydziela się przeważnie moczem, nadaje się więc też w gruźlicy nerek. Według Senza działa także dobrze w leczeniu odtłuszczającem. (*E. Merck's Jahresber.*, styczeń, 1904).

Baschkopf.

Kseroform zaleca Bögehold (*Deutsche milit.-ärztl. Zeitschrift* 1904, 3) ze względu na osuszające działanie tego środka do opatrywania doraźnego ran, zadanych nowoczesną bronią palną. W ostatnich wojnach okazało się bowiem, że rany od kul, okrytych powłoką metalową, goją się, jako zazwyczaj aseptyczne, najlepiej pod prostym opatrunkiem osuszającym. B. poleca mieszaninę 10 cz. kseroformu z 1 cz. gumy arabskiej i 1 cz. kwasu borowego i sądzi, że proszek ten powinien znajdować się w podręcznym opatrunku żołnierskim.

Ah.

VI. Krynica, jej rozwój i jej obecne potrzeby.

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

IX. Interes finansowy.

Dzisiejszy majątek rządowy w zdrojowisku Krynicy wynosi 750,000 złr. Nie wliczono tu źródła i parku, które w cenie dawnego kupna są nieskończenie małe i jako takie w grę wchodzić nie mogą. Ale do rozpatrzenia się w całości interesu należy powyższą sumę majątku rozdzielić choćby w przybliżeniu na wartość finansową rozmaitych przedmiotów, a w tem różnice i niedokładności poszczególnych pozycyj nie będą miały większego znaczenia w całości rachunku.

Majątek Krynicy rządowy.

	Rentujący się	Nierentujący się	Do zburzenia	Razem
Łazienki mineralne	120.000	—	—	120.000
„ borowinowe	60.000	—	—	60.000
„ wodoleczn. .	6.000	—	6.000	6.000
„Korona“, „Berło“ .	58.000	—	—	58.000
Bazar	11.000	—	—	11.000
Dom służby . . .	9.000	—	—	9.000
Orzeł	17.000	—	17.000	17 000
Trąbka	13.000	—	13.000	13.000
Szwajcar	5.500	—	5.500	5.500
Topole.	5.500	—	5.500	5.500
Zamek	3.000	—	3.000	3 000
Jeleń	2.000	—	2.000	2.000
Górka	2.500	—	2.500	2.500
Sądówka	2.500	—	2.500	2 500
Dom zdrojowy . .	—	420.000	—	420.000
„ izolacyjny .	—	5.000	—	5.000
Grunty zakupione	—	10 000	—	10.000
	315.000	435.000	57 000	750.000

W tem zestawieniu osobliwie uderza to, że skoro kapitały, ulokowane w przedmioty nie rentujące się wynoszą 435.000 złr., to kapitały, ulokowane w przedmioty rentujące się, są mniejsze, bo wynoszą tylko 315.000 złr., a z tych przedmiotów znaczna część, bo za sumę 57.000 złr. nadaje się do wcześniejszego lub późniejszego zburzenia, czyli uszczuplenia majątku rentującego się na 258.000 złr., czyli że kapitał, nie dający renty, będzie dwa razy większym, niż kapitał, dający odpowiednie dochody.

Dom zdrojowy daje dochodu brutto 5.900 złr.
rozchodu 2.665 „
czystego dochodu 3 235 złr.
5% od 420.000 złr. = 21.000, zatem niedobór 19.795 złr.
Dom izolacyjny 5% od 5.000 złr. „ 250 „
Grunty zakupione 4% od 10 000 złr. „ 400 „
Niedobór roczny wynosi 20.445 złr.
Dochód czysty z domów czynszowych 5% od 129.000 złr. wynosi . . . . 6.450 „
pozostaje niedoboru rocznego 13 995 złr.
Że zaś cały majątek 750.000 złr. daje 5½%, czyli 40.950 „
to łazienki dać muszą czystego dochodu 54.945 złr.[1])

Kapitał w łazienkach ulokowany wynosi obecnie 186.000 złr., to ten kapitał daje $\frac{54945 \times 100}{186000} = 29 \cdot 5\%$

Tak wysoki odsetek w interesie, trwającym zaledwie parę miesięcy na rok i rozciągającym się na szerokie i różnorodne masy ludzi, musimy nazwać nie zdrowym, bo graniczy on z wyzyskiem i jako taki upaść sam przez się musi. Taki wyzysk jeszcze jako tako się toleruje przy drobnym kapitale 186.000 złr., ale niemożebnym jest przy kapitałach większych. Należy się tu zadowalniać odsetkiem mniejszym, 8—10%, jak to wprowadziłem w moich obliczeniach poprzednio, z których tutaj zestawiam

Zyski z kąpieli po strąceniu 4% i 1½% amortyzacyi w przyszłych 25 latach (w 5-leciach).

Kąpiele	Pięciolecia				
	I	II	III	IV	V
mineralne . .	63.738	81.885	105.507	126.396	175.225
borowinowe .	40.687	60.058	79.880	124.126	153.752
hidropatyczne	8.663	16.333	24.892	28.281	41.565
różne . . .	7.129	13.799	20.514	21.972	23.001
Razem .	120.217	172.055	230.856	300.775	391.543

To zestawienie wykazuje, że przy odpowiednich, a dużych wkładach w urządzenia łazienkowe, zaraz w pierwszem pięcioleciu po oprocentowaniu kapitału wraz z jego amortyzacyą dałyby łazienki nadwyżki 120.217 złr., czyli przeszło 24.000 złr. rocznie. Ta nadwyżka ciągle się wzmaga tak, że w piątem pięcioleciu wynosi 393.543 złr., czyli przeszło 78.000 złr. rocznie.

Przez porównanie tych dwóch rachunków, z których wynika, że obecnie łazienki muszą przynosić 29 5%, a według moich obliczeń zaledwie 8—9%, musimy przyjść do przekonania, że moje obliczenia są prowadzone tak, aby interes przedstawić w świetle mniej korzystnem, niż on jest w istocie, gdyż w projektowaniu przedsiębiorstwa zawsze powinno się obliczać *in minus*, a nie *in plus*. Tutaj jednak nie mogę pominąć jeszcze jednego źródła dochodów, które powinny być bardzo poważne, a które nie potrzebują prawie żadnych wkładów, a tylko umiejętności w prowadzeniu interesu. Sprzedaż wód mineralnych, którą podniosłem w I rozdziale, należy koniecznie wprowadzić na należyte tory i tę gospodarkę prowadzić racyonalnie tak, jak ją prowadzą inni wielcy przedsiębiorcy. Zrzekłszy się dochodu w 1-pięcioleciu, a włożywszy ponadto 10.000 złr. na prace naukowe, kliniczne, szpitalne, oraz na dobrą racyonalną reklamę, to otrzymalibyśmy takie

Dochody z wysyłki wód krynickich w przyszłych 25 latach (w 5-leciach).

5-lecie	Liczba flaszek	Dochód brutto złr	Rozchód na koszta złr.	Rozchód na reklamę złr.	Zysk złr.
I	250.000	50.000	12.500	47.500	—10.000
II	481.440	92.288	24.074	24.074	48.148
III	962.880	192.576	48.144	48.144	96.288
IV	1.925.760	385.152	96.288	96.288	196.576
V	3,851.520	770.304	192.576	192.576	385.152
Razem	7,471.600	1,494.320	373.582	408.582	716.164

W pierwszych 5 latach, gdyby się wydało 47.500 złr. na reklamę w szerokiem tego słowa znaczeniu, to już w drugiem 5-leciu, przy wydaniu 24 075 złr. na reklamę, pozostałoby zysku 48 148 złr. i tak postępując dalej, w V-pięcioleciu wydałoby się na reklamę 192.576 złr., a pozostałoby zysku 385.152 złr. Przez całe 25 lat wydałoby się na reklamę 408.582 złr., a zysk ze sprzedaży wód mineralnych krynickich wynosiłby 716.164 złr. Te zyski mogą być jeszcze większe, bo materyał mamy tu olbrzymi i różnorodny, ale zupełnie zapoznany. Zdrój Słotwiński II i III zastąpi Salzbrunn, Bilin, Vichy. Tego ostatniego rozchodzi się 70 milionów flaszek rocznie, a my zużywamy go około albo przeszło milion, zaś różnica tych wód jest ta, że tamta woda jest francuską, a ta jest naszą; — Francuzi jej wartość leczniczą rozgłaszają, a my pozwalamy, że woda do rzeki wpływa.

Rozpatrując się w całem tem przedsiębiorstwie, coraz więcej nabieramy tego przekonania, że interesu tak pewnego, zarówno co do warunków swego bytu, jak też możności szerokiego rozwoju, a nadto mającego dawać bardzo wysoką rentę, u nas w kraju niema, a zapewne i gdzieindziej trudnoby go było znaleźć. Z tych rozmaitych tablic z liczbami, jakie poprzednio zamieściliśmy, zrobimy jeszcze końcowy rachunek, aby uwidocznić, jak się przedstawia ten

Interes finansowy w przyszłych 25 latach.

Majątek dzisiejszy w łazienkach		186,000 złr.
Nowe wkłady w łazienki		1,944.000 „
Razem . .		2,130.000 złr.
1½% strącono na amortyzacyę		487.044 „
Majątek po 25 latach		1,642.000 złr
Zyski z kąpieli		1,217.446 złr.
„ z wysyłki wód		716.164 „
Zyski razem . .		1,933.610 złr.
Niedobór domu zdrojowego i i.	296 625 złr	
Demolacya starych domów . .	57.000 „	353.625 „
Zysk bezwzględny		1,579.795 złr.

[1]) Ten rachunek potwierdza zgodność moich poprzednich obliczeń, w których przyjąłem czysty zysk z kąpieli mineralnej 50 ct. z borowinowej 75 ct, z wodoleczniczej 30 ct. Bowiem w roku 1903 wydano kąpieli:
mineralnych 64.431 × 50 = 32.215 złr.
borowinowych 20.360 × 75 = 15.270 „
wodoleczniczych 12.355 × 30 = 3.706 „
Razem = 51 181 złr.
to znaczy, że czysty zysk z kąpieli był w roku 1903 o 3.764 złr. większy, niż to przyjmuję w swych obliczeniach na przyszłość.

To znaczy, że przedsiębiorstwo kąpielowe i zdrojowe w Krynicy przy dużych, zbytkownych wkładach będzie wypłacało co roku 4%, będzie amortyzowało $1^1/_2$%, będzie pokrywało niedobory z przedmiotów, nie dających renty, pokryje wartość zburzonych budynków, a nadto wszystko przyniesie jeszcze prawie tyle bezwzględnego zysku, ile w tym czasie będzie wynosił cały majątek przedsiębiorstwa, bo tego zysku przyniesie 1,579 985 złr., a cały majątek wynosić będzie 1,642.000 zlr. Niepodobna nie przyznać, że to jest świetny interes finansowy.

X. Zakończenie.

Krynica dla rządu zarówno pod względem politycznym, ekonomicznym, jak i finansowym, przedstawia się jako pozycya zupełnie bez znaczenia. W budżecie państwowym wobec setek milionów złr., które się tam dowolnie przerzuca, wymienia, zwiększa lub zmniejsza, dochody z Krynicy giną, jak rzeka w morzu: czy ona wpłynie, czy nie wpłynie, morze istnieć nie przestanie. Ale gdy potrzeba większych wkładów w przedsiębiorstwo krynickie, wtedy minister niechętnym na to patrzy okiem; to mu robi w budżecie pewną dywersyę, to mu przeciąża rozchód państwowy sumą poważniejszą, to uważa za niedobór przedsiębiorstwa, bo budżet państwowy jest inny, niż budżet handlowy. Tą drogą postępowano dawniej. Obecnie budżet państwowy w pozycyi rozchodów obcina się na wszystkie strony i taki nic nie znaczący dla rządu i państwa przedmiot, jak Krynica, nie znalazłby dla siebie poważniejszej pozycyi na rozwijanie interesu, dlatego jej najwyżsi kierownicy muszą wyszukiwać funduszów, lokowanych w papierach, a będących własnością czyto dóbr kościelnych, czy też dóbr państwowych, i z tych, o ile one są i o ile na to zezwoli minister rolnictwa, minister oświaty, a przedewszystkiem, jeżeli da swą aprobatę minister skarbu, wtedy dopiero można zdobyć jakiś kapitał na podniesienie przedsiębiorstwa Krynicy. Zatem, prócz ciężkiej, zawiłej a kosztownej administracyi rządowej, to jest nowy szkopuł, o który rozwój Krynicy rozbijać się musi, a jest on dla zdrojowiska tem niebezpieczniejszy, że jego siła i wielkość zależy od konstelacyi politycznych państwa.

Obecnie Krynica, jako właściwe przedsiębiorstwo, nie istnieje, a tylko figuruje w budżecie państwa w dochodzie i rozchodzie, jako suma nieskończenie mała i budżet państwa tego nie odczuje, gdy się te pozycye zupełnie wykreśli. Ale całkiem inaczej ta rzecz się przedstawia ze stanowiska ekonomicznego kraju, zwłaszcza kraju, tak upośledzonego pod względem handlu i przemysłu, jakim jest Galicya. Ekonomiczne znaczenie przedsiębiorstwa Krynicy jest istotnie bardzo doniosłe, ale należy je dobrze zrozumieć i przedsiębiorstwo to dobrze prowadzić. Tymczasem ci, którzy sterują nawą tego interesu, twierdzą: „nam wszystko jedno, czy bilet na kąpiel kupi biedny żyd, czy też magnat.“ To nie jest tylko frazes, który się często słyszało. Cały interes w tym duchu prowadzono i istotnie zmieniono jakość frekwencyi krynickiej: z dawnego salonu letniego całej Polski zrobiono żydowskie miasteczko galicyjskie. Dawniej zjeżdżały tu bogate rodziny z Królestwa, Litwy, Podola, Ukrainy, z Poznańskiego i różnych dalszych stron, jak również liczne bogate rodziny z Galicyi. Stosunek tego zjazdu z kraju, a z poza kraju wynosił (1875 do 1877) średnio jak 23:10. Obecnie jakość się zmieniła i stosunek się zmienił, bo wynosi (1903) 44:10. Ta zmiana jakości frekwencyi i stosunku frekwencyi krajowej do pozakrajowej ma bardzo doniosłe znaczenie ekonomiczne dla Galicyi. Dzisiaj przeważnie przyjeżdżają osoby niezamożne, a nawet biedne, które wydają na swój cały pobyt w zdrojowisku średnio 100 złr. a może 200 zlr. Dawniej przyjeżdżały osoby bogate tak, że średnio można liczyć 400 złr. na osobę; trzymając się obliczeń dotychczas podawanych, to ta zmiana jakości frekwencyi uwidoczni się, gdy obliczymy i zestawimy

Targ sezonowy w przyszłych 25 latach (w 5-leciach).

5 lecie	100 złr na osobę	200 złr. na osobę	300 złr. na osobę	400 złr. na osobę
I	3,461.200	6,922.400	10,383.6 0	13,844 800
II	4,430.300	8,860.600	13.290.900	17,721.200
III	5,670.700	11,341.400	17,012 100	22,682.800
IV	7.257.600	14,515.200	21,772.800	29,030.400
V	9,289.700	18,579.400	27.869.100	37,158.800
Razem	30,109.500	60,219.000	90,328.500	120,438.000
Kąpiele	3,008.721	3,008.721	3,008.721	3,008.721
Renta	27,100.779	57,210.279	87,319.779	117,429.279

To znaczy, że przy frekwencyi ludzi, mogących wydać na swe sezonowe leczenie się tylko 100 złr., przyniesie 25-letni targ 30 milionów złr., z których 3 miliony odpłynie do skarbu państwa, a pozostanie w kraju 27 milionów złr. Jeżeli zaś rozwinie się przedsiębiorstwo krynickie tak, aby istotnie mogli przyjeżdżać ludzie zamożni, to wprawdzie do Wiednia odpłynie także 3 miliony, ale w kraju pozostanie 117 milionów złr. W tym ostatnim przypadku import wynosiłby 35 milionów złr. i nie byłoby eksportu na 81 milionów, gdy w pierwszym przypadku import wynosi tylko 5 milionów złr., a eksport pieniędzy z kraju nastąpi w całej pełni.

Pod sumą targu sezonowego umieściłem zysk za kąpiele, bo to zestawienie najlepiej uwidacznia, o ile w przedsiębiorstwie krynickim zaangażowane są interesy państwa, a interesy kraju. W najgorszych warunkach Krynica się przedstawia tylko w $^1/_{10}$ interesem państwa, a $^9/_{10}$ jest w niej interesów kraju, a w najlepszych warunkach interes państwa przedstawia $^1/_{20}$, a $^{19}/_{20}$ jest interesem kraju. Jestto olbrzymi niestosunek pomiędzy zainteresowaniem właściciela przedsiębiorstwa, a zainteresowaniem w kraju, w którym to przedsiębiorstwo się odbywa. Niewtajemniczeni sądzą, że wydobyciem od rządu pół miliona, czy też całego miliona złr., wybudowaniem łazienek jednych i drugich, już się załatwiło gruntownie całą sprawę Krynicy, zapewniło się jej byt i rozwój. Tak nie jest. To sprawa bardzo trudna do istotnego rozwiązania, bo głównie polega w nadmiernym niestosunku interesu państwa i kraju z jednej strony, a z drugiej strony w niezmiernie ciężkiej, powolnej, zawiłej, a kosztownej machinie administracyjnej.

Eks. namiestnik hr. Andrzej Potocki bardzo się zajął sprawami Krynicy i przez parę miesięcy zdziałał więcej niż poprzednio przez szereg lat. Mianowicie od stu lat wlokącą się sprawę oddzielenia zdrojowiska od gminy wiejskiej już faktycznie przeprowadził. Plany na wspaniały gmach łazienek borowinowych i zakładu wodoleczniczego już opracował architekt Jan Zawiejski, zaś fundusze na ich budowę, jakoteż na inne inwestycye spodziewa się wydobyć od rządu z lokowanych funduszów dóbr państwowych. Obecnie pracuje tutaj inżynier i autoryzowany geometra Barczewski nad planem niwelacyjnym, którego nie było, oraz nad planem przyszłego rozwoju całego zdrojowiska, a praca ta ma być ukończoną w lutym 1905 r. Wkrótce ma przyjechać inżynier Leonard Nitsch z Krakowa w celu ujęcia zdroju Słotwińskiego, oraz zdroju „Dobrodzieja“, co ma być wykonanem w październiku b. r., poczem rozbioru chemicznego obu tych zdrojów dokona Doc. Dr. Lemberger. Zdrój Słotwiński ma być przeprowadzony wodociągiem — do picia przy zdroju głównym, oraz do kąpieli — w łazienkach mineralnych na I piętrze 7 do 14 wanien. Zdrój Karola ma być w jesieni badany, a jego woda już na rok przyszły ma być oddaną do picia i ma być rurami przeprowadzoną do łazienek, jak to było dawniej przed rokiem 1857. Już jest zamówione, a na wiosnę ma być przeprowadzone ogrzewanie łazienek mineralnych i borowinowych parą piecami radiatorowymi. Słowem Eksc. namiestnik wytworzył ruch dawno niebywały w Krynicy i nie można wątpić, że w krótkim czasie doprowadzi ją do należytego porządku. Ale poza tem wszystkiem pragnie on czegoś więcej: nie zadowolni go załatwienie potrzeb bieżących Krynicy, ale pracuje, by znaleźć sposób wyjścia, któryby zabezpieczał losy Krynicy na daleką przyszłość, któryby dał jej możność, aby się stała zdrojowiskiem prawdziwie europejskiem, a tem samem, aby się stała jednem z najobfitszych źródeł dobrobytu kraju. Trudności są tu bardzo wielkie, ale u ludzi silnej woli i wielkiej energii „chcieć“, to znaczy „módz“, dlatego niewątpimy, że i tu tak się stanie.

* * *

VII. Wiadomości bieżące

Kraków, dnia 13 października.

* IX-ty wiec austryackich Izb lekarskich postanowił nie zwoływać „zgromadzenia protestującego“, jak tego żądał wniosek Izby wiedeńskiej. Natomiast uchwalił wręczyć rządowi memoryał, wykazujący wszelkie usterki w ustawie, dzięki którym działalność Izb nie jest na tyle wydatną, jakby tego żądać należało dla poprawy warunków bytu stanu lekarskiego w Austryi. Memoryał ten doręczy deputacya, złożona z delegatów Izb: wiedeńskiej, niższo- i wyższo-austryackiej, styryjskiej i morawskiej.

* Izbą zarządzającą na rok przyszły wybraną została Izba w Insbruku.

* Skład galicyjskiej Rady Zdrowia na następne trzechlecie jest podług „Das österreichische Sanitätswesen“ Nr. 40 następujący: członkowie czynni z ramienia rządu: prof. Bądzyński, prof. Czyżewicz, prezydent Izby Festenburg, prof. Kadyi, prof. Mars, prof. Schramm — Członkowie czynni z ramienia władzy krajowej: prof. Machek i dyrektor szpitala Starzewski Delegaci Izb: wschodnio-galicyjskiej Dr. Bigelmajer; zachodnio-galicyjskiej Dr. Dietzius i Dr. Jabłoński z Rzeszowa, jako zastępca.

* Docent histologii w Uniwersytecie Jagiell., Dr. Stanisław Maziarski, mianowany został profesorem nadzwyczajnym.

* Drugim wiceprezydentem m. Krakowa wybrała Rada miejska profesora U. J. Dr. Stanisława Domańskiego.

* Wydział krajowy mianował Dr. Henryka Malsburga sekundaryuszem szpitala powszechnego w Brzeżanach.

* Namiestnik mianował koncepistę sanitarnego, Dr. Cyryla Dolnickiego, lekarzem powiatowym.

* W dniu dzisiejszym ma się odbyć we Lwowie Zjazd lekarzy okręgowych. Ponieważ obecnie obradujący Sejm ma postanowić o zmianie ustawy, dotyczącej okręgów sanitarnych, oraz rozstrzygnąć sprawę emerytury dla lekarzy okręgowych, przeto Zjazd tegoroczny ma szersze zadanie, niż w latach poprzednich.

* Namiestnictwo lwowskie zawiadamia, że międzynarodowy Kongres dla higieny mieszkań, który miał się odbyć w Paryżu między 15 a 20 października, odroczony został do 1 listopada b. r. i będzie trwać dni ośm.

* W swoim czasie pisaliśmy o nieuregulowanych stosunkach rządu do wydziału krajowego w sprawie corocznego świadczenia ministerstwa na rzecz prowadzenia klinik lwowskich. Ponieważ termin oznaczony dla uregulowania tego stosunku minął, oświadczył wydział krajowy, że w rozpoczynającym się roku szkolnym klinik nie otworzy. Drogą nowej zaliczki rząd usunął na razie przeszkodę do otwarcia klinik, a w bieżącym tygodniu mają przybyć do Lwowa delegaci ministerstwa oświaty i finansów, w celu zawarcia stałego układu i usunięcia tak szkodliwej tymczasowości.

* Sprawa wyboru miejsca pod budowę zakładu dla umysłowo chorych w zachodniej Galicyi zajmuje szerszy ogół społeczeństwa. Dr. Jankowski, lekarz chorób nerwowych i umysłowych, ogłosił broszurę, w której, na podstawie osobistego zbadania terenu, jego konfiguracyi i odległości od dworca kolei, dalej — warunków komunikacyi, zalesienia, położenia tuż przy miasteczku, a w godzinowem oddaleniu od Krakowa, przemawia przekonywająco za wybraniem obszaru pod Skawiną. Autor podnosi doniosłe znaczenie siedziby sądu w Skawinie, co nadzwyczajnie ułatwi formalności przy przyjęciu umysłowo chorych i wypisaniu ich z zakładu. Miejscowe warunki kosztów budowy są w Skawinie możebnie najkorzystniejsze. Bliskość od Krakowa ułatwi i umożebni młodym lekarzom krakowskim nabycie wiedzy i praktyki psychiatrycznej w wielkim zakładzie, mieszczącym 500 chorych. Argumenta przytoczone przez Dr. ankowskiego są przekonywające i rzeczowe, a popiera je kompetencya teoretyczna i praktyczna autora.

* Lekarze duńscy wzywają do składek na pomnik dla niedawno zmarłego Finsena.

* Sprawozdanie zarządu Towarzystwa Domu Zdrowia uczącej się młodzieży polskiej „Pomoc Bratnia“ w Zakopanem za rok 1903—1904 wykazuje pomyślny rozwój tyle pożytecznej działalności tego stowarzyszenia. Dopatrujemy poprawy stosunków nie tylko w polepszeniu warunków finansowych, lecz i poczynającego się interesowania tym zakładem władz krajowych i ogółu społeczeństwa. Towarzystwo liczy 2 członków honorowych, 51 założycieli, 106 — wspierających, 100 — zwyczajnych. W roku sprawozdawczym korzystało z leczenia w „Domu Zdrowia“ 47 chorych (15 pozostałych z roku poprzedniego, 32 przyjęto w ciągu roku). Z ogólnej liczby było z Galicyi 25, z pod zaboru rosyjskiego 18, jeden gimnazista z Cieszyna i jeden słuchacz techniki z Cöthen. Wszyscy chorzy przebyli razem 5971 dni; na jednego przypada przeciętnie 127 dni. Leczący się uiścili 55% należytości, reszta pozostaje dłużnikami Towarzystwa. Sprawozdanie w części lekarskiej zaznacza, że na 47 leczonych, 9 odzyskało zdrowie i zdolność do pracy; 28 doznało wyraźnej poprawy; u 6 stan się nie zmienił; u 1 nastąpiło pogorszenie; 3 zmarło.

Z obszernego sprawozdania wyciągamy jeszcze ogólny wniosek, że społeczeństwu naszemu przybył w Zakopanem nie zwykle potrzebny zakład sanitarny, w którym najcenniejsza warstwa społeczna, ucząca się a niezamożna młodzież, znaleźć może przybytek i opiekę lekarską za przystępną cenę. Gdy stan majątkowy krajowego skarbu nie jest w możności wystawić potrzebnej liczby sanatoryów dla gruźliczych, jak to gdzieindziej się już robi, kto wie, czy nie osiągnęłoby się tego samego celu na drodze samopomocy poszczególnych grup zawodowych, zakładających niniejsze sanatorya takiego typu, jaki w Zakopanem zawdzięczamy Doktorowi Żychoniowi.

* Między 18 a 24 września doniesiono władzy o jednym przypadku ospy w powiecie rzeszowskim. Dur osutkowy stwierdzono w następujących powiatach Galicyi: buczackim, drohobyckim, jaworowskim, krośnieńskim, niskim, stryjskim, tarnopolskim, zaleszczyckim (po 1 gminie), rawskim (3 gm.).

* Zwracamy uwagę, że w ogłoszeniu konkursowem na posadę sekundaryusza w szpitalu św. Ludwika, wydrukowanem w dziale inseratowym 41 Nr. „Przegl. lekar.“, zaszła pomyłka; termin wnoszenia podań kończy się nie 20 listopada, lecz 20 października.

Mianowania i odznaczenia. Profesorem farmakologii w uniwersytecie wiedeńskim mian. został Meyer z Marburga. Dr. Schultze mian. profesorem nadzwycz. i kierownikiem kliniki psychiatrycznej w Gryfii. Dr. Pels-Leusden mian. kierownikiem chirurgicznej kliniki w Berlinie. Dr. Menge mian. kierownikiem kliniki ginekologicznej w Erlandze. Dr. Franz mian. kierownikiem kliniki ginekologicznej w Jenie.

Nekrologia. Dr. Edward Taraszkiewicz, lat 63 — w Kronsztadzie. Dr. Leon Mandelstamm, urodzony w Kownie, lat 73, — w Połtawie. Dr. Massen, prof. ginekologii i położnictwa, — w Odessie.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 40. Grosglik: O znaczeniu rozpoznawczem uroskopii w chorobach chirurgicznych dróg moczowych.

— *Gazeta lekarska* Nr. 40. Saks: Przyczynek do uszkodzeń narządów płciowych u kobiety sub coitu. Halpern: O zachowaniu się chlorków w ustroju, ich stosunku do powstawania obrzęków i znaczenia w dyetetyce przy zapaleniu nerek (c. d.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 10. Z. Kramsztyk: Głos na puszczy. Bieliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 10. Duchowicz: Przyczynek do znajomości stosunków higienicznych w gimnazyach i szkole realnej w Tarnopolu. Szulisławski: Wzrok i okulary. Panek: Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy (c. d.).

— *Biblioteka lekarska* Z. IX. Landerer: Dyagnostyka lekarska (Część II). Runge: Położnictwo (Dok.). Dieulafoy: Podręcznik chorób wewnętrznych (Tom III).

— *Nowiny lekarskie* Z. 10. Noiszewski: Przyczynek do powstawania i leczenia »tic convulsif«.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 40. Rádl: O reflektorických změnach orientace zrakové (dok.). Kopfstein: Kasuistika vzácných nádorů v chirurgii (c. d.). Zimmer: Claudiův katgut.

— *Lékařské rozhledy* Z. 9. Thomayer: O enteroptose.

— *La Presse médicale* Nr. 79. Toupet i Lebret: Bredzenie z wyniszczenia. Cantas: Leczenie istotnego mimowolnego moczenia nocnego metodą naoponową (epiduralną). Dehérain: Nierówność źrenic w chorobach płuc i opłucnej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 40. Openchowski: Zwapnienie i rozszerzenie tętnicy wieńcowej prawej połowy serca, wykazane przy pomocy naparstnicy. Cohn: Dziedziczenie i leczenie zezu zbieżnego. Katz: Operacyjne leczenie martwicy błędnika z wydaleniem całego ślimaka. Wolff: Praktyczno-chirurgiczne znaczenie trzeszczki w mięśniu brzuchatym łydki.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 40. Obersteiner: Działanie promieni radu na układ nerwowy. Riedl: Wyniki doszczętnego leczenia przepukliny udowej metodą Salzera. Pick i Schwoner: Przyczynek do nauki o antytoksynie błoniczej i jej stosunku do toksyny. Lazar: Hemolityczne działanie surowicy żabiej. Knöpfelmacher i Schein: Szczepienie w czerwonem świetle.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 40. Cramer: Sądowokarne postępowanie wobec umysłowo upośledzonych. Fried: Tymczasowe wyniki leczenia dwóch chorych na białaczkę promieniami Röntgena. Fromme i Gawronsky: Mechaniczne wyjałowienie rękawic gutaperkowych. Schoen: Serce a nerwice żołądkowe. Kirchmayr: Objawy i leczenie pozornie odprowadzonej uwięzłej przepukliny pachwinowej. Feer: Zmiany w paznogciach po płonicy i po odrze. Altmann: O stosunkach między liczbami otrzymanemi hemometrem (Fleischl) a ferometrem (Jolles). Schmitt: Niektóre przypadki kontuzyi brzucha bez zranienia jelit. Dreifuss: Przypadek otwartego uchyłku Meckela. Sommer: Kazuistyczny przypadek rozrostu sutka mężkiego. Dessauer: Zaprowadzenie prądu zmiennego w zakładach lekarskich (w szczególności w zakładach dla zdjęć Röntgenowskich). Wątorek: Przyrząd do aseptyki chirurgicznej, jako suchy wyjaławiający parowy desinfektor. Tenholt: Uwagi nad desinfekcyą przy istnieniu w ustroju tęgoryjca.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 41: Beneke: Pęknięcie i rozmiękczenie przełyku. Roos: Kazuistyka niedrożności jelit. Manasse: Operacyjne leczenie bliznowatego zaciśnienia szczęk. Heermann: Dalsze stosowanie miejscowego trwałego ucisku. Stroux: O neuronalu. Glitsch: Postępy w leczeniu drgawek. Sobernheim: Aglutynowanie prątków wąglika za pomocą swoistej surowicy.

Redakcya otrzymała. Jankowski: Krajowy zakład dla obłąkanych w Skawinie. Żychoń: IV-te Sprawozdanie roczne Zarządu Towarzystwa Domu Zdrowia uczącej się młodzieży polskiej „Pomoc Bratnia“ w Zakopanem. Waligórski: Sprawozdanie z czynności lekarza Zakładu w Drohowyżu.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 40 (od 2/X do 8/X) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 30, dz. 25; nieżywo: chł. —, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 12, kob. 13; zamiejscowych: męż. 10, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 5, ob. 2. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 3. 5) krztusiec: miejsc. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 2. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 2. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. —. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 3, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 25, obcych 18.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLIII. Kraków 22 Października 1904. Nr. 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie operowania migdałka gardłowego.

Podał

Doc. Dr. Aleksander Baurowicz.

Zwrócenie uwagi na szkodliwy wpływ dla ustroju, wynikający z przerostu tkanki chłonnej, zresztą prawidłowej, zajmującej strop jamy nosowo-gardłowej, t. zw. migdałka gardłowego (*tonsilla pharyngea*) zawdzięczamy Wilhelmowi Meyerowi z Kopenhagi, który w roku 1868 ujął przerost tego migdałka w formę jednostki chorobowej pod nazwą wyrośli gruczołowatych (*vegetationes adenoidales*). W celu usunięcia przerosłego migdałka i wynikających stąd przeszkód dla oddychania nosowego podał Mayer mały nożyk pierścieniowaty, który wprowadzał drogą nosa do jamy nosowo-gardłowej i z pomocą palca wskazującego ręki lewej, wprowadzonego przez usta do jamy nosowo-gardłowej chorego, starał się w ten sposób usunąć przerosły migdałek.

Uznanie potrzeby usuwania przerosłego migdałka gardłowego dało wkrótce pochop do zmiany w technice operacyjnej, dla której drogę przez usta uznano za najodpowiedniejszą, a przyrząd zalecony przez Gottsteina, tak zwany nożyk pierścieniowaty w ustawieniu czołowem, największe znalazł zastosowanie, zwłaszcza w modyfikacyi Beckmanna lub Kirsteina. Inni (Catti, Löwenberg) zalecili w tym celu odpowiednie kleszcze, z których model Jurasza ma najwięcej zwolenników. O sposobach operowania pętlą krytą przez usta metodą Stoerka wspominam tu nawiasowo, wreszcie dodam jeszcze, że i pętlą prostą, drogą przez nos (Chiari), co niekiedy sam stosowałem, również udaje się w pewnych przypadkach usunąć przerosły migdałek gardłowy.

Największą liczbę zwolenników znalazł jednak nożyk pierścieniowaty Gottsteina, którego i ja najczęściej używałem w modyfikacyi Beckmanna, starając się zasadniczo wykonać zabieg jednorazowo, co przy użyciu kleszczy było niemożliwe. Jakkolwiek nożykiem pierścieniowatym Beckmanna operuje się jednorazowo, to przecież zabieg sam, polegający na skrobaniu, daleko odbiegał od tak idealnego operowania, jak usuwanie przerosłych migdałków podniebiennych tonsilotomem.

Przed 12 laty z górą, bo jeszcze w r. 1892, Schütz z Mannheimu [1]) podał przyrząd, zupełnie analogiczny do pierwotnego przyrządu Fahnenstocka, tylko o odpowiedniej krzywiźnie, który nazwał faryngotonsilotomem, a którym przerosły migdałek gardłowy, podobnie jak migdałek podniebienny, można dokładnie usunąć jednem cięciem. A przecież przyrząd ten nie znalazł przyjęcia, a nawet w trzy lata później, w roku 1895, zalecenie jego z pewną modyfikacyą ujęcia, podaną przez Hesslera z Halle n. S.[2]), przeszło bez odgłosu. W ostatnich latach Passow z Heidelbergu skrócił jego krzywiznę i zalecił go w trzech wielkościach. Prócz Passowa i Jurasz zaczął używać przyrządu Schütza; mimo tego narzędzie to zamało jeszcze ma rozgłosu, by zdobyć sobie takie uznanie i ogólne zastosowanie, jakie mu się niezaprzeczenie należy. Nawet najnowsze podręczniki, przedstawiające nieraz wyczerpująco sposoby operowania migdałka gardłowego, wcale nie wspominają o przyrządzie Schütza. I mojej uwagi przyrząd ten nie zwrócił, chociaż znany mi był z piśmiennictwa; operowałem stale nożykiem pierścieniowatym Beckmanna, względnie kleszczami Jurasza, a posługiwanie się od szeregu już lat przy operacyi przerosłych migdałków podniebiennych pętlą gorącą (Maurycy Schmidt) odwróciło zupełnie myśl moją od tonsilotomu, którego używam tylko z koniecznej potrzeby, to znaczy tam, gdzie użycie pętli jest niemożliwe.

Dopiero ukazanie się zeszłego roku rozprawki Dr. Claoué z Bordeaux[3]), w której autor tak gorąco zalecił użycie zapomnianego, a tak idealnego przyrządu Schütza do operowania migdałka gardłowego, zachęciło i mnie do posługiwania się tym przyrządem. Miałem też już sposobność zastosować go w szeregu różnych (co do wieku chorych) przypadków, a zachwycony wprost jego zaletami, uważam sobie za obowiązek gorąco go zalecić. Obok zastosowania tego przyrządu w Heidelbergu, zaczęto i gdzieindziej zwracać na niego uwagę, jak to wnosić należy z rozprawy, ogłoszonej w roku bieżącym praez Urbantschitscha młodszego z Wiednia[4]), który przyrząd ten nazywa znakomitym, pozwalającym jednorazowo i dokładnie usunąć przerosły migdałek gardłowy, obok miernego lub nawet żadnego bólu i uderzająco nieznacznego krwawienia.

Faryngotonsilotom Schütz-Passowa, dostarczony mi przez Déterta w Berlinie w dwóch wielkościach, odpowiadających Nr. 2 i 3 nożyka pierścieniowatego Beckmanna, przedstawia się jak przyrząd Fahnenstocka

[1]) Schütz: Ein Pharynxtonsillotom. »Münchener med. Wochenschrift« Nr. 40, 1892.

[2]) Hessler: Ueber die Operation der adenoiden Vegetationen mit dem neuen Schütz'schen Pharynxtonsillotom. »Münchener med. Wochenschrift« Nr. 24, 1895.

[3]) Claoué: L' instrument de choise pour la cure des végétations adenoidales. »Annales des maladies de l' oreille etc.« Nr. 10, 1903. Str. 314.

[4]) Ernst Urbantschitsch: Auffange und Schutzvorrichtungen bei der operativen Entfernung adenoider Vegetationen. »Monatschrift für Ohrenheilkunde« Nr. 4. 1904. Str. 180.

z krzywizną, zastosowaną do sklepienia jamy nosowo-gardłowej. Przy przygniecionym języku wprowadza się go w wymiarze strzałkowym przez jamę ustną do gardła, tu ustawia się go poziomo i przy obniżeniu rękojeści przyrządu podsuwa się go ku stropowi jamy nosowo-gardłowej. Wtedy ruchem palca wskazującego i średniego przesuwa się nożyk, który, wpuklony przez okienko przyrządu, migdałek przecina. Przyrząd wraz z odciętym migdałkiem, trzymającym się zazwyczaj przyrządu lub na nim leżącym, wyjmuje się w ustawieniu poziomem przy odpowiedniem obniżeniu przyrządu.

Zabieg przyrządem Schütz-Passowa odznacza się szybkością w wykonaniu, minimalnym bolem, nieznacznem krwawieniem, a przytem jest tak prostym, eleganckim, estetycznym, bezpiecznym i pewnym, że chyba bardziej zalecać go już nie potrzeba. Mojem zdaniem jedynie zarzucićby temu przyrządowi można to, iż wyrośli, usadowionych na bocznych ścianach jamy nosowo-gardłowej, a więc głównie w okolicy ujść trąbek usznych, mimo użycia narzędzia odpowiedniej szerokości przyrządem tym usunąć nie można. Podobne przypadki są jednak rzadsze, a wtedy części te wypada usunąć w inny sposób. Niebezpieczeństwo, iż nożyk w przyrządzie może pęknąć, a nawet odłamać się, będzie mniejszem, jeżeli przyrząd sporządzony będzie ze znakomitej stali, a wreszcie nie zapomnimy zająć się osobiście oczyszczeniem i złożeniem przyrządu, kontrolując w ten sposób ściśle jego doskonałość. Gdybyśmy przy przesuwaniu nożyka uczuli jakiś nieprawidłowy opór, to należy go cofnąć i nieco narzędzie obniżywszy, zabieg ukończyć. Jeżeli nożyk ulegnie po pewnym czasie stępieniu, to praktyczniej zamiast dawać go do naostrzenia, przez co się tylko osłabi, zmienić nożyk na nowy, co odpowiada zupełnie konstrukcyi przyrządu.

Sam zabieg wykonywam zazwyczaj w znieczuleniu miejscowem, z wyjątkiem u małych dzieci, mniej więcej do lat pięciu, a to z obawy użycia u nich kokainy, a niemniej i dlatego, iż zapędzlowanie, choćby jak najzgrabniej wykonane, przecież zraża dziecko do lekarza, gdy tymczasem podobnym ruchem, jak wprowadzenie pędzla z watą, wchodzę z przyrządem i w następnej chwili zabieg zostaje wykonany. Dziecko trzyma pomocnik na udzie prawem, ujmując je swemi nogami i rękami, podobnie jak przy intubacyi. Dzieci starsze, raczej rozumniejsze, a co najważniejsza — grzeczniejsze, siedzą na kolanach pomocnika; znieczulam je wpierw kokainą 5 lub 10% i wykonywam zabieg najczęściej bez wielkiej opozycyi ze strony chorego. Przypuszczam, że przy pewnej cierpliwości i zręczności, zwłaszcza przyrządem Schütz-Passowa, usunięcie migdałka gardłowego nie będzie wymagać nigdy znieczulenia ogólnego, którego i ja tak pierwotnie używałem tylko wyjątkowo, uciekając się w razie potrzeby do uśpienia bromkiem etylu. Że zabieg wykonywam przy oświetleniu sztucznem z reflektora, dodawać chyba nie potrzebuję.

Krwawienie, jak wspomniałem, jest nieznaczne w porównaniu z krwawieniem przy operowaniu innymi sposobami. Po usunięciu migdałka nachylam głowę dziecka wraz z całym tułowiem nieco ku przodowi, polecając mu wolne a silne wdmuchiwanie noskiem, co skutecznie też działa na ustanie krwawienia, pomijając efekt na otoczenie, względnie i na samego chorego, wywołany wolnym oddechem nosowym. Noska więc bezpośrednio po zabiegu nie zatykam pospiesznie watą, jak to niektórzy robią, ale przeciwnie zalecam energiczne wydmuchiwanie krwi do podstawionej tacki.

By zapobiedz wpadnięciu odciętego migdałka do gardła, a co ważniejsze — odłamanego nożyka, co jednak wyjątkowo chyba się przydarza, zaleca Urbantschitsch młodszy przyczepić do przyrządu Schütz-Passowa, a ewentualnie i do nożyka Gottsteina, koszyczka z płótna, względnie kalikotu.

W przypadkach, gdzie obok migdałka gardłowego są i przerosłe migdałki podniebienne, nie operuję nigdy wszystkich na jednem posiedzeniu; ale gdy migdałki podniebienne są bardzo wielkie tak, iż bezwarunkowo usunięte być muszą, a utrudniałyby mi tylko dostęp do jamy nosowo-gardłowej, operuję je wpierw i to, jak już wspomniałem, prawie wyłącznie pętlą gorącą, a dopiero po jakich dwóch tygodniach, mając wygodny dostęp do migdałka gardłowego, usuwam go. Tam, gdzie migdałek gardłowy wysuwa się na plan pierwszy w porównaniu do migdałków podniebiennych, operuję przedewszystkiem migdałek gardłowy i przekonałem się nieraz, iż wykonanie podobnego zabiegu na migdałkach podniebiennych stało się zbytecznem. W przypadkach, gdzie obok przerosłego migdałka gardłowego znajduje się obrzmiała błona śluzowa muszli dolnych, daję pierwszeństwo usunięciu migdałka gardłowego i spostrzegałem już niejednokrotnie, iż z chwilą poprawy drożności dla powietrza przez nos, obrzmienie muszli ustępowało zupełnie, względnie stosunki tak się zmieniły, iż oddychanie nosowe stawało się wystarczające.

Nie zawsze jednak, mimo istniejących już warunków do oddychania, wraca oddychanie nosowe po usunięciu przerosłego migdałka gardłowego, zwłaszcza podczas snu nieraz dzieci jeszcze zostawiają usta rozwarte; wówczas należy zmusić je do oddychania podczas snu przez nos, a to przez zakładanie odpowiedniej opaski na brodę, by w ten sposób wzmocnić osłabione mięśnie, utrzymujące szczękę dolną. W tym celu zalecam opaskę według modelu Veisa z Frankfurtu n. M.[5]). Do tego celu potrzebne są dwa kawałki opaski flanelowej, mniej więcej 50 ctm. długiej, a 4 ctm. szerokiej, na końcach których znajdują się wązkie tasiemki do wiązania. Pierwsza opaska biegnie przez koniec brody i zostaje związaną na szczycie głowy; by pewniej trzymała się na brodzie, należy w miejscu tem wyciąć w opasce okienko owalne. Druga opaska kładzie się napoprzek głowy i wiąże się ją na czole, a wreszcie w miejscu krzyżowania się opasek na bocznych powierzchniach głowy należy je spiąć po obu stronach agrafką. Zazwyczaj regularne zakładanie w ten sposób opaski w ciągu 8 do 14 nocy wystarcza, by przyzwyczaić dziecko do spania z ustami zamkniętemi.

Według Passowa podane są, jak wspomniałem, trzy wielkości faryngotonsilotomu Schütza, z których jednak wielkość trzecią rzadziej wypadnie stosować.

Obok faryngotonsilotomu Schütz-Passowa przydać się może i nadal nożyk Beckmanna, w tych przypadkach, w których wypadnie usunąć migdałek gardłowy nie z powodu przeszkód mechanicznych, ale tam, gdzie obecność

[5]) Jul. Veis: Die Bedeutung des Schnarchens. »Archiv f. Lar.« 1903. Str. 321.

jego podtrzymuje sprawy zapalne w jamie nosowo-gardłowej; dla wskazań podobnych nierównie częściej usuwamy wcale nie duże migdałki podniebienne, mogąc nieraz wykonać tylko rozkawałkowanie migdałka, t. zw. *morcellement*; w tym ostatnim celu zalecam bardzo konchotom Hartmanna. W przypadkach powyższych migdałek gardłowy zazwyczaj jest tak płaski, iż tylko w drodze przyżegania przetworami chemicznymi, lub co nieraz odpowiedniejsze, nożykiem Beckmanna, usunąć go zdołamy

Dla usunięcia wreszcie bocznych części przerosłego migdałka niezbędnym okazuje się nożyk pierścieniowaty odpowiedniego nachylenia; najodpowiedniejszym z proponowanych nożyków wydaje się nożyk, zalecony przez Mygind a z Kopenhagi [6]), osobny dla strony prawej, a osobny dla lewej.

Dodatkowo wreszcie wspomnieć należy, iż w ostatnich czasach pomysłu Schütza użył Jurasz z Heidelbergu [7]) do usuwania przerosłego migdałka językowego. Narzędzie to, noszące nazwę glosotonsilotomu, nakłada się na korzeń języka, przyczem język ma być wyciągnięty i pod kontrolą lusterka krtaniowego odcina się szybko tonsilotomem przerosłe części, wpuklone do tonsilotomu, bez bólu i z łatwością. W przypadkach zgrubień płaskich i nadal będziemy musieli uciekać się do przyżegania przetworami chemicznymi, lub zastosowania ostrej łyżeczki; dla odpowiednio jednak dobranych przypadków glosotonsilotom Jurasza stał się niezbędnym nabytkiem dla zbioru naszych zawodowych narzędzi. O podobnem narzędziu czytamy w piśmiennictwie raz w r. 1891, mianowicie opisał je Roe (Rochester N. Y.[8]) i drugi raz w pięć lat później t. j. w roku 1896 zalecał je Brady (Sydney[9]). W roku bieżącym Alexander (Berlin [10]) opisał i polecił swój epiglototom, zrobiony na wzór przyrządu krtaniowego Cordesa, także zalecany przy amputacyi przerosłego migdałka językowego; co do mnie, to poprzednio chętnie używałem pętli gorącej, która i tu oddawała mi niezłe usługi.

II. Z kliniki chorób dzieci Prof. Dr. M. L. Jakubowskiego w szpitalu św. Ludwika.

O niezwykłym przebiegu i niezwykłem zejściu śmiertelnem w przypadku duru brzusznego.

Podał
Dr. Kazimierz Habicht.

Przechodząc szczegółowo przyczyny śmierci w przebiegu duru brzusznego widzimy, kierując się zestawieniami statystycznemi, że według częstości szeregują się one w następującym porządku: Najczęściej przyczyną śmierci bywa ciężkość samego zakażenia — wskutek zatrucia całego ustroju; — przebieg zaś choroby bywa wtedy następujący: zaraz z początku choroby wysoka gorączka, nieprzytomność, majaczenie, objawy zmian w mięśniu sercowym, jak osłabienie akcyi serca, rozszerzenie stłumienia sercowego, pojawianie się zapadów, przyczem ciepłota może spaść niżej prawidłowej, tętno zaś przyspieszone staje się nieregularnem, przepuszczającem; — śmierć już w pierwszych dniach zachorowania przerywa obserwacyę.

Toksyczna ta postać zdarzać się jednak może także w przebiegu duru nieobłożnego *(typhus ambulatorius)*, gdzie chory, czasem nieznacznie tylko gorączkujący, lub i bez tego, nagle po jakiemś zmęczeniu dostaje wysokiej gorączki, dochodzącej do 41⁰. Badany, przedstawia obraz ciężkiego duru, przyczem oprócz objawów ze strony mięśnia sercowego stwierdzamy wypukiem śledzionę powiększoną, trudno jednak macalną z powodu miękkości, podobnie jak przy zakażeniach posoczniczych; osutka durowa nieznaczna lub niema jej wcale. Zejście śmiertelne następuje w najkrótszym czasie, a autopsya wykazuje w jelitach zmiany, świadczące, że choroba trwa od dłuższego czasu. Tej postaci pokrewnym jest dur brzuszny krwotoczny, o przebiegu ciężkim z gorączką i pojawieniem się wybroczyn w skórze i innych narządach podobnie, jak w innych chorobach zakaźnych. Postać ta kończy się szybko śmiercią.

Drugą co do częstości przyczyną zejścia śmiertelnego, a najczęstszą przyczyną niespodziewanej śmierci w przebiegu duru brzusznego są zmiany w jelitach, gdy powstaje jużto zapalenie otrzewnej, jużto krwotoki wskutek przedziurawienia owrzodzeń durowych. Zejścia takie w przebiegu lekkich, nierozpoznanych przypadków częściej się zdarzają, niż w typowych, więc z ciężkimi objawami chorobowymi przebiegających przypadkach duru, co łatwo zrozumieć, zważywszy, że chorzy i uzdrowieńcy po durze pielęgnują się, zachowują dyetę, unikają wszelkich wstrząśnień, więc nie narażają się na przyczyny, powodujące przebicie ściany jelit. Curschmann w swej niezrównanej monografii duru brzusznego powiada, że nagłe zejście w przebiegu nieobłożnego duru, nie spowodowane zmianami w jelitach, jest tylko wyjątkowem.

Stosunkowo rzadziej przyczyną śmierci w durze stają się zmiany płuc, jak zapalenie płuc i opłucnej, dalej zapalenie nerek, wreszcie inne różnorodne powikłania, występujące w durze podobnie, jak w przebiegu innych chorób zakaźnych.

Nagłe i nieprzewidziane przypadki śmierci w przebiegu duru brzusznego oprócz już przytoczonych zdarzają się najczęściej w czasie spadania gorączki, gdzie wytworzyły się już zmiany w mięśniu sercowym, rzadziej zaś i wyjątkowo w początkach choroby, i to w przypadkach, odznaczających się objawami zatrucia ustroju, a przyczyną tego są według badań Romberga z kliniki Curschmanna zmiany mięśnia sercowego, mianowicie t. zw. *myocarditis typhosa*.

Wyjątkowo staje się przyczyną śmierci zator naczyń płucnych lub mózgowych.

Miąższowe zwyrodnienie serca (*degeneratio parenchymatosa*) i stłuszczenie mięśnia sercowego *(degeneratio adiposa)* spotykamy w przebiegu duru brzusznego typowego w dwo-

---

[6]) Joergen Moellen: Note sur les végétations adénoides laterales et description d' un nouvel instrument pour leur ablation. »Annales des mal. de l' oreille etc.« Nr. 8, 1903. Str. 149.

[7]) O. Litwinowicz: Ein Zungentonsillotom. »Monatschrift für Ohrenheilkunde.« Nr. 3, 1904. Str. 119.

[8]) John Roe: A »Lingual« amygdalotome. Okazanie przyrządu na Kongresie Tow. amer. k. laryngologów. »The New York Medical Journal, 24, 1, 1891. Według Alexandra l. c. Str. 345.

[9]) Brady: Tonsillotom zur Entfernung der hypertrophischen Zungentonsille. Tow. laryngolog. w Londynie. Pos. z d. 13 maja 1896. Ref. w »Centralbl. Semona« Tom XII, 1896. Str. 569.

[10]) Alexander: Epiglottotom. »Archiv« Fränkla. Tom XVI, 1904. Str. 338.

jakim okresie, albo z końcem drugiego i początkiem trzeciego tygodnia, gdy gorączka jest wysoka, albo też w czasie uzdrowienia po ustaniu gorączki. Sprawy te mimo groźnych nieraz objawów zwykły dobrze się kończyć; — ustępują, nie pozostawiając po sobie następstw, zupełnie przeciwnie, jak w innych chorobach zakaźnych, szczególniej w błonicy, gdzie już po ustąpieniu innych objawów chorobowych nastąpić może śmierć wskutek zwyrodnienia mięśnia sercowego. W praktyce jednak zdarzają się przypadki, nie przypominające szczegółów, powyżej przytoczonych i tak bardzo różniące się od zwykłego obrazu chorobowego, że spostrzegając podobny odrębny przypadek, uważałem za stosowne obszerniej go tutaj opisać.

W dniu 6 maja b. r. został przyjętym na klinikę chorób dzieci *W. K.*, lat 9, w stanie silnego zapadu. Wywiady według opowiadania matki, osoby dość inteligentnej, brzmiały, jak następuje: Chłopak, poprzednio zupełnie zdrowy, powrócił 2 maja po południu ze szkoły, skarżąc się na bole i zawroty głowy, nudności i silny ból brzucha. Równocześnie wystąpiły uporczywe wymioty niestrawionymi pokarmami, poczem płynami i żółcią. Chory osłabiony musiał się położyć. Stolec miał być tak przedtem, jak i w następnych dniach regularny, raczej zaparty, niż wolny. Stan chorego pogorszył się w dniu następnym; wymioty coraz częstsze, bo kilkanaście razy na godzinę, bole brzucha i coraz większe osłabienie skłoniły rodziców do wezwania lekarza, który przypuszczając zatrucie, wysłał dziecko do Krakowa. Przy szczegółowem wypytywaniu w kierunku zatrucia podaje matka, że chory 30 kwietnia t. j. dwa dni przed zasłabnięciem, miał zjeść 3 kawałki ryby suszonej i wędzonej wspólnie z całą dość liczną rodziną; prócz niego jednak nikt więcej nie zachorował.

Przy przyjęciu do szpitala stwierdzono, że chory jest dzieckiem na swój wiek dobrze rozwiniętem i dobrze odżywionem. Ciepłota 36°, chory apatyczny senny, leniwie, lecz rozsądnie odpowiada na zadawane mu pytania. Powłoki skórne woskowo-blade, spojówki bardzo blade, pod oczyma sine obwódki; wargi sine, kończyny zsiniałe, zimne. Źrenice jednakowo rozszerzone, leniwie na światło oddziaływają. Język drżący, nieznacznie obłożony, błony śluzowe ust i przełyku blado sine.

Tętno ledwo wyczuwalne. Wypukiem oznaczone granice serca: górny brzeg 4-go żebra, linia przymostkowa lewa, przekracza linię sutkową na palec. Uderzenie koniuszkowe serca niewyczuwalne. Tony czyste, głuche; akcya serca regularna, 48 uderzeń na minutę.

Brzuch nie wzdęty, przy ucisku bolesny, szczególniej w okolicy wątroby, której brzeg, gruby, twardy, jest macalny na 3—4 palców poniżej łuku żebrowego. Śledziona wypukiem powiększona; brzegu jej wskutek silnych bolów domacać się nie można. Nad obu talerzami biodrowymi bolesność nieznaczna. Mocz skąpy, o składnikach prawidłowych.

Układ nerwowy oprócz silnej apatyi i senności nic nieprawidłowego nie wykazuje; nie można stwierdzić ani sztywności w karku, ani żadnych porażeń.

Choremu najbardziej dolegają wymioty, co chwilę się powtarzające. Zastosowano zimne okłady na okolicę żołądka i ogrzewanie kończyn, podano pigułki lodowe, łyżeczkami czarną kawę z koniakiem, *acid. muriat. dil.*; równocześnie wstrzyknięto podskórnie kofeinę i oliwę kamforową.

Do dnia następnego stan chorego nieznacznie się polepszył, sinica ustąpiła; tętno wyczuwalne, 52 uderzeń na minutę, ciepłota 36°. Chory czuje się trochę żwawszym, choć wymioty się utrzymują. Stolca nie było.

Matka, widząc tę poprawę, mimo przestróg zabiera go do domu i prowadzi piechotą na dworzec kolejowy, lecz w drodze, zauważywszy ponowne pogorszenie, zawraca do szpitala i przynosi chorego z objawami jeszcze większego zapadu, niż dnia poprzedniego. Sinica, tętno ledwo wyczuwalne, 48 uderzeń na minutę, ciepłota 35°, zawroty głowy aż do utraty przytomności, wymioty. Mimo zastosowanych leków i zabiegów, które w dniu poprzednim okazały się skuteczne, nastąpiła w nocy wśród utraty przytomności śmierć.

Sekcya, wykonana ze stanowiska policyjno-lekarskiego, wykazała oprócz nieznacznego przekrwienia mózgu, zserowaciałych gruczołów u wnęki płuc i dwóch ognisk zwapniałych wielkości grochu w płucach w sąsiedztwie wnęki, rozszerzenie obu połów serca, wypełnionych pośmiertnymi skrzepami, mięsień sercowy wiotki i kruchy, szaro-żółto zabarwiony. Śledziona powiększona, przekrwiona. Wątroba znacznie powiększona, miąższ zabarwiony ogniskowożółtawo. Nerki bez zmian. W jelicie cienkiem błona śluzowa przekrwiona w najniższych pętlach jelita biodrowego w miejscu kępek Peyera kilka owrzodzeń owalnych, o brzegach nieco podminowanych, cienkich, dnie gładkiem, szarawo zabarwionem. Gruczoły krezkowe, odpowiadające tym pętlom, powiększone znacznie, na przekroju przekrwione, soczyste.

Tak więc, skoro ani wywiady, ani 24-godzinne śledzenie przebiegu nie wykazały nic, coby budziło w tym przypadku przypuszczenie duru, gdyż nie było żadnego objawu klinicznego, któryby za tem przemawiał, to jednak sekcya dowiodła, że był to dur brzuszny, a sądząc ze stanu wrzodów w jelitach, odpowiadał on mniej więcej trzeciemu tygodniowi choroby. Jeżeli już przebieg okazał się niezwykłym, to wobec tego, że opisano przypadki duru, w których można było przypuszczać zatrucia fosforem, arszenikiem, zatrucia ptomainami, — ciekawszem jest zejście i bezpośrednia przyczyna śmierci. Było nią zwyrodnienie miąższowe mięśnia sercowego i znaczne rozszerzenie serca, tem niezwyklejsze, że powstało ono w przebiegu duru brzusznego, nieokazującego ani gorączki, ani schorzenia cięższego, a powstało ono jeszcze przed tym tak znacznym wysiłkiem, jak podróż do Krakowa, która ostatecznie wyczerpała do reszty ten ledwo już działający mięsień sercowy.

Przypadki duru brzusznego, przebiegające tak atypowo jak opisany, są zajmujące nietylko ze stanowiska klinicznego i sądowo-lekarskiego, mogąc przy zbiegu obciążających okoliczności stać się źródłem przypuszczenia, że ma się przed sobą zatrucie, czy to przypadkowe, czy umyślne. Mają one bowiem nadto szczególniej ważne znaczenie ze stanowiska higienicznego, mogąc się stać źródłem licznych zakażeń, tem niebezpieczniejszem, że trudnem do wykrycia i wobec możliwości lokomocyi chorego rozszerzającem zarazę w licznych ogniskach.

Czy nowsze sposoby badania, pomocne nam w rozpoznawaniu duru brzusznego, umożliwiłyby w takim przypadku rozpoznanie, to nader trudno rozstrzygnąć. Przechodząc krytycznie różne objawy, które obecnie uważamy za znamienne w przebiegu duru, przypuszczać można, że w naszym przypadku jedynym objawem rozpoznawczym mogłoby być wyhodowanie prątków durowych czyto ze krwi lub śledziony, czyto z kału lub moczu, skoro brakło wszelkich objawów klinicznych. Wiadomą jest zaś rzeczą, ile trudu trzeba dołożyć, ile prób różniczkowych trzeba przerobić, zanim stanowczo orzec możemy, że w danym przypadku ma się przed sobą prątki durowe. Pobieżne bowiem próby, jak z gelatyną moczową Piórkowskiego i z ziemniaczaną gelatyną z jodem Elsnera, że tylko o nich wspomnę, są przecież tylko w takich razach pomocą, stanowczych jednak wyników nie dają. Odczyn Widala, pośmiertnie w opisanym przypadku wykonany, dał wynik ujemny; ujemny ten objaw nie ma żadnego znaczenia, gdyż już w czasie konania często odczyn ten znika. Czy za życia w tym przypadku byłby odczyn Widala dodatni, niewiadomo; lecz przecież i ujemny wynik odczynu Widala nie stanowi jeszcze dowodu, że w danym przypadku choroba nie jest durem. Wiadomo bowiem, że odczyn Widala występuje dopiero w końcu II-go lub z początkiem III-go tygodnia, często zaś jeszcze później.

Odczyn dwuazowy w przypadkach duru brzusznego, przebiegającego bez gorączki, o ile z dostępnego mi piśmiennictwa wiadomo, nie występuje, tak że i ten szczegół, budzący w danym razie przypuszczenie duru, zawodzi, co także można powiedzieć o zmniejszonej ilości ciałek białych we krwi (*leukopenia*), która tylko wobec stanów gorączkowych za durem, i to niepowikłanym, przemawiać może.

III. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych wojskowej Akademii lekarskiej w Petersburgu.

Rola gonotoksyny w powstawaniu chorób rzeżączkowych.

Podał

Dr. med. Zdzisław Sowiński,

ordynator kliniki.

(Ciąg dalszy.)

Dalej opiszę doświadczenia co do działania ciał dwoinek rzeżączkowych.

Taką samą hodowlę dwoinek rzeżączkowych, jak wyżej, w 100 c. sz. 3—4-dniową tak na bulionie Christmasa, jak i na mięsnopeptonowym bulionie surowiczym, przesączono przez świecę kaolinową Münka. Kiedy cała ciecz przeszła przez świecę, przemywałem ciała dwoinek, które obecnie znajdowały się na dnie świecy, parokrotnie wodą wyjałowioną, a to, aby dokładnie usunąć znajdujące się w roztworze wytwory życiowe dwoinek; do zabiegu powyższego zużywałem po 300 c. sz. wody dla każdej hodowli. Następnie osad ciał dwoinek rozprowadzałem 10 c. sz. wody wyjałowionej, poczem wykonywałem następujące doświadczenia.

Wstrzykiwałem w tkankę podskórną, do jamy brzusznej i rogów macicznych morskim świnkom i królikom zarówno zawiesinę ciał dwoinek, wyhodowanych na bulionie Christmasa, jak i wyhodowanych na bulionie mięsnopeptonowosurowiczym.

Wstrzyknąwszy 3 c. sz. pierwszej zawiesiny, po 24 godzinach spostrzegałem w tkance podskórnej nacieczenia wielkości orzecha laskowego; nacieczenia te, nacięte w 48 godzin po wstrzyknięciu, zawierały masy żółte, które pod mikroskopem składały się z jedno- i wielojądrzastych ciałek ropnych. Szczepienia owej gęstej żółtej masy pozostały jałowemi. Ciepłota u poddanych doświadczeniu zwierząt podnosiła się do 40° C. i stopniowo opadając, na 4—5 dzień wracała do poziomu prawidłowego. Co się zaś tyczy strat na wadze, to średnio dochodziły one do 40—55 grm. na kilogram zwierzęcia w ciągu pierwszej doby. Takich doświadczeń zrobiono trzy: dwa na królikach i jedno na śwince morskiej.

4—10 c. sz. tej samej zawiesiny, wstrzyknięte do jamy brzusznej świnkom morskim wagi 500—550 grm., wywoływało gorączkę i stratę na wadze: około 80 grm. na kilogram w ciągu pierwszej doby; ogółem zwierzę traciło do 100 grm. na wadze. Wszystkie zwierzęta pozostały przy życiu. Zabijając je zapomocą chloroformu po kolei po 2—5 dniach, przy sekcyi nie wykrywałem nic, prócz przekrwienia narządów wewnętrznych, które tem było wyraźniejsze, im wcześniej robiono badanie pośmiertne.

Wprowadzając 0·2 grm. zawiesiny do macicy królikom pomiędzy dwiema podwiązkami, nie spostrzegałem żadnych zmian widocznych na błonie śluzowej. Płynu w rogach nie było, wielkość rogów macicznych — zwykła. Błona śluzowa była lekko przekrwiona. Badanie pośmiertne wykonywałem w 5—12 dobie.

Równoległe doświadczenia wykonałem z wstrzykiwaniem zawiesiny tego samego rozcieńczenia z ciał dwoinek rzeżączkowych, wyhodowanych na bulionie mięsnopeptonowosurowiczym, przygotowanej jak poprzednio. Wstrzykując ją w tych samych dawkach, jak i poprzednią, w tkankę podskórną, do jamy brzusznej i rogów macicznych, otrzymywałem takie same wyniki, jak i wyżej. Przeciwnie — strącając 100 c. sz. 10—13 dniowej hodowli dwoinek rzeżączkowych tego samego pokolenia, jak wyżej, wyrosłego tak na jednym, jak i na drugim rodzaju bulionu, trzema objętościami 90% wyskoku i rozprowadzając osad 50 c. sz. wody wyjałowionej, już na 5—6 dzień po wstrzyknięciu kilku kropli takiej zawiesiny do rogów macicznych królikom między dwiema podwiązkami znajdowałem przy badaniu pośmiertnem w jamie macicy ropę. Porównując przytoczone dane doświadczalne, przekonałem się, że zarówno ciała dwoinek rzeżączkowych, jak i ich przesącze i wyciąg wyskokowy z przesączów samych, każde z osobna mają nader słabe własności ropotwórcze; tymczasem — strącanie wyskokiem płynnej surowiczobulionowej hodowli w całości (t. j. ciał dwoinek i wytworów ich życiowych) po przesączeniu i rozcieńczeniu osadu pewną ilością wody wyjałowionej, a następnie wstrzykiwanie takiej zawiesiny do rogów macicznych wywoływało gromadzenie się w nich ropy. Wskutek tych spostrzeżeń nadal wyłącznie takiej tylko używałem zawiesiny. Tę zawiesinę, będącą pod względem chemicznym ciałem nieokreślonej jeszcze przyrody, dla skrócenia nazywać będę gonotoksyną.

Tutaj też nadmienić jeszcze winienem, iż na dobę przed doświadczeniem robiłem szczepienia, aby przekonać się o zupełnej jałowości tej zawiesiny; takie szczepienia robiłem powtórnie przed samem doświadczeniem.

Aby jaśniej przedstawić doświadczenia, przytoczę całkowity ich opis; użyłem do nich najmocniejszej toksyny, jaką otrzymać zdołałem. Hodowlę robiłem z ropy chorego, który po raz pierwszy zapadł na zapalenie cewki moczowej i u którego, jak się później okazało, choroba miała przebieg dość ciężki. W 4. dniu wypływu z cewki, nie używając przedtem żadnych środków leczniczych, zbadałem drobnowidowo wydzielinę i znalazłem w ciałkach białych dwoinki Neissera. Bezpośrednio po zaszczepieniu ropy na agarze puchlinowym umieściłem miseczki w termostacie przy 35—36° C. Po 15 godzinach czystą hodowlę dwoinek rzeżączkowych przeniosłem do 100 c. sz. bulionu surowiczego, w którym ilość płynu puchlinowego i bulionu były równe. W 12-ym dniu, trzymaną w termostacie w ciepłocie 36—37° C. płynną hodowlę strąciłem 90% wyskokiem, przecedziłem, a osad rozprowadziłem 45 c. sz. wody wyjałowionej.

1. Wstrzyknięcie podskórne.

Doświadcz. na królikach	Ilość toksyny	Czas powstania ropni
Nr. 1.	0·25	po 10 godz.
Nr. 2.	0,25	„ 12 „
Nr. 3.	0,5	„ 12 „
Nr. 4.	0,5	„ 8 „

Doświadcz. na królikach	Ilość toksyny	Czas powstania ropni
Nr. 5.	1,0	„ 20 „
Nr. 6.	2,0	„ 20 „
Nr. 7.	3,0	„ 25 „
Nr. 8.	3,0	„ 2 dniach.

Nacieczenia w miejscu wstrzyknięcia dochodzą wielkości orzecha włoskiego. Ciepłota w 2—3 godzin po wstrzyknięciu gonotoksyny spadała do 36° C., lub trochę niżej, a wieczorem wznosiła się do 40,5 C z rannymi spadkami, pozostając wysoką w ciągu 3—4 dni. Waga w ciągu pierwszej doby spadała o 70—90 grm. na kilogram, ogółem straty na wadze sięgały 200 grm., przyczem waga pierwotna wracała po upływie 10—15 dni. Należy tu również wspomnieć, iż do doświadczeń tych użyto królików prawie jednakowej wagi, a różnice wahały się w granicach 15—18 gramów. Przy badaniu drobnowidowem mas ropnych spostrzegano, iż komórek wielojądrzastych było więcej, niż jednojądrzastych. Szczepienia pozostały jałowemi.

2. Wstrzykiwanie do jamy brzusznej.

Świnki morskie	Waga począt.	Ilość toksyny	Czas sekcyi.
Nr. 1.	380	12,0	†po 5 godz.
Nr. 2.	350	10,0	†po 8 godz.
Nr. 3.	320	8,0	5 dn.
Nr. 4.	320	2,1	6 dn.
Nr. 5.	340	1,0	3 dn.

Króliki	Ilość toksyny	Czas sekcyi
Nr. 1.	2,0	po 3 dn.
Nr. 2.	3,0	„ 5 „
Nr. 3.	4,0	„ 2 „
Nr. 4.	6,0	„ 3 „

Świnki morskie. W przypadkach Nr. 1 i 2 ciepłota spadała do 34,5—35,6 i już nie podnosiła się. Po 5 minutach świnki przewracały się na bok i pomimo słabych wysiłków nie mogły się podnieść, pożywienia nie przyjmują, członkami poruszają tylko słabo. Spostrzegano porażenie kończyn dolnych i języka. Oddech o typie przerywanym. Oczy — półotwarte. Na dotykanie nie oddziaływają. Spostrzegano też częstsze oddawanie moczu. Przy badaniu pośmiertnem znajdowano mocne przekrwienie ścian brzusznych, oraz wszystkich kiszek. Narządy wewnętrzne przepełnione krwią, obrzękłe. W jamie brzusznej 2 3 łyżek płynu krwawego. W niektórych miejscach szarożółte złogi, łatwo dające się zeskrobać nożem; najwięcej ich znajduje się na kiszkach grubych i wątrobie, oraz na ścianach jamy brzusznej, krezce i śledzionie. Szczepienia płynu krwawego, krwi z serca i wspomnianych złogów dały wyniki ujemne.

Badanie drobnowidowe złogów wykazało, iż składają się one z ciałek ropnych wielo- i jednojądrzastych, siedzących w oczkach tkanki, przyczem najwięcej było komórek jednojądrzastych. Śmierć, jak to wspomniano, w doświadczeniu Nr. 1 nastąpiła w 5 godzin po wstrzyknięciu, w Nr. 2 po 8 godzinach.

Badanie pośmiertne przypadków Nr. 3, 4 i 5 wykryło w jamie brzusznej także obecność płynu krwawego w ilości 1—1½ łyżeczek. Złogi ropne pod postacią łatwo dających się zdjąć nalotów — wszędzie, szczególniej na wątrobie i krezce. Narządy wewnętrzne przekrwione, obrzękłe. Pętle jelit ze sobą posklejane. Szczepienia wysięku krwawego, krwi z serca i złogów ropnych — jałowe. Badanie drobnowidowe nalotów ropnych dało te same wyniki, jak powyżej.

Co się zaś tyczy ciepłoty, to w tych 3 przypadkach w 2—3 godzin po wstrzyknięciu spadała ona do 36° C, wieczorem wznosiła się do 40,3° C. i trzymała się wysoko z małymi rannymi spadkami w ciągu 3—4 dni. Zwierzę traciło od 80 do 100 gramów na wadze.

Króliki. We wszystkich 4 doświadczeniach badanie pośmiertne nie wykryło złogów ropnych. Stwierdzono jedynie nastrzykanie naczyń chłonnych w całem jelicie cienkiem i krezce. Spostrzegano nieznaczną ilość płynu krwawego w otrzewnej; szczepienia tegoż dały wynik ujemny. W niektórych miejscach jelita były posklejane. Doświadczenia te wskazują, iż gonotoksyna wywiera przy tych samych warunkach wpływ silniejszy na świnki morskie, niż na króliki.

3. Wprowadzenie do rogów macicznych.
(Wszystkie doświadczenia na samicach króliczych).

Nr.	Czas sekcyi	Nr.	Czas sekcyi	
1.	4 dn.	14.	10 dn.	
2.	4 „	15.	12 „	
3.	5 „	16.	12 „	
4.	5 „	17.	14 „	
5.	5 „	18.	15 „	
6.	6 „	19.	48 „	Opis przypadków niżej.
7.	6 „	20.	50 „	
8.	7 „	21.	90 „	
9.	7 „	22.	90 „	
10.	8 „	23.	92 „	
11.	8 „	24.	92 „	
12.	9 „	25.	100 „	
13.	9 „	26.	100 „	

We wszystkich 18 przypadkach rogi maciczne były wypełnione gęstą, jak śmietanka, ropą, której ilość w pojedynczych przypadkach dochodziła do 5,5 c. sz. Badanie drobnowidowe tej ropy wykryło jedno- i wielojądrzaste ciałka ropne, przyczem tych drugich było więcej. Szczepienia pozostały jałowemi.

4. Szczepienia ropy z tkanki podskórnej do tkanki podskórnej i jamy otrzewnej.

Nacieki ropne, wypuszczone bezgnilnie z tkanki podskórnej, szczepiono w nacięcia tkanki podskórnej częściowo *per se*, częściowo roztarte w wodzie wyjałowionej wstrzykiwano królikom, świnkom morskim, oraz myszom białym w ilościach rozmaitych, lecz wszędzie ulegały zupełnemu wessaniu. Ciepłota tylko w ciągu pierwszej doby wznosiła się pod wieczór o 0,5—1° C., lecz dopiero przy wstrzykiwaniu większych dawek małym zwierzętom. Waga zwierząt nie zmieniała się.

5. Szczepienie ropy z rogów macicznych
a) do tkanki podskórnej:

Doświadczenia na królikach	Ilość ropy	Uwagi
Nr. 1.	3,0	Nacieczeń nie spostrzeżono
Nr. 2.	5,0	
Nr. 3.	10,0	
Doświadczenia na świnkach		
Nr. 1.	5,0	Nacieczeń nie spostrzeżono
Nr. 2.	6,0	
Nr. 3	6,0	
Doświad. na myszach biał.		
Nr. 1.	2,0	Nacieczeń nie spostrzeżono
Nr. 2.	1,0	
Nr. 3.	2,0	
Nr. 4.	2,0	

Ropa jałowa, użyta do wstrzykiwań, uległa we wszystkich doświadczeniach zupełnemu wessaniu; nacieczeń nie spostrzegano. Ciepłota przy użyciu większych dawek pod wieczór podnosiła się o 1° C, a na następny dzień rano była zupełnie prawidłową. Waga zwierząt wcale się nie zmieniała.

b) do jamy brzusznej.

Doświad. na świnkach	Ilość ropy	Waga pierwotna	Dzień autopsyi	Uwagi
Nr. 1.	10,0	300	3	Otrzewna bez wszelkich zmian
Nr. 2.	5,0	320	2	
Nr. 3.	5,0	315	5	

Po wstrzyknięciu ropy ciepłota wieczorem dochodziła do 39,5° C., a rano wracała do stanu prawidłowego. Waga nie zmieniła się. Otrzewna przy badaniu pośmiertnem nie przedstawiała żadnych zmian.

c) do rogów macicznych.

Doświadcz. na królikach	Dzień bad. pośm.	Uwagi
Nr. 1.	8	Żadnych zmian
Nr. 2.	8	
Nr. 3.	10	
Nr. 4.	12	
Nr. 5.	13	
Nr. 6.	15	

Wprowadzałem do rogów po 0,5—1 c. sz. zależnie od wielkości zwierzęcia. Zmian żadnych w rogach nie zauważyłem.

Do przytoczonych doświadczeń użyłem mocnej gonotoksyny, która w ilości 0.25 c. sz. wywoływała u królika wagi 1000 grm. ropień po 10—12 godz., a wstrzyknięta śwince morskiej wagi 350—380 grm. wywoływała śmierć po 5—8 godz.; w jamie otrzewnej lub rogach macicznych na 4 dzień po wstrzyknięciu 2—3 kropel tworzyło się już ropienie lub nagromadzenie ropy w macicy (*pyometra*); tymczasem używając produktów ropnych, wywołanych przez taką gonotoksynę, czy to wprowadzając je do tkanki podskórnej, czy do jamy otrzewnej, czy wreszcie do rogów macicznych i to w dawkach znacznie większych, nie mogłem stwierdzić żadnych zmian na miejscu wstrzykiwań. To oczywiście dowodzi, iż w nacieczeniach ropnych, wywołanych przez gonotoksynę, ona albo ginie, albo z tego lub innego powodu traci swój wpływ ropotwórczy.

Przytoczę równocześnie dla porównania doświadczenia z przesączem hodowli dwoinek rzeżączkowych.

Taka sama hodowla, jak opisana wyżej przy otrzymywaniu gonotoksyny wyskokowej, a przytem jednocześnie zasiana na 100 c. sz. bulionu surowiczego (w którym płynu puchlinowego i bulionu użyto w równych ilościach), pozostawała 6 dni w termostacie przy 36—37° C. w kolbie o dnie szerokiem, wskutek czego powierzchnia zetknięcia płynu z powietrzem była znaczną, — poczem hodowlę przesączono przez filtr Chamberlanda. Przesącz, w celach doświadczalnych użyty, zostawiano na dobę w termostacie, poczem wykonano doświadczenia następujące:

1. Wstrzykiwanie podskórne.

Doświadcz. na królikach	Ilość przesączu
Nr. 1.	10,0
Nr. 2.	8,0
Nr. 3.	6,0
Nr. 4.	5,0
Nr. 5.	4,0
Doświadcz. na świn. mor.	
Nr. 1.	3,0
Nr. 2.	4,0
Doświadcz. na myszach b.	
Nr. 1.	2,0
Nr. 2.	2,0

W miejscu wstrzyknięć żadnych zmian nie spostrzeżono. Ciepłota wieczorem dochodziła do 40° C., a po dwóch dobach wracała do stanu prawidłowego. Waga nieznacznie spadała.

2. Wstrzykiwanie do jamy brzusznej.

Doświadcz. na królik.	Ilość przesączu	Dzień bad. pośm.
Nr. 1.	5.0	3
Nr. 2.	6.0	5
Nr. 3.	8.0	2
Nr. 4.	8,0	6

Doświad. na śwink. m.	Ilość przesączu	Dzień bad. pośm.
Nr. 1.	5.0	3
Nr. 2.	8,0	2

Ciepłota wieczorem dochodziła do 40,3° C. i po dwóch dniach wracała do stanu prawidłowego. Waga nieznacznie spadała. Przy badaniu pośmiertnem żadnych zmian w jamie brzusznej nie znajdowano.

3. Szczepienie do rogów macicznych.

Doświadczenia na królikach	Dzień badania pośm.	Uwagi
Nr. 1.	6	Żadnych zmian nie znaleziono
Nr. 2.	8	
Nr. 3.	10	
Nr. 4.	14	
Nr. 5.	14	

Pomimo to, iż tutaj wstrzykiwałem po 0,5—1 c. sz. przesączu, w jamie rogów macicznych zebrania się ropy nie spostrzegałem.

Porównując wyniki, otrzymane przy użyciu przesączu hodowli (bulionowosurowiczej) dwoinek rzeżączkowych, przecedzanej przez warstwę talku, musimy przychylić się do zdania Christmasa, który twierdzi, iż świeca kaolinowa zatrzymuje toksynę, a przytem, mojem zdaniem, jej pierwiastek ropotwórczy.

Obok tych doświadczeń wykonano doświadczenia porównawcze z białkiem, strąconem z bulionu surowiczego za pomocą wyskoku. W tym celu wlewano do kolbek Erlenmeyera o objętości 100 c. sz. jałowy bulion surowiczy (1:3) i kolejno strącano trzema objętościami 92% wyskoku, a osad rozprowadzano 15—50 c. sz. wody wyjałowionej. Otrzymaną w ten sposób mieszankę białka z bulionu surowiczego, różnej mocy (stężenia), wstrzykiwaliśmy pod skórę i do jamy brzusznej królikom, przytem w ilościach znacznie większych, niż odpowiednie stężenia gonotoksyny.

Pomimo to żadnego odczynu miejscowego nie otrzymaliśmy. Z objawów ogólnych dało się zauważyć nieznaczne podniesienie się ciepłoty o 0,3—0,5° C. tylko w ciągu pierwszej doby i to przy wprowadzeniu dużych dawek i znacznego stężenia roztworów.

Wobec tego przytoczone doświadczenia dowodzą, iż we wszystkich objawach ogólnych i miejscowych, pojawiających się po zastrzyknięciu mieszanki gonotoksynowej, nie można przypuszczać, iżby białko surowiczej płynnej pożywki wywierało jakikolwiek wpływ na ustrój zwierzęcia.

(Dok. nast.).

IV. Wyciągi.

Piltz. **O drobnoustrojach w sromie i cewce moczowej.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 72). Badania w tym kierunku nie są bardzo liczne, a wyniki u rozmaitych badaczy tak różne, że trudno im przypisać jakieś większe znaczenie; tak n. p. znalazł Gawroński drobnoustroje tylko w 24%, natomiast Savor w 63%, a Melchior nawet w 100% przypadków. Również znaczne są różnice co do chorobotwórczości tych drobnoustrojów: Schenk-Austerlitz znalazł u nieciężarnych tylko 3—4%, Savor 43%, a Melchior 50%; zaś u ciężarnych i położnic Schenk 0% wzgl. 8%, a Savor 68·2% wzgl. 86%. Co do tego, jak często spotyka się poszczególne rodzaje drobnoustrojów, również nie ma zgody: Rovsing i Schenk-Austerlitz wogóle nie znaleźli gronkowca ropotwórczego białego; Gawronsky tylko w 1·6%, natomiast Savor u nieciężarnych w 17·2%, a u położnic nawet w 48·9%, a więc prawie w polowie wszystkich przypadków. Gronkowca złotego nie znaleźli ani Melchior, ani Schenk, natomiast Savor w 2·3%, a Rovsing w 20%. Podobne różnice zachodzą i co do paciorkowca. Prątków okrężnicowych (*b. coli com-*

mune) nie znalazł Rovsing wcale, Melchior i Schenk w 0·7%, Savor u nieciężarnych w 15%, a u położnic w 21·79%. Częściowo należy może te różne wyniki przypisać różnicom w technice badania. Zestawiwszy całe piśmiennictwo, dotyczące tego pytania i teoryi o powstaniu zapaleń pęcherza, przechodzi autor do swoich badań u kobiet nieciężarnych, ciężarnych i położnic, u których można było wyłączyć trypra i inne choroby cewki moczowej i pęcherza. Zawsze badano osobno wydzielinę z cewki i osobno z przedsionka. Nieciężarnych badano 25 kobiet, u których przed wydobyciem wydzieliny z cewki oczyszczano dokładnie srom i ujście cewki: znaleziono drobnoustroje w wydzielinie przedsionkowej (przed oczyszczeniem) we wszystkich przypadkach, a z tych w 24 = 96% drobnoustroje chorobotwórcze, najczęściej prątki okrężnicy, 84%. W wydzielinie cewkowej tej grupy 2 razy wynik był ujemny = 8%, a 23 dodatni = 92%; z tych 10 razy = 40% znaleziono drobnoustroje chorobotwórcze, najczęściej, bo 9 razy, gronkowca = 36%. W drugiej grupie badano wydzielinę 25 chorych przychodnich, leczących się z powodu nieznacznych zmian w narządzie rodnym. U tych nie odkażano wcale sromu przed zebraniem wydzielin. Tylko raz wynik był ujemny = 4% w wydzielinie przedsionkowej. W 20 przypadkach znaleziono drobnoustroje chorobotwórcze = 80%, wydzieliny cewkowe były 2 razy jałowe = 8%, natomiast 14 razy zawierały drobnoustroje chorobotwórcze = 56%. Badanie u 25 ciężarnych: wydzielina przedsionkowa dała u wszystkich wynik dodatni, a z tych zawierała 17 razy drobnoustroje chorobotwórcze = 68%, najczęściej gronkowca białego 44% i prątka okrężnicy = 32%. Wydzielina cewkowa była 5 razy jałowa: = 20%, a 8 razy zawierała drobnoustroje chorobotwórcze: = 32%. W końcu na 22 położnic znaleziono w wydzielinie przedsionkowej u wszystkich drobnoustroje chorobotwórcze: 21 razy gronkowca białego = 95%, 10 razy prątka okrężnicy = 45%, i 2 razy paciorkowce: = 90%. Również i wydzielina cewkowa zawierała zawsze drobnoustroje, a u 19 zawierała drobnoustroje chorobotwórcze: = 86%. Nadto badano jeszcze 29 położnic kilkakrotnie w różnych dniach połogu. Na podstawie wyniku swych badań dochodzi autor do wniosku, że o ile ilość i jakość drobnoustrojów w wydzielinie przedsionkowej zależy od różnych okoliczności przypadkowych, o tyle w cewkowej są one niemal zawsze takie same, bez względu na to, czy przed badaniem odkażono okolicę ujścia cewki, czy nie. Zasadniczo nie ma wielkiej różnicy między wydzieliną przedsionkową i cewkową, obie zdają się stać ze sobą w ścisłym związku, gdyż w miarę wzmagania się ilości drobnoustrojów w przedsionku, wzrasta ich ilość także w wydzielinie cewkowej i na odwrót. Także i wydzieliny nieciężarnych zawsze zawierają bardzo liczne drobnoustroje chorobotwórcze; ilość drobnoustrojów spada w przebiegu ciąży, a u położnic dochodzi do szczytu. Drobnoustroje przechodzą zdaje się dobrowolnie z przedsionka do cewki i żyją tam w głębszych jej częściach tak, że nawet po najdokładniejszem odkażeniu mogą się one przy cewnikowaniu dostać do pęcherza i tu przy sprzyjających warunkach (utrudniony odpływ moczu, ubytki w błonie śluzowej) wywołać zapalenie. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Walcha. **Ostre zapalenie kiszki esowatej.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 35, 1904), Autor spostrzegł cztery przypadki tego zapalenia, z których jeden zakończył się śmiercią; kreśli on następujący obraz choroby: po błędzie dyetetycznym zjawiają się zwykłe zaburzenia w trawieniu, brak łaknienia, bole w żołądku, rozwolnienie lub zaparcie, albo jedno i drugie naprzemian. Chorzy na te dolegliwości nie zwracają z początku na nie baczniejszej uwagi, dopóki nie wystąpią wymioty i bole w całem ciele, przykuwające chorego do łóżka. Bole te umiejscowiają się naokoło brzucha, lecz nic nie mają w sobie charakterystycznego; przyłącza się do nich uporczywe zaparcie stolca, ciepłota dochodzi do 38°—38·5°, tętno do 100 i wyżej. Brzuch po stronie lewej zwykle bywa tkliwy na ucisk, natomiast okolica kątnicy zupełnie wolna. Badanie przez odbytnicę wykazuje błonę śluzową tej kiszki prawidłową, dopiero w górnym jej odcinku stwierdza się rozpulchnienie, bolesność, podniesioną ciepłotę i koniec palca napotyka na luźne fałdy. W przypadkach przebiegających korzystnie po obfitem wypróżnieniu ciepłota spada w przeciągu 1—2 dni, bole samoistne i uciskowe znikają, chorzy czują się zupełnie dobrze. W innych przypadkach po pierwszym obfitym stolcu również następuje niejaka ulga, ciepłota spada, lecz ma się odrazu wrażenie, że polepszenie jest tylko przemijające, gdyż tętno pomimo spadku ciepłoty zostaje przyśpieszone, a napięcie powłok brzusznych nie ustępuje. I rzeczywiście poprzednie dolegliwości wkrótce znowu się zjawiają, a ciepłota i tętno idą w górę. Tkliwość na ucisk umiejscawia się jeszcze wyraźniej, niż w pierwszych dniach, po stronie lewej brzucha, gdzie też występuje wyraźny opór. Po krótkim czasie opór tenześrodkowuje się i występuje wyraźne obrzmienie, wymacalne przez powłoki brzuszne, a nieraz widzialne okiem w swoich obrysach. Przebiega ono w całości po lewej stronie brzucha, skręcając nieraz u góry ku okolicy pępka, a gubiąc się ku dołowi w miednicy małej. Obrzmienie to można wymacać i przez odbytnicę. Po kilku dniach obrzmienie powoli znika wśród spadku ciepłoty, lecz może się jeszcze raz przy ponownem wzmaganiu się ciepłoty powiększyć, a nawet, jak było w jednym przypadku autora, wywołać ogólne, śmiertelne zapalenie otrzewnej. Przyczyną tej choroby są zawsze zaburzenia w wypróżnianiu, najczęściej zaparcie stolca; sprawa zaś polega na zapaleniu odcinka kiszki, jej powłoki otrzewnowej i otaczającej tkanki łącznej, więc na ograniczonem zapaleniu otrzewnej. Siedzibą tego zapalenia jest kiszka esowata, co uwidocznia także badanie przez odbytnicę. Niekiedy przebieg choroby co do czasu trwania i co do ciepłoty przypomina dur brzuszny. Rokowanie co do życia jest zawsze dobre, chociaż sprawa wśród kilkakrotnych polepszeń i pogorszeń może się przedłużać. Czy rokowanie co do skłonności do nawrotów jest również dobre, nie można jeszcze orzec, gdyż choroba obecnie jeszcze mało zbadana. Leczenie polega na stosowaniu środków przeczyszczających i to najlepiej olejku rącznikowego, dwie łyżki dziennie; dalej wskazane są okłady wysychające, dyeta i spokój. W razie uporczywych wymiotów należy wywoływać wypróżnienie zapomocą lewatyw. Jeśli sprawa wikła się z ograniczonem zapaleniem otrzewnej, stosuje się worek z lodem na okolicę zapalnego obrzęku i ścisły spokój, a w celu wypróżnienia — lewatywy z oliwy, między któremi czasem przyjdzie zastosować lewatywę wypróżniającą z wody. Jeśli występują objawy niedrożności jelit, należy wstrzymać się od zabiegów wypróżniających. *Dr. Fels.*

Dr. R. Kaufmann. **Wiąd rdzenia odziedziczony u dziecka.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 35, 1904). Czternastoletni chłopiec, którego ojciec choruje na wiąd, cierpi od 6-go roku życia na mimowolne oddawanie moczu, a od 9 roku życia na t. zw. *crises gastriques.* Badanie wykazuje: zupełny brak oddziaływania źrenic na światło, a tylko leniwe ich oddziaływanie przy konwergencyi, zniesienie odruchów kolanowych, objaw Romberga w nieznacznym stopniu. Ponieważ do rozpoznania rzekomego wiądu na tle kiły brakuje w tym przypadku wszelkich objawów, zalicza go autor do nader rzadkich przypadków odziedziczonego wiądu dziecięcego, od których różni się on tylko brakiem zupełnym zaburzeń czucia; natomiast, podobnie jak większość należących tu przypadków, charakteryzuje się wczesnem wystąpieniem zaburzeń ze strony pęcherza i zmianami oddziaływania źrenic także i przy konwergencyi. Obecność zębów Hutchinsona i nadmierna szerokość naczyń przemawiają w tym przypadku za istnieniem dziedzicznej kiły; a szczegół ten zdaje się popierać zapatrywanie Halbana, według którego wiąd u dzieci, zrodzonych z rodziców, ulegających tej chorobie, tylko wtedy występuje, jeśli one oprócz wrodzonej skłonności do wiądu odziedziczyły także i kiłę. *Dr. A. Rydel.*

M. Labbé. **Blednica a gruźlica.** (*La Presse médicale* 1904, Nr. 70). Zarówno z punktu widzenia klinicznego, jakoteż hematologicznego, niema różnicy między blednicą, a niedokrwnością objawową. Według Landouzyego niema tu wogóle mowy o jednostce chorobowej i może co najwyżej idzie o niedostateczne nasze poznanie przyczyn niedokrewności. Najważniejszą i najczęstszą przyczyną niedokrewności może być gruźlica. Blednicę najczęściej napotyka się w rodzinach gruźliczych. Chore dotknięte blednicą, jakkolwiek same nie cierpią na gruźlicę, to jednak mają w sobie znamiona dziedzicznej gruźlicy, które opóźniły i zatrzymały ich rozwój, czy to w postaci zaburzeń odżywczych w narządach, czy też przedewszystkiem w postaci zmian w narządzie krążenia i krwiotwórczym. Na 54 chorych z blednicą znalazł Jolly 8 z wyraźnymi objawami gruźlicy. Spostrzeganie chorych i dociekanie przyczyn, dalej stan chorych gruźliczych od wieku pokwitania, przeszłość dotkniętych blednicą i zużytkowanie nowych metod rozpoznawania gruźlicy (tuberkulina, serodyagnostyka Arloing-Courmonta) nasuwają myśl, że blednica i gruźlica pozostają do siebie w pewnym stosunku. Większość kobiet, dotkniętych gruźlicą między 20 a 30 rokiem życia, oświadcza przy wywiadach, że ulegała blednicy w czasie pokwitania. Nieraz blednicę taką już poprzedzały schorzenia gruczołów, zapalenia stawu biodrowego, próchnienie kości, wilk itd. Z pośród wielu przypadków L. przytacza dla przykładu szczegółową historyę trzech, w których gruźlica przebiegała zupełnie pod postacią blednicy. Autor przestrzega atoli przed utożsamianiem gruźlicy z blednicą. Należy pamiętać, że także wrzód żołądka, krwotoki, kiła, oraz pasorzyty kiszkowe mogą dać obraz blednicy. W wywiadach blednica ma to samo znaczenie, co przebyte zapalenie opłucnej. Na blednicę należy zwrócić znacznie większą uwagę, aniżeli to się obecnie czynić zwykło, a doszczętne wyleczenie jej czyto przez pobyt na świeżem powietrzu, czy też przez leczenie w uzdrowiskach, chroni wiele jednostek przed zapadnięciem na gruźlicę.

Dr. M. Blassberg

Grassmann. **Uwagi o stosowaniu morfiny u chorych na serce.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 28, 1904). Autor ujmuje główne swe zapatrywania w zdaniach następujących: Niema żadnej podstawy do tego, by uważać morfinę w zwykłych dawkach leczniczych za truciznę sercową i wobec tego nigdy jej nie stosować u chorych na serce. Przypadki nagłej śmierci, zdarzające się czasem u chorych na serce wskutek działania morfiny, należy wogóle mierzyć tą samą miarą, jak przypadki śmierci, zdarzające się przy prawidłowych uśpieniach chloroformem wskutek porażenia serca. Przyczyna ich nie jest jeszcze wyjaśniona. Zdania autorów o wskazaniach stosowania morfiny w różnych chorobach sercowych są jeszcze bardzo podzielone i byłoby pożądanem określić te wskazania dokładniej na podstawie spostrzeżeń na większym materyale klinicznym. Stosowanie morfiny u chorych na serce i u cierpiących na znaczniejsze zmiany narządu oddechowego, a szczególnie przyrody ostrej, jakoteż w ostrych sprawach wsierdzia i mięśnia sercowego wymaga ostrożności. W czysto nerwowych zboczeniach sercowych, a w szczególności w dusznicy bolesnej (*angina pectoris*) nieorganicznej można bez wahania użyć morfiny, oczywiście w granicach wskazań ogólnych. W dusznicy bolesnej organicznej małe dawki morfiny są dozwolone, a nawet niekiedy wskazane. Morfina bezwzględnie jest wskazana dla doraźnej pomocy we wszystkich cięższych napadach dychawicy sercowej (*asthma cardiale*). Stosowanie jej w przewlekłej duszności u chorych sercowych, którzy jeszcze chodzą, jest tylko pod pewnymi warunkami dozwolone. Wskazanie do stosowania morfiny tam nastaje, gdzie naparstnica i inne środki sercowe nie działają. Morfina odgrywa ważną rolę jako środek przygotowawczy (podobnie jak wstrzyknięcie morfiny przed narkozą) — przed leczeniem naparstnicą u chorych na serce, bardzo rozdrażnionych i wycieńczonych, cierpiących na bezsenność. Morfina w tych przypadkach czyni zadość wprost wskazaniu przyczynowemu. *Dr. J. Fels.*

M. Wagner. **W sprawie leczenia wrzodu żołądkowego.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 1 i 2, 1904). Dotychczas leczono wrzód żołądka według Leubego w sposób następujący: przez kilka dni bezwzględny spokój żołądka, odżywianie lewatywami, po kilkunastu dniach wyłączna dyeta mleczna, później potrawy mączne, a po czterech tygodniach mięsne. Lenhartz polecił zamiast bezwzględnego spoczynku żołądka zaraz od początku dyetę, obfitującą w białko. Także w dolegliwościach bledniczych dziewcząt, polegających na nadmiernej kwasocie, stosowano tę samą dyetę. Tym sposobem unika się przedewszystkiem rozdęcia żołądka nadmiernemi ilościami płynów. Niedostateczne odżywienie skutkiem czystej dyety mlecznej wpływa niekorzystnie na leczenie wrzodu żołądkowego i błędnicy. W szpitalu w Eppendorf leczy się też wszystkich chorych na wrzód żołądka, a szczególnie tych, którzy niedawno przebywali krwotok żołądkowy, pokarmami, obfitującymi w białko, by przez zwalczanie nadmiernej kwasoty i niedokrewności stworzyć korzystne warunki dla wyleczenia wrzodu. Leczenie w 60-ciu przypadkach było następujące: Przy najściślejszym spoczynku w łóżku dostaje chory od pierwszego dnia surowe jaja, na lodzie chłodzone lub z winem zmieszane, łykami i dochodzi do 8 jaj dziennie w przeciągu pierwszego tygodnia; azotan bizmutowy (*bismut. subnitr.*) 2 grm. na dawkę w zawiesinie; mleko zimne od 200 grm. począwszy, powiększając o 100 grm. dziennie, dochodząc do 1-go litra i to tylko łyżkami; od 6-go dnia (po krwotoku) surową wołowinę, delikatnie skrobaną, 1—2 dni 35 grm. dziennie, potem 70 grm. zmieszane z jajkiem, powiększając stopniowo ilość. Po dwóch tygodniach znoszą chorzy już dobrze kaszkę ryżową lub grysik i wilgotny suchar, po 3—4 tygodniach dobrze odważoną dyetę z mięsem lekko przypieczonem, naturalnie z pominięciem jarzyn rozdymających i owoców strączkowych. W znacznej niedokrewności podaje się po 8 dniach sproszkowane pigułki Blauda, później także pigułki azyatyckie. Wyniki, uzyskane tą dyetą, były bardzo dobre. Główną zaletą jest dobre odżywienie i szybki powrót sił po krwotokach. Wyniki trwałe były z małymi wyjątkami bardzo dobre. *Baschkopf.*

C. Bechtold. **Przypadek spastycznego porażenia rdzeniowego, spowodowany zatruciem ołowiowem.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 37, 1904). U czterdziestopięcioletniego blacharza, który poprzednio kilkakrotnie zapadał był na kolkę ołowną, wystąpiło spastyczne porażenie kończyn dolnych. Czucie oraz czynność pęcherza były zupełnie prawidłowe; natomiast odruchy wygórowane, a odruch Babińskiego dodatni. Ponieważ chory równocześnie okazywał niewątpliwe objawy zatrucia ołowiem, a porażenie poczęło ustępować od chwili, odkąd chory przestał mieć z ołowiem do czynienia, przeto trzeba przyjąć, iż w tym przypadku spastyczne porażenie rdzeniowe spowodowane było zatruciem ołowiowem, co, jakkolwiek znane, należy jednak do rzadkości. *Dr. A. Rydel.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Linimentum mentholi chloroform. comp. (Sedlaček), przetwór czeski, dopuszczony przez ministeryum do sprzedaży na podstawie opinii najwyższej Rady zdrowia, okazał się wskutek racyonalnego swego składu skuteczniejszym od innych podobnych mazideł. Prof. Politzer poleca go w bolesnych cierpieniach ucha do wcierania w okolicę ucha. Prof. Mraček, Dr. Morgenstern, Gallia i w. i. chwalą jego działanie w cierpieniach gośćcowych i wyczerpaniu mięśni po wysiłkach cielesnych i wycieńczających chorobach. Dr. Spielmann i Dr. Rosziwal stosują go obok okładów Priessnitzowskich w cierpieniach żołądka i w chorobach kobiecych. Używanie tego przetworu zaleca się w zawodach, narażających na wysiłki i wpływy atmosferyczne. (*Allgem. Wiener med. Ztg.* 1904, Nr. 12).

Perhydrol. Pod tą nazwą znajdować się odtąd będzie w handlu chemicznie czysta woda utleniona wyrobu Mercka (H_2O_2 30% na wagę, 100% na objętość), gdyż chorzy i lekarze niejednokrotnie żądając chemicznie czystej wody utlenionej, wyrabianej przez Mercka, otrzymywali przetwór innego pochodzenia, a gorszej jakości, zanieczyszczony mniej lub więcej kwasami. Chcąc otrzymać bezwzględnie chemicznie czystą wodę utlenioną Mercka, wystarczy odtąd zapisywać krótko: „Perhydrol“.

O mezotanie. (*Rozprawa inaugur. wydz. lek. w Jenie*). Er. Schreiber leczył mezotanem 22 przypadków i dochodzi do następujących wyników: mezotan działa podobnie, jak salicyl, swoiście w gośćcu stawowym. W lekkich przypadkach wystarcza sam do leczenia. W cięższych przypadkach koniecznem jest połączenie leczenia zewnętrznego mezotanem z podawaniem wewnętrznem salicylu, przyczem wystarcza ½—⅓ zwykłej dawki salicylu. Używając mezotanu można ograniczyć znacznie szkodliwy wpływ salicylu, szczególnie na żołądek i nerki. Mezotan skutkuje też w ostrym gośćcu mięśniowym i uśmierza, jak się zdaje, bole w niektórych sprawach zapalnych. *Baschkopf.*

Folia Cecropiae obtusae. Liście tej egzotycznej rośliny zawierają według Combsa alkaloid: Cowleyinę. A. Gilbert i P. Carnot (*Presse méd.*, 1903, Nr. 36) stosują wyciąg, sporządzony z 2 części świeżych liści i 1 cz. wyskoku, posiadający tylko słabe działanie trujące, który zatem można podawać bez szkody w wielkich dawkach. Środek ten wzmacnia akcyę serca i działa moczopędnie, a właściwem mu jest, jak naparstnicy, działanie zbiorowe. Podawano ten lek w niedomodze sercowej przez 4—5 dni, 30 kropli dziennie: od 3-go dnia począwszy zwiększało się znacznie oddawanie moczu, zmniejszała się duszność i wracało regularne tętno. *Cecropia* działa więc prawie tak, jak naparstnica, ma jednak nad nią tę wyższość, że jest mniej trująca. *Baschkopf.*

Kollargol wstrzykiwał do żył Stachowsky (*Pester med. chir. Presse* 1904, Nr. 32) w gruźlicy i w zapaleniu płuc. W zapaleniu płuc następował po wstrzykiwaniach wolny spadek ciepłoty, jednakże nie we wszystkich przypadkach. U 2 suchotników zaś po wstrzykiwaniach 0·05 kollargolu co tydzień, znikły gorączki i poty nocne, odżywienie się poprawiło i powróciła częściowo zdolność do pracy, jednakże jeden z tych chorych zmarł po ½ roku wskutek nagłego zaostrzenia się sprawy płucnej po przeziębieniu. *Ah.*

VI. Pląsawica w stuleciu XI, XIII, XIV i XIV*).

Przez

Bł. p. prof. Dra Józefa Oettingera.

Najdawniejszy ślad piśmienniczy, wspominający o pląsawicy pospólnej, sięga epoki, kiedy romantyzm dochodził szczytu panowania, a społeczność chrześciańska w pomroce grubej, rozciągniętej na świat zmysłowy, wytężała swą wyobraźnię i tęskno swe uczucia ku dziedzinom i celom nadziemskim, bo nadprzyrodzonym.

Wiadomość też, z owego czasu przez kronikarzy potomności przekazana, tak tonie cała w olśniewającym blasku niepojętych cudów, najbujniejszą prześcigających fantazyę, iż staje przed nami w postaci niepochwytnego widma, lub unoszącego się ponad granicę prawdopodobieństwa mytu, lub na gorącej wierze opartej religijnej legendy, z której dla chłodnego badacza przyrody nader mało pozostaje wątku rzeczywistego, obejmującego wydarzenie się jedynie chorobowego zjawiska, jako podstawy i jądra tej pełnej cudów po-

*) Urywek z niewydanego rękopisu p. t. „Rys historyi medycyny powszechnej“.

wieści, tudzież sposób jego oddziaływania na ówczesne umysły, dosnuwające do niego pozłociste tło i gotyckie ozdoby swojego wieku.

Kronikarz niemiecki Henryk Wolter, kanonik bremeński, tak rzecz opowiada: W tymże roku (1021) w Saksonii wydarzyła się pląsawica (*chorea*) w klasztorze św. Magnusa po jutrzni, wszczęta od 15 mężczyzn i 3 niewiast na cmentarzu tamecznym, jak tylko prezbiter pierwszą mszę odprawia i nie ustawali ani w pląsach, ani w śpiewie pustym.

Prezbiter, wyszedłszy z kościoła, napomniał ich, aby tego zaprzestali; odpowiedzieli, że nie usłuchają. Rzekł Egbert: „dałby Bóg, abyście cały rok tak pląsali". (*Quod sic integro anno chorisetis*). Oni zaś potrącali go i dalej śpiewali.

Jedna z niewiast była córką pewnego kapłana; jej ojciec rzekł do syna swego Jana, aby ją za ramię z tańca wyciągnął i wyrwał jej ramię z ciała, a krew nie szła, a ona dalej śpiewała i pląsała z tamtymi. Naprzód wryli się w ziemię aż po kolana (*primum saltabant in terram usque ad genua*), potem po pośladki (*deinde usque ad nates*) i tak dotrwali rok cały. Ani deszcz, ani śnieg ich nie dotykał, ani nie jedli, ich obuwie i odzież się nie starzały, ani paznogcie, ani włosy im nie rosły. Po upływie roku pochłonęła ich ziemia aż po boki. Wtedy przybył biskup i modlił się za nimi. W tem sen ich ogarnął i spali trzy dni i trzy nocy bez przerwy. Jeden z nich z córką kapłana i innemi dwiema kobietami padły do kolan arcybiskupa i wnet wyzionęły ducha; niektórzy po przebudzeniu się ze snu ocknęli się i podnieśli i poszli do domu i nakarmili się, lecz aż do dnia śmierci nie pozbyli się drżenia ciała".

Z małemi tylko zmianami co do nazw opisują to zdarzenie inne jeszcze kroniki, przytoczone przez J. Chr. Beckmanna w jego historyi księstwa Anhalckiego, podając za jego widownię kościół klasztorny w Kolbingu niedaleko od Bernburga, naznaczając mu porę w Wilię Bożego Narodzenia, przeklinającego zaś kapłana mianując nie jak wyżej Egbertem, lecz Ruprechtem, który od owego czasu przechował się w pamięci i mowie ludu niemieckiego, jako postrach na niegrzeczne dzieci.

W tejże historyi Beckmanna jest wiadomość o drugim wybuchu takiej choroby w roku 1237, kiedy w Erfurcie sto przeszło dzieci na nią zapadło, puszczające się śród tańców i skoków w pochód do odległego o mil kilka Arnstadtu. Tam przybywszy, padły znużone na ziemię, wiele z nich, pozabieranych do domu przez rodziców, pomarło, reszta zaś, acz ocalała, zatrzymała aż do zgonu nieustanne drżenie członków. Postać ta pląsawicy nagminnej, połączonej z pewnym rodzajem pielgrzymki pobożnej do miejsca wsławionego cudami, nosi na sobie także cechę innego obłędu, o którym poniżej będzie mowa, znanego w dziejach pod imieniem pochodów, czyli pielgrzymek dziecięcych.

W kilkadziesiąt lat później, bo w roku 1278, dnia 17 czerwca, ukazała się wściekła pląsająca gromada, z 200 osób złożona, na moście na Mozeli w Utrechcie, jak podaje kronikarz Marcin Minoryta (Martini Minoritae *Flores temporum*), a wprzód nie chciała tanów zaniechać, aż dopóki ksiądz z ciałem Pańskiem nie przejdzie tamtędy do chorego. Za karę tej bezbożności most się pod nimi załamał i wszyscy utonęli.

Pląsawica czyli taniec św. Jana w wieku XIV.

Jeszcze nie przebrzmiały całkiem jęki rozpaczy i zgrozy, wywołanej niweczącymi ciosami „śmierci czarnej", kiedy jako drgający dalszy krąg swego wstrząśnienia na ruchomej fali ówczesnego życia społecznego, jako jedno z następstw powszechnego rozdrażnienia wystąpiło pospólne zwichnienie zdrowia, objawiające się przeważnie w zakresie tych ośrodków nerwowych, które są pośrednikami spraw umysłowych i ruchów dowolnych.

Według świadectwa Webstera, do którego odwołuje się Schnurrer, już w roku 1354 miało panować w Anglii jakieś gromadnie rozpostarte szaleństwo, w swych pojawach i przebiegu bliżej nieokreślone. Było ono może pierwszym zwiastunem i wybuchem nagminnego błędu, który we 20 lat później w roku 1373 i 1374 przeniósłszy się na ląd cały, trapił po kolei całe Niemcy i przyległe kraje północno-zachodnie, głównie zaś okolice nadreńskie i nadmozelskie. Odznaczał się uniesieniem gwałtownem uczucia, posuniętem niemal do zachwytu i rozpasanymi ruchami dowolnymi, wykonywającymi zdumiewające niepohamowaną siłą i wytrwałością skoki, od których cierpienie wzięto nazwę pląsawicy św. Jana, a później także pląsów św. Wita. Akwisgran, Kolonia, Leodyum, Utrecht, Tongern były w 1374 roku kolejną widownią tej szczególnej plagi; w roku 1418 nawidzała Strasburg, w niższym stopniu ponawiała się przez dwa blizko wieki, wprawiając w zdumienie społeczesne pokolenia; w XVI stuleciu coraz bardziej rzedniała, na początku XVII-go tu i owdzie jeszcze mignęła, a następnie znikła zupełnie, a przynajmniej nie dosięgła już nigdy swej pierwotnej jaskrawej potworności.

Kronikarz Piotr Gobelinus Persona z wieku XIV (ur. 1358) wspomina o niej już pod r. 1373, jako o zarazie dziwnej i niesłychanej (*miranda et inandita pestis*), kiedy inni, mianowicie kronika kolońska i limburska, naznaczają jej rok 1374, a Piotr z Herentalsu nawet dopiero r. 1375, dodając wszakże, iż wtedy dziwna ta sekta mężczyzn i kobiet (*mira secta tam virorum quam mulierum*) przybyła do Akwisgranu z okolic niemieckich (*de partibus Alamaniae*), gdzie, jak stąd wnosić należy, powstać mogła o rok pierwej. Z wyjątkiem niektórych drobnych szczegółów opisy głównych przypadków choroby są z sobą zgodne. Gromady mężczyzn i kobiet, młodzieńców i dziewic z wieńcami na głowach, na pół nadzy, bo tylko w pół opasani, przebywszy zwykle w domu napady drgawkowe, zrywały się na ulice i trzymając się nawzajem za ręce, pląsały, szczególniej przed kościołami i miejscami odpustów tak zapalczywie i nieustannie, aż z omdlenia poupadały; przyczem żywot do tego stopnia im się wzdymał, że go trzeba było silnemi chustami, w tym celu już poprzednio zabranemi i naokoło brzucha kołkiem okręconemi, coraz silniej ściskać z obawy pęknięcia, a niekiedy i pięściami weń uderzać.

Ba, nawet wzmiankowany Gobelinus Persona dodaje, iż tego jeszcze nie było dosyć, gdyż brzuchy domagały się od przytomnych, aby je nogami deptali tak dalece, iż niejeden tak wywrócony unosił napiętym brzuchem po dwóch lub trzech takich deptaczów. (*Nec hoc eis satis erat, quoniam etiam astantes ventres sic cadentium pedibus calcare poscentur, ita, ut unus sic cadens duos aut tres calcantes impetu ventris elevaret*).

Przypatrująca się gawiedź wyrządzała im od serca z całą usilnością tę usługę całemi pięściami i stopami. Jak Wiche dowodzi, zachodzi wątpliwość, czy owi szaleńcy rzeczywiście doznawali takiego wzdęcia i czy z tej przyczyny świadczono im to barbarzyńskie dobrodziejstwo. Wyuzdanym ruchom towarzyszyły zachwycające jasnowidzenia. Nie widząc i nie słysząc, co się około nich dzieje, jedni obcowali z duchami, bełkocąc ich nazwy, inni widzieli niebo otwarte, a w niem siedzącego na tronie Zbawiciela z Matką Boską; innym nakoniec zdawało się, że brodzili w strumieniu krwi i że dlatego byli zniewoleni skakać tak wysoko.

Według kroniki kolońskiej śród pląsów i skoków wykrzykiwali: »*Here sent Johan, so so, vrisch ind vro here sent Johan*«. Nieznajomość niemczyzny uwiodła kronikarza francuskiego, wyżej rzeczonego Piotra z Herentalsu, a za nim i Raywalda, iż wyraz *Vrisch* wzięli za imię wzywanego rzekomo ducha (*quaedam nomina daemoniorum nominabant videlicet* (Friskes *et similia*). (Hecker: *Die gr. Volkskrankh. 186*). Niektórzy pisarze podnoszą jeszcze ciekawy szczegół, iż ci pląsacze nie znosili widoku czerwonego sukna, ani trzewików z długimi dziobami, należącymi do ówczesnego zbytku w strojach żarliwie przez duchowieństwo z kazalnicy potępianego. Jakoż co snać nie udało się wymowie kaznodziejskiej, wskórali szaleńcy, z obawy których zakazano wyrobu obuwia, wywierającego wpływ pogarszający na nieszczęsną chorobę. (*Rostra calceorum aliqui clamabant se abhorrere, unde in Leodio fieri tunc retabantur*). (Jo. Pistor).

Postęp tej plagi miejscowy i czasowy, o ile go zabytki piśmiennicze wskazują, był następujący. W Akwizgranie ukazała się w roku 1374 w lipcu, przybywszy tam już z innych okolic niemieckich, o miesiąc później w Kolonii, gdzie liczba opętańców przenosiła 500. Około tegoż czasu nawidziła Metz, gdzie do 11.000 miało napełniać ulice. W miastach belgijskich szerzyła się również przez całe lato, nawidziwszy naprzód Leodyum w lipcu.

Łatwo pojąć, że gdy pojawy nerwowe już same przez się mają własność podniecania w przytomnych popędu naśladowniczego, wpływ ten musiał stać się porywającym mimowolnie gapiące się i panującym prądem duchowym odpowiednio nastrojone i nakłonione tłumy.

Wzrastały też już samym widokiem zastępy pląsaczy, jak śnieżyca przybierająca w miarę staczania się, tak dalece, iż zaniepokoiły władze duchowne i świeckie, a to tem bardziej, iż słusznie zaczęto dopatrywać się w tych ruchach, choćby mimowolnego, mimowiednego targania się na znoszone przez wieki z pokorą jarzmo niewoli duchowej i społecznej. O znamionach tej niesforności poniżej jeszcze słowo dorzucimy, rozbierając w końcowej uwadze znaczenie dziejowe tych chorobowych zjawisk; tu zanim przejdziemy do opisu tańca św. Wita, stopniowego ubytku choroby, rozbioru jej przyczyn, używanych przeciw niej środków, wytłómaczyć nam potrzeba powód przyczepienia do nazwy ogólnej pląsawicy jeszcze imienia św. Jana Chrzciciela.

Nazwy dwóch świętych: Jana Chrzciciela i Wita splotły się z chorobą, a zwłaszcza pierwszego z nich, pierwotnie wcale nie skutkiem jakiegoś szczególnego do niej stosunku, wypływającego z cudownej opieki lub orędownictwa i pomocy upraszanej dla dotkniętych tą niemocą; a jeżeli się ten niebieski patronat rzeczywiście między ludem prędko ustalił, to nie z tytułu powinowactwa osobistego, mającego swe źródło w wyłącznych przymiotach uzdrawiających, przypisywanych tym przez kościół uwielbianym męczennikom, lecz z powodu przypadkowego, jakim jest pora roku, w której się nabożeństwo do tych dwóch świętych odprawia, t. j. dzień 24-ty i 25-ty czerwca. Jakoż przesilenie letnie, kiedy przyroda roztacza cały przepych czarujących wdzięków i bujnego rozkwitu, kiedy wszystko naokoło drga i tętni życiem i ruchem, wywierała od zamierzchłej starożytności na wszystkich niemal ludach zniewalający urok, który znalazł wyraz w otaczaniu szczególną czcią gorejącego ognia, uzmysławiającego twórcze czynniki światła, ciepła, ciągłego powstawania i znikania, połączoną z obrządkowemi około niego pląsami.

Pisarze bizantyńscy Zonaras, Balsamon i Photnis wspominają o świętojańskich ogniach w Konstantynopolu i uważają je za zabytek z czasów starożytnej Hellady. „O rzymskich paliliach, przy których palono słomę, jako o ogniowym obrządku lustracyjnym, mówi Owidiusz“ (*Met. IV. 774*, *Fasc. IV. 721*). Już wtedy łączyła się z tym zwyczajem wiara w oczyszczający i ochraniający skutek rozniecowych świętych płomieni, przeskakiwano przez nie, by się ubezpieczyć od choroby, okrążano gorejącemi pochodniami pola, by je od szkód zasłonić. Krzewiciel wiary chrześcijańskiej pomiędzy Germanami św. Bonifacy zabronił nowonawróconym zapalania tak zwanego „Nodfys“, obchodzonego u nich uroczyście, jako obrządek, sięgający arcydawnych czasów pogaństwa, a tak głęboko zakorzeniony, iż mimo zakazu rozstać się z nim nie mogli, lecz go na św. Jan przenieśli, aby go pod szatą nowej wiary dalej przechować.

Tym sposobem, jak już wyżej się wspomniało, niejeden zwyczaj i wiele zabobonów przez chrzest przeszedlszy ocalało i uszło bezwzględnego wytępienia, na jakie żarliwość apostołów chrześcijaństwa dawniejsze pomniki i zabytki skazywała.

Że i tarcza św. Jana, pod której osłoną zapalano ognie i odbywano pląsy, nie zdołała zetrzeć zbyt zmysłowego piętna pogańskiego, świadczą przestrogi św. Augustyna, aby nie dozwalano kalania uroczystości świętej pieśniami rozwiozłemi. »*Nec permittamus solemnitatem sanctam cantica luxuriosa proferendo polluere*«. (S. Augusti Denkwürdigkeiten aus der christlichen Archaeologie Bd. III. S. 106. Leipzig 1820. 8).

Wszakże i u nas w Polsce pod nazwą sobótek przechował się ten powszechny zwyczaj u ludu wiejskiego, obchodzony nietylko na św. Jana, ale i podczas Zielonych Świątek, poetycznie oprócz tego uwieńczony pieśnią Jana Kochanowskiego, której początek opiewa:

Gdy słońce raka zagrzewa,
A słowik więcej nie śpiewa:
Sobótkę jako czas niesie
Zapalono w czarnym lesie.
. . . .
Siedli wszyscy na murawie
Potem stało sześć par prawie
Dziewek jednako ubranych
I bylicą przepasanych.
Wszystkie śpiewać nauczone
W tańcu także niezganione“.

(Dzieła Jana Kochan. T. 1. str. 115. Wyd. Wrocł. z roku 1825).

Jeżeli się zważy, że umysły, do najwyższego stopnia rozdrażnione jużto skutkami strasznego pomoru, jużto rozprężeniem ówczesnego ustroju społecznego, nie dającego się dłużej utrzymać w dawnych karbach uległości, jużto nareszcie swawolą możnych, a uciskiem warstw niższych doprowadzone do ostateczności, a do tego cieleśnie do nerwowych zboczeń usposobione, mogły w tych świętojańskich pląsach znaleźć dostateczną podnietę do wybuchu przygotowanej poprzednimi wpływami choroby, — to nietylko pora pierwszego jej pojawienia się w Niemczech, ale i związek z obchodami odpustowymi świętojańskimi, a wreszcie i z tym patronem wyjaśniające znajdzie tłómaczenie.

Co do św. Wita, oprócz pory, w której dzień jego imienia przypada, mogła jeszcze wpłynąć na jego stosunek do pląsawicy przypisywana mu oddawna potęga uzdrawiająca, zwłaszcza w wściekliznie, a to tem bardziej, iż kościół w Corvey we Francyi posiadał od roku 836 zwłoki świętego, gdzie słynął dokonywanymi tamże cudami.

Zaliczono go też w poczet 14 ochronicieli czyli aptekarzy, mylnie tak zwanych przez przekręcenie zapewne greckiego wyrazu *apotropaei* (odwracający nieszczęście — *dii averunci*). Są nimi:

1) Jerzy (Georgius), 2) Błażej, 3) Erazm, 4) Wit, 5) Pantaleon, 6) Krzysztof, 7) Dyonizy, 8) Griak, 9) Achazy, 10) Eustachy, 11) Idzi (Aegidius), 12) Małgorzata, 13) Katarzyna, 14) Barbara. W późniejszym dopiero czasie w końcu XIV i w XV wieku zaczęło krążyć podanie, zapewne z powodu pojawiania się pląsawicy powstałe, że pacholę męczeńskie, zanim za Dyokłecyana poddało głowę pod miecz katowski, wzniosło modlitwę do Boga, aby wszystkich, którzy dzień jego postem i nabożeństwem obchodzić będą, ochronił od pląsawicy, na co usłyszano głos z nieba: „Wicie wysłuchan jesteś“. Od tego też patrona brały nazwę i pomoc pospólne wybuchy pląsawiczne we Francyi i Niemczech, o których teraz mówić będziemy: tarantyzmowi zaś, polegającemu także na wyuzdanych ruchach dowolnych, lecz mającemu odrębne cechy miejscowe, przyczynowe, przebiegowe i lecznicze, oddzielny wypadnie poświęcić rozdział.

Pląsawica św. Wita w XV stuleciu i następnych.

Pamiętną jest plaga pląsawiczna, która w r. 1418 nawidziła Strasburg.

O niej przechowała nam kronika niemiecka Königshovena ludową piosenkę.

Jakkolwiek gwałtowna, zdawała się atoli choroba objawami swymi i wpływem nie dosięgać owych przerażających rozmiarów, jakie okazywała poprzednio, kiedy nowością i stopniem nieposkromionego rozkiełznania wywoływała zgrozę i osłupienie.

Oswojenie się z nią uczyniło ją snać dla ogółu nieco mniej straszną, zawsze atoli była zjawiskiem zbyt uderzającem i niezwykłością i okropnością, aby nie miała obudzić w tłumach obawy i trwogi ze strony jednej, z drugiej zaś ciekawości i naśladownictwa bądź mimowolnego, bądź udawanego i podstępnego.

Niejeden, porwany widokiem szalonych pląsów, dostawał zawrotu i zamącenia umysłu; następnie, pobudzony licznym przykładem, puszczał się namiętnie w tany za rojami obłąkańców, zwiększając ich szeregi, którym oprócz tego towarzyszyła gawiedź gapiących się próżniaków, a po części także troskliwa o los popadłych w tę ciężką niedolę swych członków — rodzina.

Smutnemu obrazowi dodawali jeszcze zgrozy — przez ironię przeciwieństwa — przygrywający kobziarze.

Dowodem mniejszej gwałtowności tego wybuchu była także większa potulność cierpiących i pobłażliwsza wyrozumiałość zdrowych, skąd też i pomoc religijna, z łagodnością świadczona, pewniejszy odnosiła skutek, zwłaszcza, że sławetni rajcy zarządzili środki, jeżeli nie wolne od panującego uprzedzenia, to przynajmniej ludzkiem tchnące spółczuciem.

W stuleciu XVI-tem pospólny ten obłęd występuje już rzadziej i łagodniej, a gwałtowniejsze jego przypady wydarzały się tylko wyjątkowo. Jan Schenck von Graffenberg (ur. 1530 † 1598), lekarz miejski w Fryburgu bryzgowskim i autor dzieła »*Observationum medicarum variorum libri VII Lugduni 1643 fol.*« —, pisząc w drugiej połowie stulecia, wspomina o tej chorobie (*L. l. Obs. VIII p. 136*), jako pladze, często postrzeganej przez jego poprzedników, ale jeszcze niewygasłej zupełnie, a ponawiającej się tu i owdzie, acz nie tak zapalczywie. Nagabywała ludzi wszelkiego stanu i zawodu, głównie zaś prowadzących życie siedzące, jak szewców i krawców, jednakże nie oszczędzała niekiedy i czerstwych włościan, którzy czasem jak opętani odbiegali roboty w polu, porwani wirem pląsawicznym.

Rozmaicie pomieszani chorzy zlatywali się zwykle do pewnych miejsc zbornych, aby pląsać bez ustanku, dopóki im tchu starczyło, jeżeli przytomni temu nie przeszkodzili. Wyuzdana wściekłość pozbawiała ich zmysłów, iż wielu o ściany i narożniki potrzaskało sobie głowę; inni na oślep rzucali się w bystre rzeki i w nich potonęli. Ryczących i pieniących się nie zdołano poskromić inaczej, jedno obstawiając ich istnemi barykadami z ław, stołków i tym podobnych sprzętów, aby wysilając się na wysokie skoki prędzej się znużyli, skutkiem czego wywracali się jak martwi i powoli tylko się ocucali. Niekiedy zaś jednokrotny spoczynek nie uspakajał jeszcze rozkiełznanych ruchów, lecz przebudzali się jakby z odświeżonemi siłami, pędzili na nowo pomiędzy pląsającycli aż do wyczerpnięcia gwałtownie podnieconej tkliwości nerwowej najwyższym stopniem zmęczenia i wysilenia. Wielka część po jednym takim wybuchu, jakby uwolniona od nagromadzonej zbytniej tkliwości nerwowej, — odzyskiwała zdrowie stanowczo i powracała spokojnie do rzemiosł i pługa, wielu zaś odpokutowało chorobę, a jak w du-

chu owego czasu wierzono i swą bezbożność, wyniszczeniem całkowitem, przeciw któremu nic nie wskórały leki wzmacniające, choćby najdzielniejsze.

Zadziwiało wielce lekarzów, że niewiasty zaszłe daleko w ciążę, przebywały napady bez uszczerbku dla płodu, który zwykle ochraniały podpasaniem żywota.

Jako osobliwość przytacza Schenk także szczególny wpływ muzyki wywoływania, natężenia, a czasem i łagodzenia napadów, co zresztą łatwo wytłómaczyć się daje ścisłym związkiem narządu słuchowego z głównym ośrodkiem nerwowym, t. j. z mózgiem, a może bliższym jeszcze stosunkiem do ognisk ruchowych zwłaszcza, że sam jest najtkliwszym przewodnikiem tak delikatnych ruchów, jakimi są drgania dźwięczne powietrza. W zakresie zmysłu wzrokowego szkodliwem, bo podniecającem, było wrażenie barwy czerwonej, o czem kronikarze również już wzmiankują, opisując cierpienie z wieku XIV-go. W drugiej połowie stulecia XVI-go o tyle jeszcze zwolniał dziwny ten obłęd pospólny, że ustały już pochody pląsających z jednego miasta do drugiego i że napady nagabywały zwykle tylko raz do roku, wywoływane zabobonną wiarą w cudowną moc św. Jana i św. Wita, skąd też przez cały czerwiec osoby, do silniejszych wzruszeń nerwowych skłonne, zaczęły doznawać niepokoju, niedomagać, posępnieć, miotać się i błąkać z miejsca na miejsce, wyczekując z utęsknieniem wilii św. Jana, aby z pobożną intencyą roztańczywszy się do syta przed ołtarzami patronów św. Jana i Wita, jakby po zbawiennem przesileniu odzyskać równowagę dla zwichniętego zdrowia.

W Bryzgowii, gdzie przebywał i chorobę postrzegał przytoczony wyżej Schenk, dotknięci pląsawicą szukali pomocy jużto w kaplicy św. Wita w Biessen pod Breisachem, jużto w kaplicy św. Jana pod Wasenweilerem.

W stuleciu XVII-tem bardziej jeszcze niemoc ta zrzedła, wydarzając się tylko jeszcze tu i owdzie pod dawniejszą postacią.

Tak n. p. widział jeszcze G. Horst (Gregor. Horstii *Observationum medicinalium singularium Libri IV priores. His accessit Epistolarum et Consultationum medicinalium L. 1. Ulm 1628. 4. Epist. p. 374.*) na wiosnę r. 1623 kilka niewiast, które co rok odbywały pielgrzymkę do kaplicy św. Jana w Drefelhausen pod Weissensteinem w okolicy ulmskiej, aby tam odbyć swe napady pląsawiczne. Nie poprzestawały one na 3-godzinnej pohulance, w dostateczność której wiara się była powszechnie już ustaliła, ale w obłąkaniu szalały, jakby w zachwycie we dnie i w nocy, aż wyczerpnięte popadały, a wytchnąwszy, pozbyły się wreszcie dręczących je poprzednio dolegliwości na cały rok następny.

Jedna z nich obchodziła już dwudziestą, a inna 32-gą rocznicę cudownej pomocy, doświadczanej na poświęconem miejscu.

Ostatnie ślady tego obłędu giną w krwawych zapasach, jakie sprowadziła wojna trzydziestoletnia. (C. d. n.)

VII. † Czesław Uhma

Dr. wszechnauk lekarskich, specyalista używający szerszego rozgłosu dla swej wiedzy i zamiłowania do pracy literackiej, zakończył życie we Lwowie dnia 14 października. Przyszedł na świat w Wadowicach, szkoły średnie i wyższe odbył w Krakowie. Po otrzymaniu dyplomu doktorskiego osiadł we Lwowie, gdzie pozyskał sobie dobre imię pracą, sumiennością, nauką i gorliwością w rozwoju instytucyi społecznych. Prócz licznych artykułów z zakresu swej specyalności wydał podręcznik „Syfilidologii" (1900), a w rok później monografię p. t. „Popęd płciowy i niektóre jego zboczenia".

Zmarły brał czynny udział w „Towarzystwie lekarskiem", w „Kole literacko-artystycznem", w Związku naukowo-literackim", w „Sokole lwowskim". Uczestniczył w założeniu i redagowaniu tygodnika „Ojczyzna", podpisywał dziennik „Wiek XX". Żył lat 42. Pogrzeb odbył się w Krakowie 17 b. m. Społeczeństwo, dla którego dobra ś. p. Uhma oddawał wszystkie chwile swego życia, zachowa na zawsze jego imię w wdzięcznej pamięci.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 20 października.

* **Z Sejmu.** Komisya budżetowa zgodnie z wnioskiem Wydziału krajowego, uchwaliła asygnować rocznie 2060 K na Zakład szczepienia przeciw wściekliźnie, będący pod kierownictwem prof. Bujwida, oraz niszczać za leczenie ubogich chorych $^1/_3$ kosztów, skarb zaś ma płacić $^2/_3$. — Prócz tego uchwaliła Komisya budżetowa przyznać na r. 1905 10,000 K na zapomogi dla chorych gruźliczych, leczących się w sanatoryach Alland i w Zakopanem („Pomoc Bratnia").

Komisya sanitarna sejmowa zastanawiała się nad wnioskami Wydziału krajowego w sprawie wyboru miejsca pod zakład dla umysłowo chorych w Zachodniej Galicyi: Wydział krajowy, jak wiadomo, proponował obszar należący do wsi Lusina; Komisya sanitarna, snać przekonana wywodami Dr. Jankowskiego, oświadczyła się za Skawiną.

* Minister oświaty zatwierdził uchwałę Wydziału lekar. U. J., nadającą Drowi Stefanowi Horoszkiewiczowi *veniam legendi* z zakresu medycyny sądowej.

* Szpital w Tarnobrzegu otrzymał charakter zakładu powszechnego.

* Kliniki lwowskie zostaną otwarte już z początkiem przyszłego tygodnia. Delegaci ministerstwa oświaty i skarbu przedstawili Wydziałowi krajowemu żądanie, ażeby za podstawę obliczenia nadwyżki kosztów utrzymania i leczenia chorych w oddziałach klinicznych przyjęta była nie obowiązująca taksa III klasy, lecz rzeczywiste wydatki, połączone z utrzymaniem i leczeniem chorych w szpitalu według normy obowiązującej. Wydział krajowy uchwalił zgodzić się na te żądania. Również zgodnie unormowano czas spłacenia zaległości, należących się Wydziałowi krajowemu od rządu za utrzymanie i leczenie chorych klinicznych w latach poprzednich. Tym sposobem stan prawidłowy w klinikach lwowskich został ustalony.

* Walka z gruźlicą, jako chorobą społeczną, wywoływała podczas wszystkich ostatnich Zjazdów polskich szereg rezolucyi, uchwalanych przez sekcye: higieniczną, weterynarską i lekarską. Ostatni Zjazd (1900 r.) zorganizował samoistną sekcyę dla walki z gruźlicą, na której posiedzeniach wygłoszono szereg odczytów, ważnych naukowo, a niezbędnych dla skuteczności walki, i przeprowadzono rozprawy, zmierzające do wszechstronnego wyjaśnienia sprawy gruźlicy na całym obszarze Polski. Zjazd uchwalił rozpowszechnić po całym kraju monografię prof. I. Baranowskiego p. t. „Walka z gruźlicą, jako zadanie społeczno narodowe", a obok tego zorganizować w kraju stowarzyszenie dla walki z gruźlicą, stawiąc na pierwszem miejscu zakładanie sanatoryów dla gruźliczych. Sprawa poruszona tak poważnie, w areopagu tyle kompetentnym, po paru latach dojrzewania dziś przybiera kształty czynu, dzięki inicyatywie prof. A. Gluzińskiego, Dr. Janiszewskiego i Dr. Stroynowskiego, którzy w tym celu zwołali dnia 14 b. m. we Lwowie zgromadzenie obywateli. Liczny udział przodowników obywatelstwa lwowskiego, krórzy bezzwłocznie wpisali się do składu stowarzyszenia, przemówienia zagrzewające do zbawiennej akcyi społecznej, wszystko to każe dobrze wróżyć o przyszłości zamierzonej organizacyi: a jednocześnie ufać, że społeczeństwo nasze na tyle już jest dojrzałe, że za stolicą pójdzie cały kraj.

Po ukonstytuowaniu odbyło się pierwsze walne Zgromadzenie nowopowstałego Stowarzyszenia, na którem uchwalono: 1) Wniesienie do W. Sejmu petycyi w sprawie budowy sanatoryum ludowego dla gruźliczych. 2) Projekt zmiany pierwotnego statutu. 3) Wreszcie wybrano Wydział, w skład którego weszli: P. P. Barwiński, Dr. Gluziński, Hudec, Dr. Janiszewski, Dr. Jordan, Dr. Lilien, Dr. Legeżyński, Dr. Piasecki, Dr. Stroynowski i hr. A. Wodzicki.

Walka z gruźlicą, to dziś pierwszorzędna troska narodów. Prowadzić ją mogą zwycięzko nie tylko ludy wolne, ale i pozbawione bytu politycznego, lecz posiadające natomiast ducha samoobrony społecznej. Wydział nowego Stowarzyszenia nie ograniczy działalności swojej do samego tworzenia sanatoryów, lecz drogą pouczania słowem i piórem wyda walkę gruźlicy u źródła, w łonie rodziny. Do spełnienia tego obszernego zadania niezbędny jest współudział całego społeczeństwa, a w pierwszym rzędzie poparcie lekarzy, którzy niechybnie staną w pierwszym szeregu walczących w nowozawiązanem Stowarzyszeniu.

* D. 13 b. m. odbył się we Lwowie Zjazd lekarzy okręgowych pod przewodnictwem Dr. Nattera. Na posiedzenie przybyli posłowie: prof. Mars, Dr. Bednarski i Dr. Wurst, protomedyk Dr. Merunowicz, prezydent Izby lekarskiej Dr. Festenburg, inspektor szpitali Dr. Sawicki, krajowi inspektorowie sanitarni Dr. Barzycki i Dr. Lacho-

wicz i in. Głównym przedmiotem porządku dziennego była sprawa uzyskania emerytur dla lekarzy okręgowych i zaopatrzenia wdów i sierót po nich, którą referował Dr. Zasacki. Wydział krajowy uchwalił przedłożyć Sejmowi wniosek przeznaczenia z funduszów krajowych kwotę 10,000 K na zapomogi dla wdów i sierót po lekarzach okręgowych, zmarłych w czynnej służbie i kwotę tę wstawić do preliminarza na r. 1906. Ponieważ krok ten Wydziału krajowego sprawy emerytury nie rozwiązuje, a przytem pominięte zostały wszystkie inne postulaty lekarzy okręgowych, referent wnosi, ażeby lekarze oparli się na własnych siłach i samoistnie stworzyli fundusz emerytalny. Wniosek ten wywołał nader ożywione rozprawy. Wreszcie postanowiono jeszcze raz wnieść podanie do Sejmu, aby polecił Wydziałowi krajowemu opracowanie zmian ustawy w kierunku stworzenia funduszu emerytalnego na tych samych zasadach, na jakich istnieje fundusz emerytalny urzędników krajowych; a swoją drogą wypracowywać plan stworzenia własnego funduszu emerytalnego. Uchwalono dalej odnieść się do Sejmu, aby wyznaczona na zapomogi dla wdów kwota 10,000 K była wstawiona już do budżetu na rok 1905, a nie dopiero 1906. — Bardzo ożywioną dyskusyę wywołał projekt Wydziału krajowego, zmierzający do zasadniczej zmiany ustawy o lekarzach okręgowych: uchwalono uprosić posłów, należących do Komisyi sanitarnej, aby postarali się o przeprowadzenie kilku poprawek w projekcie. Z powodu spóźnionej pory inne referaty spadły z porządku dziennego. Obszerniejsze sprawozdanie podamy w Nr. następnym.

* W Tarnowie zaszedł przypadek tak bezwzględnego i nieobyczajnego obejścia się zarządu Kasy chorych z lekarzem tejże Kasy, Dr. Ozimkiem, że godzi się zapytać, czy my żyjemy w wieku prawa i sprawiedliwości, czy też porywczej swawoli. Rzecz się miała tak: Do Dr. Ozimka zgłosił sie dnia 10 b. m. robotnik z tłuczoną raną policzka z żądaniem natychmiastowego opatrzenia: lekarz, będąc na wyhodnem i przekonawszy się, że rana jest bez znaczenia i nie krwawi, polecił robotnikowi udać się do budynku Kasy, gdzie wkrótce przybędzie i ranę opatrzy, a postanowienia tego nie zmienił, pomimo nalegania robotnika. Nazajutrz, t. j. 11-go b. m., Dr. Ozimek otrzymał od zarządu Kasy pismo, uwalniające go od obowiązków już z dniem 15 b. m., a to rzekomo „z powodu odmówienia pomocy lekarskiej członkowi Kasy“. Doraźny ten wyrok usprawiedliwićby mogła tylko zbrodnia urzędnika. A wszakże Dr. O. „nie odmówił pomocy lekarskiej“, tylko ją odłożył, a krok ten lekarza nie sprowadził najmniejszej szkody, bo rana nie broczyła, jak to stwierdził Dr. Kowalski, który chorego opatrzył, a że była lekka, to już dowodzi fakt, że robotnik od lekarza poszedł wprost do pracy. Wolno jest zarządowi wydalić ze służby niedbałego urzędnika, ale należy mu przez prawidłowe dochodzenie winę udowodnić, a już prosta sprawiedliwość i prawo zwyczajowe powinne były wstrzymać zarząd Kasy od tak doraźnego i nerwowego wyroku, mocą którego lekarz, po siedmiu latach służby, zostaje pozbawiony stanowiska z trzydniowem wypowiedzeniem. Wyrok ten krzywdzi Dra O., a ubliża całemu stanowi lekarskiemu. Rzecz łatwa do przewidzenia, że bezwzględny postępek zarządu Kasy chorych z Dr. O. wywołał odruch śród lekarzy tarnowskich, którzy na zebraniu dnia 14 b. m. w liczbie 17 jednomyślnie uchwalili zaprotestować przeciw takiemu postępowaniu zarządu Kasy chorych i w razie nie wejścia tego zarządu na drogę prawa i słuszności, zarządzić „strejk“ w tej formie, że nikt z lekarzy tarnowskich nie przyjmie stałej posady lekarza Kasy, lecz chorych jej członków obowiązują się lekarze tarnowscy leczyć za wynagrodzeniem pojedynczej ordynacyi. Postanowienia lekarzy tarnowskich podzieli niezawodnie ogół lekarzy w Galicyi i w razie potrzeby czynem udowodni swej z nimi jednomyślności.

W ostatniej chwili dowiadujemy się, że między lekarzami tarnowskimi a Kasą chorych nastąpiło o tyle porozumienie, że na razie „strejk“ stał się zbytecznym.

* Dziesiąte zgromadzenie środkowoniemieckich psychiatrów i neurologów odbędzie się w Halli 22 i 23 października b. r. pod przewodnictwem Wernickego.

* Między 25 września a 1 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: jaworowskim, kolbuszowskim, nadwórniańskim, przemyskim, przemyślańskim, rawskim, turczańskim, złoczowskim, żółkiewskim (po 1 gminie), w tarnopolskim (2 gm.).

Nekrologia. Zmarli: Dr. Władysław Walewski, sekundaryusz szpitala św. Rocha w Warszawie, zmarł w Otwocku w 31 roku życia. Lekarze wojskowi: Stanisław Mrajski, lat 51 i Michał Zawadzki, lat 42. Dr. Józef Monkiewicz, lat 74, zmarł w Warszawie. Dr. Neiding, prof. sądowej medycyny zmarł w Moskwie, licząc l. 60. Dr. Maasen, nadzwycz. prof. ginekologii zmarł w Odesie.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Tangl, mianowany został profesorem zwyczajnym w Insbruku. Dr. Borst mianowany nadzwyczajnym profesorem w Bonn.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 41. Grosglik: O znaczeniu rozpoznawczem uroskopii w chorobach chirurgicznych dróg moczowych (dok.). Hertz: Kilka uwag o znieczuleniach ogólnych ze specyalnem uwzględnieniem narkozy eterem.

— *Kronika lekarska* Nr. 19. Wojciechowski: Leczenie przymiotu hermofenylem (dok.). Smużyński: Przypadek samowyleczenia guza perlistego.

— *Gazeta lekarska* Nr. 41. Szmurło: O klimatycznem znaczeniu stepów na południowowschodzie Rosyi, oraz leczeniu kumysem. Halpern: O zachowaniu się chlorków w ustroju, ich stosunku do powstawania obrzęków i znaczenia w dyetetyce przy zapaleniu nerek (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 20. Mikołajski: Komisya prasowa w Izbie lekarskiej. Zasacki: Położenie materyalne lekarzy gminnych i okręgowych w Galicyi (dok.). — Przeciw specyfikom (dok.) — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych (c. d.). — Pokłosie z prasy lekarskiej. — Wiec Izb lekarskich w Salzburgu. — W sprawie emerytur lekarzy okręgowych. — Sprawy sanitarne w Sejmie krajowym. — Ze sprawozdań Wydziału krajowego.

— *Zdrowie* Z. 10. Fidler: Sprawozdanie lekarskie ze stanu miejskiej szkoły handlowej w Radomiu za r. 1901—1902.

— *Ginekologia* Nr. 8. Bylicki: O bezpośredniem mierzeniu wymiaru prostego wchodu miednicy za pomocą „dźwigni mierniczych.“ Nowak: Przypadek błoniastego przyczepienia pępowiny wraz z przódowaniem naczyń. Borzymowski: O izolacyi pęcherza od wpływu moczu za pomocą cewnikowania obydwóch moczowodów. Korybut-Daszkiewicz: Przypadek ospy naturalnej u 2-dniowego dziecka. Karczewski: „Pociągadło“.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 41. Kopfstein: Kasuistika vzácných nádorů v chirurgii (dok.). Zimmer: Claudiův katgut (c. d.). Skalička: Poměry rakoviny ve Španělsku.

— *La Presse médicale* Nr. 80. Lortat-Jacob i Sabaréanu: Rwa kulszowa jednostronna, spowodowana schorzeniem korzeni czuciowych rdzenia. Azoulay: Włókienka nerwowe według metody i badań S. Ramon Cajala. Theuveny: Zaburzenia wątroby, nerek i całego ustroju, jako przyczyny, wywołujące drgawki. Schwab: Wydzieliny moczowe podczas trwania wymiotów niepowstrzymanych u kobiet.

— Nr. 81. Bernard: Chorzy na serce i nerki. Lemaire: Odczyn t. zw. urohematynowy. Zimmern: Pogadanki o elektryczności; praca i energia elektryczna.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 41. Kossel: Nowe wyniki chemicznego badania białka. Oberndörffer: Działanie kwasu chinowego na przemianę wapna materyi u ludzi. Neumann: Nowe odczyny barwikowe cukrów. Lewin: Działanie ołowiu na macicę. Strauss: Postępy w dyagnostyce jelitowej za pomocą „dyety próbnej“. Neuberg i Milchner: O zachowaniu się wodników węgla przy autolizie, oraz w sprawie połączeń grupy wodników węgla w ciałkach białka. Wohlgemuth: Wytwarzanie się kwasu glukoronowego u ludzi. Loch: Działanie lecznicze „pyrenolu“, oraz uwagi nad kwestyą działania salicylu na układ moczowopłciowy. Posner: Badanie ropy.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 41. Martin: Znieczulenie rdzeniowe u ciężarnych. Zangemeister: O molekularnem zagęszczeniu płynów patologicznych, nagromadzonych w ciele, oraz o wpływie drobnoustrojów na molekularne zagęszczenie pożywek. Dobrauer: Krwawienie z ściany żołądka lub jelit przy gastroenterostomii. Brodnitz: Leczenie przepukliu wstrzykiwaniami wyskoku. Loeb: Przypadek wiądu z przerwami w oddychaniu. Gaugele: Przypadek bąblowca siatkówki. Luxembourg: Kazuistyka tłuszczaków powstających w zakresie stawów. Blum: Rozpoznanie surowicze duru brzusznego za pomocą „diagnosticum“ Fickera. Henkel: Nowy, samotrzy-

mający się wziernik do zastosowania w małej ginekologii. Haenel: Technika mięsienia wibracyjnego. Cramer: Sądowo-karne postępowanie wobec umysłowo upośledzonych (dok.).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 42. Dührssen: Leczenie guzów, zwłaszcza torbieli jajnikowych wikłających ciążę i poród. Werner i Hirschel: Badanie leczniczego działania promieni radu. Michaelis: Ultramikroskopowe badania. Elsner: Ruchomość żołądka w achylii żołądkowej. Glitsch: Postępy w leczeniu drgawek (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 41. Kövesi: Puchlina wodna chorych na nerki. Haidenthaller, Ludwig i Panzer: Zdroje jodowe w Bad Hall. Neumann: Odbywanie operacyi usznych w znieczuleniu miejscowem. Oefele: Mydło lekarskie jako lek wewnętrzny i jego udowodnione działanie. Nicolich: Leczenie przerostu gruczołu krokowego przy niezupełnem zastoju moczu za pomocą rozszerzenia pęcherza.

Redakcya otrzymała. Laugie: Z doświadczeń i spostrzeżeń lekarza.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 41 (od 9/X do 15/X) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 31, dz. 27; nieżywo: chł. 1, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 17, kob. 17; zamiejscowych: męż. 6, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. —, ob. 1. 3) zapalenie płuc: miej. —, ob. —. 4) dławiec i błonica: miejsc. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —, 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 2. 21) nowotwory: miej. —, ob. 5. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 13, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 25; obcych 13

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLIII. Kraków 29 Października 1904. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych Prof. Dr. St. Pareńskiego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O nasennem działaniu isopralu.

Podał

Dr. Tadeusz Pisarski.

Szereg środków nasennych, z których dotychczas ani jeden nie dosięgnął ideału, został powiększony przez nowy lek, zwany isopralem. Wprowadziła go w zakres środków leczniczych fabryka Bayera i S-ki z Elberfeldu. Pierwszy zajął się tym lekiem Impens i oznaczył z wielką dokładnością jego działanie i własności fizyologiczne, posługując się do tego celu doświadczeniami na zwierzętach. Doświadczenia te wypadły na korzyść isopralu. Obecnie pozostaje jeszcze stwierdzić spostrzeganiem klinicznem przy łóżku chorego, o ile używanie isopralu w przypadkach bezsenności okaże się praktycznem.

Isopral jest ciałem, zbliżonem pod względem swej budowy chemicznej do wodnika chloralu, jest to bowiem trichlorisopropylalkohol, a więc znak jego chemiczny: $CCl_3 . CH(OH) . CH_3$. Występuje w postaci pryzmatycznych igiełek, dających się makroskopowo rozróżnić; igiełki te topią się przy 49° C, a już w zwykłej ciepłocie ulatniają się bardzo łatwo. We wodzie, wyskoku i eterze rozpuszcza się łatwo.

Spostrzeżeń dokonano na 28 chorych, z czego 22 mężczyzn, a 6 kobiet. Szereg chorób przedstawia się w następujący sposób: gruźlica płuc 10 razy, w tem 2 przypadki z wysiękiem opłucnowym ograniczonym, a jeden z owrzodzeniami krtani; zapalenie płuc włóknikowe (1); zapalenie opłucnej suche po urazie (1); zapalenie mięśnia sercowego, miażdżyca tętnic, dusznica bolesna, rozedma płuc znacznego stopnia (1); niedomykalność zastawki dwudzielnej serca (1; nieżyt żołądka przewlekły (3), raz z dużą rozstrzenią; nieżyt kiszek przewlekły (1); zapalenie wyrostka robaczkowego (1); nowotwór przewodu żółciowego wspólnego z żółtaczką (1); rwa kulszowa (1); stwardnienie wieloogniskowe mózgu i rdzenia pacierzowego (1); ogłupienie starcze (1); gościec stawowy przyostry z niedomykalnością zastawki dwudzielnej serca (1); zapalenie nerek mieszane przewlekle (1); rażenie piorunem (1); morfinizm (1); tężec (1).

Wiek powyżej przytoczonych chorych wahał się między 18 a 65 rokiem życia. Przeważna część pozostawała stale w łóżku, lecz kilku przepędzało dzień poza łóżkiem, oddając się lżejszym zajęciom.

Przyczyna bezsenności była bardzo różnorodna. I tak: ból; kłucie; przypadłości żołądkowe; rozdrażnienie nerwowe; silne podniecenie; kaszel; duszność; morfinizm; kurcze; napady dusznicy bolesnej; świąd skóry; darcie w stawach.

Chorzy, u których sen dał się sprowadzić przez użycie leku obojętnego, a więc łatwo ulegający poddawaniu, nie byli użyci do doświadczeń i leku takim nie zadawano.

Isopral podawano przez dwa miesiące, a stosując go przeszło 160 razy, zużyto około 150 gramów. Początkowo podawano go po 0·25 na dawkę; dawki stopniowo zwiększano, a najwyższa wynosiła 2·50 na jeden raz i na dzień.

Najczęściej zażywali chorzy isopral o godz. 7 wieczór, lecz i w dzień zadawano go i to *in dosi refracta*, gdyż chodziło o wypróbowanie jego działania, jako leku kojącego *(sedativum)*.

Czas, jaki upływał od chwili zażycia isopralu do wystąpienia uczucia senności i uśnięcia, był bardzo różnym. Różnice te były zależne nietylko od jego ilości, lecz także od wielu innych okoliczności, jak pora dnia, zachowanie się chorego, jego wiek, płeć, stan odżywienia i t. p. Wogóle można było stwierdzić, że kobiety są bardzo wrażliwe na isopral i nawet po dawkach 0·25 zasypiały po 10 minutach; mężczyźni po tak małych dawkach nie zasypiali przed upływem godziny, a czasem dopiero aż po czterech godzinach. To samo odnosi się do mężczyzn po dawkach 0·50 i 0·75, podczas gdy kobiety zasypiały najpóźniej w godzinę. Po dawce 1-gramowej senność występowała u mężczyzn przeciętnie w $^3/_4$ godziny, a to samo da się także odnieść do dawki 1·50. Dawki duże, a więc 2-gramowe, skutkowały w $^1/_2$ godz., a dawka 2·50 grama w 10 minut. Są to liczby przeciętne, gdyż tu i ówdzie zdarzy się osobnik bardzo odporny na działanie isopralu, bądź to wskutek właściwości osobniczych, bądz też wskutek nawyknienia do jakiegoś innego środka upajającego, n. p. wyskoku lub nikotyny.

Senność, zjawiająca się w następstwie zażycia isopralu, miała cechy zwyczajnej senności, jaka zjawia się przed snem naturalnym i chorzy dziwili się niejednokrotnie, gdy się ich zapytywano, czy nie zauważyli pewnej różnicy w odczuwaniu senności. Po pewnym, już wyżej omówionym czasie zjawia się potrzeba położenia się do łóżka i miłe uczucie zasypiania. Odnosi się to do dawek najwyżej do 1 gr. Po dawkach większych (1·50—2·50) spostrzegano silny zawrót głowy, jak po wypiciu naraz większej ilości wyskoku, uczucie niemocy, a nawet lekkie nudności.

Sen po dawkach zwykłych, t. j. 0,50—1,00, trwa przeciętnie 7—8 godzin Duże dawki, jak 2,00—2,50 sprowadzają sen długi, bo 12—14 godzinny. Liczby te są mniejwięcej zgodne z liczbami, znalezionemi przez Ursteina i Mendla. Sen bywa średnio twardy. Na 160 pojedynczych spostrzeżeń 61 razy trwał bez przerwy; 93 razy był przerywany, a tylko 6 razy działanie isopralu zawiodło. Przerwy

w śnie pochodziły od kaszlu, potrzeby oddania moczu lub kału, napadów dusznicy bolesnej lub napadów bolu, n. p. w rwie kulszowej. Zawiodło zaś działanie isopralu w bardzo silnych dolegliwościach fizycznych, lub jeżeli na sali chorych był wielki hałas. Chorzy dają się łatwo obudzić ze snu.

Rano po obudzeniu się chorzy wstawali zazwyczaj z uczuciem przyjemnem wypoczęcia i chwalili sobie lek. Lecz regułą tego nazwać nie można, bo spostrzegano także pewną liczbę przypadków, w których chorzy użalali się na nieprzyjemne podmiotowe uczucia. I tak: 15 razy uskarżali się na lekki ból, ciężkość i zawroty głowy; raz na niesmak w ustach; 3 razy na uczucie znużenia i ciężkości w członkach; 11 razy byli jeszcze senni przez kilka godzin rano; raz miał chory uczucie jak po przepiciu się. Te podmiotowe dolegliwości zjawiały się po dawkach 1·50 i wyżej; po 1 gramie spostrzegano tylko parę razy lekki, przemijający ból głowy, a dawki mniejsze niż 1 gr. nie pozostawiały żadnych przykrych uczuć. Chorym podawano w takich razach czarną kawę, a wszystkie te nieprzyjemne uczucia znikały szybko.

Z podawaniem dawek, przekraczających 2 gramy, należy być bardzo ostrożnym, a zadawać je można tylko u chorych ze silnem podnieceniem psychicznem. Jako przykład mogę przytoczyć chorego, który cierpiał na przewlekły nieżyt żołądka i na bezsenność, obok rozstroju i niedomogi nerwowej *(neurasthenia)*. Chory ten chwalił sobie sen po isopralu i pomimo nieżytu żołądka znosił ten lek doskonale. Po dłuższej przerwie w podawaniu isopralu zadano choremu jednorazowo 2·50; senność zjawiła się prawie zaraz, a poprzedził ją silny zawrót głowy. Chory spał z rzędu 14 godzin. Po rozbudzeniu go, co się odbyło bardzo leniwo, był bardzo apatyczny, niezadowolony; ruchy jego były bardzo powolne, doznawał światłowstrętu; źrenice oddziaływały leniwo na światło. Podmiotowo skarżył się na ból głowy i senność. Przy próbach chodzenia zataczał się i doznawał zawrotu głowy. Po podaniu mu dużej ilości czarnej kawy stan znacznie się poprawił, lecz uczucie senności i niepewności przy chodzeniu utrzymywało się jeszcze przez cały dzień następny. Dopiero na trzeci dzień wrócił chory do stanu prawidłowego.

Jakiegoś wybitnego działania zbiorowego nie zauważono, jakkolwiek isopral podawano przez długi szereg dni z rzędu i to w dawkach po 1—1·50 codziennie. Wprawdzie w miarę coraz dłuższego podawania leku sen zazwyczaj stawał się coraz dłuższy, a senność nawet utrzymywała się w dzień, lecz znikało to zaraz, gdy zaprzestano podawania leku. Pewne nawyknienie do isopralu daje się czasem spostrzegać. Dwaj chorzy, jeden cierpiący na zapalenie wyrostka robaczkowego, a drugi na gruźlicę płuc i wysięk opłucnowy, stale dopominali się na noc o kołaczyki isopralowe, bez których istotnie nie mogli się obejść. Odzwyczajenie łatwo dało się przeprowadzić; początkowo otrzymywali coraz mniejsze dawki isopralu, potem veronal, a reszty dokonano poddawaniem.

Nasenne działanie isopralu najlepiej uwydatniało się tam, gdzie przyczyna bezsenności nie polegała na dolegliwościach fizycznych, a więc przy zdenerwowaniu, przy podnieceniu psychicznem i t. p. Wpływu bezpośredniego na przypadłości fizyczne nie spostrzegano; to jednak można było stwierdzić, że gdzie powyżej wspomniane cierpienia nie dosięgały zbyt wysokiego natężenia, tam przez sprowadzenie snu ustępowały one na drugi plan. Tak n. p. chory cierpiący na zapalenie wyrostka robaczkowego, który z powodu silnych bolów cierpiał na bezsenność, spał dobrze po 1 gramie isopralu, a bole pojawiały się dopiero rano po obudzeniu się. Tosamo odnosi się do bolów w rwie kulszowej, do kłucia, towarzyszącego zapaleniu opłucnej i do świądu skóry w przebiegu żółtaczki. Kaszel u suchotników stawał się niewątpliwie rzadszym, co umożebniało im kilkugodzinny sen. Tu jednak zaznaczyć wypada, że po zbudzeniu się chorzy kaszlali długo, dopóki nagromadzona przez noc większa ilość plwociny nie została wykrztuszona.

Oprócz działania czysto nasennego dało się stwierdzić, że isopral posiada także — i to w wysokim stopniu — własność działania uspakajającego *(sedativum)*. Spostrzeżenia dotyczą trzech chorych, z których jeden cierpiał na stwardnienie wieloogniskowe mózgu i rdzenia pacierzowego, drugi na ogłupienie starcze, a trzeci (kobieta) na tężec.

U chorego na stwardnienie wieloogniskowe mózgu i rdzenia pacierzowego chód był t. zw. sprężynowy i nie dozwalał choremu ujść ani paru kroków, nawet przy pomocy laski i trzymania się poręczy łóżka. Odruchy kolanowe były wzmożone. Chory zażywał naprzód 3 razy dziennie po 0·25, a później raz dziennie po 1 gramie isopralu. Odruchy stały się po kilku dniach mniej wzmożone, a chory bez podpierania się mógł chodzić.

Drugi chory, cierpiący na ogłupienie starcze, doznawał co parę dni tak silnego podniecenia, że musiano mu zakładać kaftan. Po 1 gramie isopralu nie zapadał wprawdzie w sen, lecz po paru godzinach stawał się zupełnie cichy i posłuszny i zachowywał się spokojnie. U tego samego chorego spostrzeżono, że po podaniu mu 2 gramów sulfonalu wystąpiło działanie kojące, lecz dopiero po 12-tu godzinach.

Trzeci przypadek dotyczy kobiety, chorej na tężec. Zgłosiła się ona już w 6-tym dniu choroby. Kurcze tężcowe powtarzały się co kilkanaście minut. Szczękościsk był znaczny. Po zadaniu 1 grama isopralu kurcze stały się rzadsze, a chora twierdziła, że są i mniej bolesne. Później z przyczyn, odemnie niezależnych, dostawała chora morfinę; pomimo tego jednak dopominała się uporczywie o isopral, a po otrzymaniu go doznawała widocznej ulgi.

Doskonałym okazał się isopral w zwalczaniu morfinizmu. Chory, którego to dotyczy, jeżeli nie zażył morfiny, nie spał ani jednej minuty; był niespokojny i drżał. Podano mu odrazu 1·50 isopralu; w pół godziny zasnął twardo i bez przerwy przespał 11 godzin. Po obudzeniu czuł się doskonale i nie dopominał morfiny. Około południa zjawiły się ślady głodu morfinowego; chory otrzymał 0·25 isopralu. Wieczorem tego dnia podano mu ponownie 1 gram; spał dobrze, lecz rano musiano mu dać 5 kropel 1% roztworu morfiny na wewnątrz i 0·25 isopralu, co zupełnie wystarczało, ażeby chorego uspokoić. Dawki morfiny ciągle stopniowo zmniejszano, a w miejsce ich podawano isopral, bez zażycia którego chory nie spał.

Na ciepłotę ciała wpływa isopral bardzo mało. Impens stwierdził obniżanie się ciepłoty i tłómaczy zjawisko to z jednej strony zmniejszoną ilością przyjmowanego tlenu we śnie, z drugiej rozszerzeniem naczyń włosowatych, co ułatwia promieniowanie ciepła. Na 28 chorych tylko raz

spostrzeżono obniżenie się ciepłoty do 35·5° C po zażyciu 1·50 isopralu u chorego, u którego zazwyczaj ciepłota wahała się między 36—37·4° C

Na skórze raz tylko spostrzeżono zmiany w postaci pokrzywki (*urticaria medicamentosa*). Wystąpiła ona po zażyciu 1 grama; utrzymywała się przez dobę; rozsianą była na skórze całego ciała, lecz najczęściej zajmowała kończyny górne i dolne i sprawiała świąd. Dziewięć razy budzili się chorzy silnie spoceni.

W granicach dawek leczniczych nie stwierdzono żadnego wpływu isopralu na oddychanie, bo jakkolwiek liczba oddechów we śnie była przeważnie nieco mniejsza, to jednak

Tablica I.

K. Zapart l. 40.



Fig. 1. Radialis dextra. Przed isopralem. Ilość tętna 76. 15/VI 1904.

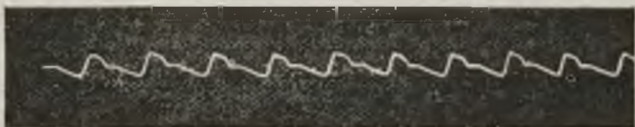


Fig 2. Radialis dextra. 1 godzina po zażyciu 1 gr. isopralu. Ilość tętna 100. 18/VI 1904.



Fig. 3. Radialis dextra. 5 godz. po zażyciu 1 gr. isopralu. Ilość tętna 90 19/VI 1904.



Fig. 4. Radialis dextra. 12 godz. po zażyciu 1 gr. isopralu. Ilość tętna 72. 22/VI 1904.

różnice te były tak małe, że należało uważać to za objaw fizyologiczny, albowiem oddychanie zawsze we śnie jest wolniejsze. Oddechy zawsze były miarowe i jednako głębokie

Małe dawki isopralu (0·25—0·75) zdają się nie wywierać żadnego wpływu na czynność serca; po dawkach średnich i dużych (1·0—2·50) wpływ ten jest natomiast widoczny Dołączone tablice najlepiej objaśniają owe zmiany. I tak po zażyciu 1 grama tętno, mierzone sfigmografem, po upływie jednej godziny okazuje falę wyższą, przyczem i liczba tętna uległa zwiększeniu. Po pięciu godzinach stan ten utrzymuje się; po dwunastu godzinach i fala tętna wraca do stanu prawidłowego, również i liczba jego. To wzniesienie się linii krzywej tętna daje się wytłómaczyć objawem, wykrytym przez Impensa w doświadczeniach na zwierzętach, że isopral działa porażająco na ośrodek naczynioruchowy, sprowadzając przez to obniżenie się ciśnienia krwi. Tym szczegółem tłómaczy się także zwiększenie się liczby tętna. Wogóle dało się stwierdzić, że na 28 chorych, 15 okazywało stale zwiększenie się liczby tętna, 11 nie oddziaływało zupełnie, a tylko w dwóch przypadkach liczba tętna uległa zmniejszeniu i to nieznacznemu.

Fakta te nakazywałyby być ostrożnym w podawaniu isopralu u osób, cierpiących na choroby serca i tętnic. Tymczasem spostrzeganie przy łóżku chorego wykazało, że ludzie z wadami serca lub rozległą miażdżycą znoszą isopral doskonale w dawkach 1-gramowych. Dotychczas tylko Mendl

Tablica II.

J. Bisaga l. 19.



Fig. 1. Radialis dextra. Bez isopralu. Ilość tętna 112. 2/VII 1904.

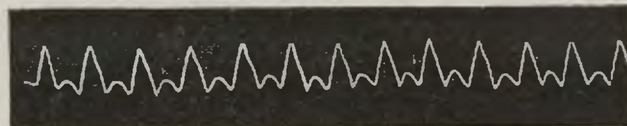


Fig. 2. Radialis dextra. 1 godzina po zażyciu 1 gr. isopralu. Ilość tętna 128. 6/VII 1904.

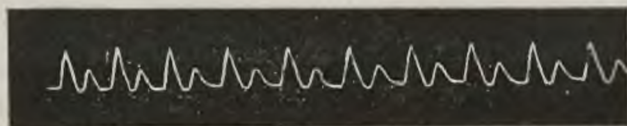


Fig 3. Radialis dextra. 5 godzin po zażyciu 1 gr. isopralu. Ilość tętna 116. 3/VII 1904.

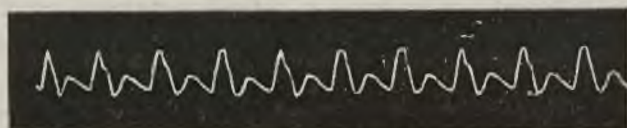


Fig. 4. Radialis dextra. 12 godzin po zażyciu 1 gr. isopralu. Ilość tętna 110. 7/VII 1904.

przytacza jeden przypadek, gdzie u chorego z wadą sercową w okresie wyrównania, po zażyciu dwurazowem po 0·50 isopralu wystąpiła niemiarowość tętna, która wkrótce ustąpiła po zaprzestaniu podawania środka.

Przedmiotowych zmian w przewodzie pokarmowym nigdy nie dostrzeżono, natomiast nader przykry smak isopralu był niejednokrotnie powodem skarg ze strony chorych; kilka razy wystąpiły nudności, dość długo się utrzymujące, a raz palenie w przełyku, co chory określał jako uczucie podobne do zgagi.

Ciężar ciała nie ulegał prawie żadnym wahaniom, nawet u chorych, którzy przez dłuższy przeciąg czasu zażywali isopral, gdyż przybytek na wadze o kilkaset gramów możnaby także odnieść do lepszego odżywiania w szpitalu.

Co się tyczy moczu, to różnice, znajdowane w jego barwie i oddziaływaniu, wahały się w granicach fizyologicznych. Ilość wydzielanego na dobę moczu z pomiędzy 28 chorych u 16 podniosła się i to w kilku przypadkach do podwójnej ilości; 8 razy nie uległa zmianie, a tylko 4 razy stwierdzono nieznaczne zmniejszenie się jego ilości. Należałoby więc isopral uważać za środek, który wprawdzie nie zawsze, lecz często zwiększa wydzielanie moczu.

W kilkunastu przypadkach stwierdzono zmniejszenie się ciężaru gatunkowego moczu, które, jak badanie wykazało, zależne było głównie od zmniejszenia się ilości mocznika. Mocznik obliczano przyrządem Zotha, którego zasada polega na tem, że mocznik pod wpływem działania podbrominu sodowego rozkłada się na kwas węglowy, wodę i azot. Z ilości wytworzonego azotu wnioskuje się o ilości mocznika, odczytując wprost podziałkę, empirycznie otrzymaną. To zmniejszenie się ilości mocznika przemawia za zaoszczędzaniem białka w ustroju, ilość bowiem mocznika zależna jest od ilości zużytego przez ustrój białka.

Przy używaniu isopralu należy pamiętać, że jest on ciałem bardzo lotnem, a przechowywany w miejscu ciepłem i nieszczelnie zamkniętem, traci z czasem z powodu ulatniania się na skuteczności. Dlatego zapisywanie go w płynie okazało się niepraktycznem, a miało miejsce zaraz w początku po wprowadzeniu go do terapii. Obecnie wyrabia fabryka Bayera kołaczyki, zawarte w małych, szklanych rurkach, zatkanych korkiem, zalanych parafiną i prócz tego zamkniętych nasadzoną nakrywką metalową. Tak zamknięty, daje się isopral długo przechowywać, lecz należy go trzymać w miejscu ciemnem i chłodnem. Ta jego wielka zdolność ulatniania się uniemożebnia podskórne jego stosowanie.

Jedną wielką niedogodność posiada isopral, — mianowicie — bardzo nieprzyjemny smak. Jest to smak ostry, zbliżony nieco do smaku kamfory, ylko więcej szczypiący. Na błonie śluzowej języka pozostawia niemiły posmak i uczucie znieczulenia. To też osoby wrażliwe, szczególnie kobiety, skarżą się na ten smak. Ażeby tego uniknąć, zawijano kołaczyki isopralowe w opłatek i dawano popić winem lub herbatą z rumem. Należy się spodziewać, że fabryka, wyrabiająca isopral, postara się w przyszłości o wyrób kołaczyków, osłoniętych powłoką łatwo rozpuszczalną w soku żołądka, a nie przepuszczającą woni i smaku leku. Uprości to znacznie podawanie isopralu i uczyni przyjemniejszem.

Pracę niniejszą wykonałem na materyale oddziału chorób wewnętrznych Prof. Dr. St. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza, za uprzejme udzielenie którego, jakoteż i za nader cenne a światłe kierownictwo składam wyrazy serdecznej podzięki.

Piśmiennictwo: 1) Impens: Therap. Monatshefte, 1903, Heft 9 und 10. — 2) E. Raimann: Die Heilkunde, 1904, Heft 3. — 3) Eschle: Fortschrit. d. Medic., 1904, Heft 6. — 4) M. Urstein: Therap. d. Gegenwart, 1904, Heft 2. — 5) J. Mendl: Prag medic. Wochenschrift, 1904, Heft 6.

II. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych wojskowej Akademii lekarskiej w Petersburgu.

Rola gonotoksyny w powstawaniu chorób rzeżączkowych.

Podał

Dr. med. Zdzisław Sowiński,
ordynator kliniki.

(Ciąg dalszy.)

Opiszę dalej doświadczenia z hodowlą dwoinek rzeżączkowych (bulionowosurowiczą), poprzednio ogrzewaną w ciągu 20 minut przy 58° C.

Tę samą hodowlę, co i przy przygotowaniu wspomnianej mieszanki gonotoksynowej, a przytem jednocześnie zaszczepioną na 100 c. sz. bulionu surowiczego (płyn puchlinowy i bulion w równych częściach), po 10 dniach pobytu w termostacie przy 36—37° C. w kolbie o szerokiem dnie, zabito przez nagrzewanie w kąpieli wodnej przy 58° C. w ciągu minut 20. Szczepienia z tej hodowli, zrobione potem na agarze surowiczym, dały wyniki ujemne.

Tą wyjałowioną hodowlą wykonano doświadczenia na królikach, świnkach morskich i myszach białych, szczepiąc ją do tkanki podskórnej, jamy brzusznej i rogów macicznych.

Sądząc z czasu, w jakim zjawiały się nacieczenia w tkance podskórnej przy użyciu takiej samej dawki hodowli, jak mieszanki gonotoksynowej, należy przypuścić, iż hodowla bulionowosurowicza, zabita przez ogrzewanie, działa słabiej, niż wyciąg wyskokowy. Być może, iż dołączał się tu wpływ różnego stężenia.

Dwom świnkom morskim, wagi po 400 grm. wstrzyknięto po 10 c. sz. wspomnianej hodowli do jamy brzusznej, lecz ani działania zabójczego, ani ciężkiego obrazu przedśmiertnego nie spostrzegano. Badania pośmiertne zwierząt na 5—7 dzień wykryły: przekrwienie ściany brzusznej, płyn krwawy w jamie otrzewnej do 2 łyżeczek herbacianych; nastrzykanie naczyń jelitowych, miejscami zapalenia zlepne jelit cienkich. Gdzieniegdzie rozrzucone złogi szarożółte, łatwo dające się zeskrobać nożem, przeważnie na kiszkach grubych i krezce. Wątroba, śledziona i otrzewna obrzękłe i także pokryte złogami szarożółtymi. Szczepienia wysięku krwawego z jamy brzusznej, ze krwi serca i szarożółtych złogów dały wyniki ujemne. Badanie drobnowidowe nalotów wykazało: komórki śródbłonkowe, oraz wielo- i jednojądrzaste ciałka ropne, z przewagą liczebną tych ostatnich.

Doświadczenia z wstrzykiwaniem hodowli do jamy brzusznej królików nie wydały szczególniejszych wyników. Nieznaczna ilość niekrwawego płynu w otrzewnej, oraz zlepianie się różnych pętli jelit między sobą.

Po zaszczepieniu hodowli królikom do rogów macicznych na 6—7 dzień można było stwierdzić w nich obecność ropy.

Co się zaś tyczy przebiegu ciepłoty, to był on taki sam, jak przy wstrzykiwaniach mieszanki gonotoksynowej. Waga zwierząt podlegała mniejszym wahaniom.

Doświadczenia ze szczepieniem ropy z tkanki podskórnej (ropy czystej i rozprowadzonej w wodzie wyjałowionej) do tkanki podskórnej i jamy brzusznej w różnych dawkach —

pozostały bez wyników, ponieważ zaszczepiona ropa szybko wsysała się bez śladu. Ciepłota podnosiła się wieczorem o 0,5—1° C., a rano wracała do stanu prawidłowego. Waga zwierzęcia nie zmieniała się. Płyn ropny z rogów macicznych wstrzykiwano do tkanki podskórnej, jamy brzusznej, oraz rogów macicznych w różnych dawkach. Cieplota przy tem doświadczeniu wieczorem dochodziła do 39·6° C., a rano była prawidłową. Straty na wadze nie spostrzegano. Żadnych objawów miejscowych nie było.

Tak więc szereg moich doświadczeń wykazał, iż mieszanka gonotoksynowa wywołuje ropienie w tkance podskórnej, a wstrzyknięta w ilości 2—3 kropli do jamy rogów macicznych królika między dwiema podwiązkami, wywołuje po paru dniach zbieranie się płynnej ropy (*pyometra*).

Aby określić trwałość gonotoksyny w ustroju zwierzęcym, wykonałem szereg doświadczeń, szczepiąc ropę z tkanki podskórnej lub rogów macicznych do tkanki podskórnej lub rogów macicznych zwierzętom zdrowym, naturalnie przekonawszy się poprzednio o jałowości materyału wstrzykiwanego. Okazało się, iż wspomniane masy ropne ulegają wessaniu i nie wywołują ropienia; a zatem — należało przypuścić, że albo gonotoksyna, wywołująca ropienie, szybko ginie, albo że staje się ona nieszkodliwą wskutek zobojętniania jej przez antytoksynę lub pochlanianie przez komórki. Nie rozwiązując tego zagadnienia, możemy jednak twierdzić z pewnością, iż zbiorowiska ropne, wywołane przez wprowadzenie do ustroju mieszanki gonotoksynowej, nie zawierają już gonotoksyny czynnej i nie zdołają wywołać postępującej sprawy ropnej.

A zatem istnienia przewlekłej swoistej choroby rzeżączkowej nie można tłómaczyć trwałością gonotoksyny i dlatego należy przypuścić, iż w tkankach zostały dwoinki rzeżączkowe. Lecz możliwem jest jeszcze jedno przypuszczenie, iż wiele z t. zw. chorób rzeżączkowych straciło swój charakter swoisty, a jest natomiast skutkiem działania innych czynników ropotwórczych na gruncie, osłabionym przez gonotoksynę, która w ten sposób jest tylko czynnikiem pomocniczym. Wydawało mi się nader prawdopodobnem, iż gonotoksyna o tyle zmienia tkanki, zmniejsza ich odporność, iż na takim już gruncie nawet stosunkowo niewinne drobnoustroje mogą wywołać zaostrzenie się sprawy zapalnej. Aby rozwiązać to pytanie, należało zbadać wpływ wspólny na tkanki gonotoksyny i tak słabych drobnoustrojów ropotwórczych, że same nie zdołałyby wywołać zapalenia ropnego, później zaś przekonać się, czy takie słabe hodowle mogą wywołać zaostrzenie się sprawy zapalnej, jeżeli działać będą na gruncie, poprzednio zmienionym przez gonotoksynę. Do opisu szeregu tych badań przystępujemy obecnie.

Doświadczenia wykonałem z hodowlami gronkowca białego, prątka okrężnicy (*bact. coli commune*) i prątka ropy błękitnej (*bac. pyocyaneus*). Drobnoustroje te nierzadko spotkać można w narządzie płciowym, szczególnie kobiecym. Przedewszystkiem zająłem się osłabieniem tych drobnoustrojów. Zamierzałem otrzymać taką hodowlę, którąby sama przez się lub w małem rozcieńczeniu, wstrzyknięta w ilości 5—6 kropel do rogów macicznych, nie wywoływała ropienia. Wybrałem jako środek osłabiający długotrwałe działanie ciepłoty: 42—44° C.

1. Gronkowiec biały.
(*Staphyloccus pyogenes albus*).

Hodowla posiadała następujące własności: 1. pod drobnowidem hodowle miały postać gronek; 2. ruchów dowolnych bakterye nie posiadały; 3. barwiły się według Grama; 4. na agarze dawały nalot białawy; 5. bulion mętniał po 4—5 godz. po zaszczepieniu; 6. rozpuszczały żelatynę.

Jadowitość wypróbowano, szczepiąc hodowlę dobową pod skórę ucha królikowi. Zastrzyknąwszy zwierzęciu wagi 1000 grm. $^2/_3$ strzykawki, spostrzegałem na drugi dzień w miejscu nakłucia ropień, a po 4 dniach następowała śmierć zwierzęcia. Szczepienia z owego ropnia dały czystą hodowlę zastrzykniętego gronkowca. Wstrzykując podskórnie 0,2 c. sz. hodowli gronkowca, na 3-ci dzień spostrzegaliśmy tworzenie się ropnia. Wstrzyknięta do jamy rogów macicznych w 2—3 kropli wywoływała ta hodowla na 2—3 dzień burzliwe objawy nagromadzenia się ropy.

Hodowla bulionowa po 27 dniach pobytu w termostacie przy 42—44° C., przyczem cały ten czas co kilka dni badano jej jadowitość, wywoływała po wstrzyknięciu podskórnem tylko zaczerwienienie się skóry bez tworzenia się ropnia, choć wprowadzona w ilości 2—3 kropli do rogów macicznych ciągle jeszcze wywoływała ropienie. Przetrzymawszy ją jeszcze 5 dni w termostacie i rozcieńczywszy 1 część hodowli 10 częściami bulionu, wstrzyknąłem do rogów macicznych po 5 kropel, lecz tworzenia się w nich ropy nie spostrzegałem; nie widziałem też żadnego odczynu zapalnego z wyjątkiem jednego przypadku, gdzie stwierdzić mogłem przekrwienie i lekki obrzęk rogów, ropy jednak nie było. Badanie pośmiertne wykonano między 3—8 dniem po wstrzyknięciu. Przeszczepiając takie 5 kropli hodowli na agar, otrzymywałem takie mnóstwo kolonij, iż zliczyć ich było niepodobna. Do doświadczeń używaliśmy hodowli nie macierzystej, lecz dobowej, przeszczepionej z tamtej do bulionu, a to, aby uniknąć jednoczesnego działania samej toksyny.

Bulion mięsnopeptonowy przygotowywano taksamo do doświadczeń przytoczonych, jak i do wszystkich późniejszych.

Tutaj nadmienić muszę, iż taksamo postępowałem i dalej z innemi hodowlami. Doświadczenie wykonywałem wyłącznie na rogach macicznych królika. Wstrzykiwałem osłabioną gonotoksynę, hodowlę gronkowca (bez własności ropotwórczych) w roztworze bulionu 1:10 i wreszcie — hodowlę w roztworze 10% słabej gonotoksyny. Z jednej strony wzdłuż rogu zakładałem po 3 podwiązki i w ten sposób tworzyły się 2 oddzielne przestrzenie, każda między dwiema podwiązkami; z drugiej strony nakładałem po dwie podwiązki, aby otrzymać jedną przestrzeń zamkniętą. W ten sposób u jednej samicy otrzymywałem trzy zupełnie odrębne oddziały; do jednego z nich wpuszczałem 6 kropel gonotoksyny, do drugiego — osłabioną hodowlę wspomnianego już stężenia i wreszcie do trzeciego — razem gonotoksynę i hodowlę w takiem samem rozcieńczeniu. Obu tych płynów wpuszczałem po 6 kropli. Dla krótkości w tablicach, niżej przytoczonych, wyraz hodowla będę oznaczał przez *h*, gonotoksynę — przez *m*, a mieszaninę obu przez $h+m$.

Króliki Nr.	Dzień bad. pośm.	*h*	*m*	*h+m*.
1.	5	—	—	pyometra
2.	7	—	—	"
3.	6	—	—	"

Króliki Nr.	Dzień bad. pośm.	h	m	h+m.
4.	4	niezn. przekrw.	—	„
5.	8	—	—	„
6.	12	—	—	„
7.	15	—	—	„

Ilość ropy wahała się od 0,75—1,5 c. sz. Badanie drobnowidowe szczepień z tej ropy stwierdzało obecność jedno- i wielojądrzastych ciałek ropnych, oraz mnóstwa rozpadłych komórek. Szczepienia ropy na agarze dały czystą hodowlę gronkowca białego. Hodowla, przeszczepiona do bulionu, po dobie pobytu w termostacie, w ilości 0,2 c. sz. wstrzyknięta do tkanki podskórnej ucha królikowi, po upływie doby wywoływała tworzenie się ropnia, wobec czego porównując to działanie z jego poprzednią jadowitością, należy przypuścić, iż ta jadowitość się wzmogła.

2. Prątek okrężnicy.
(*Bacterium coli commune*).

Hodowla miała następujące własności: 1. pod drobnowidem bakterye mają postać krótkiej pałeczki; 2. w wiszącej kropli spostrzegano umiarkowaną ruchliwość; 3. na ziemniaku rosły obfite, soczyste, szarożółte naloty; 4. żelatyna nie rozpuszczała się; 5. hodowla wytrzymuje próbę indolową Kitasato; 6. doskonale rozwija się na podłożu Elsnera; 7. na powierzchni agaru rosną soczyste białoszarawe naloty; 8. szczepienia na bulionie z cukrem gronowym wywołują fermentacyę z tworzeniem się gazów; 9. szczepiona ukłuciem na stałych podłożach z domieszką cukru (agarze i żelatynie) tworzy hodowla szczeliny i pęknięcia wskutek wywiązywania się gazu; 10. ścina mleko; 11. zmąca bulion, tworząc pływający na powierzchni nalot; 12. odbarwia się sposobem Grama.

Jadowitość badano przez szczepienie hodowli dobowej pod skórę ucha królikom. Wstrzykując zwierzęciu wagi 1000 grm. po 0.6 c. sz., po 10—15 godzinach spostrzegałem tworzenie się ropnia; po 2 dniach zwierzę padało. Wstrzykując 0,1 c. sz., po upływie doby znajdowałem pod skórą ropień; hodowla, zaszczepiona do jamy rogów macicznych w ilości 2 kropel. wywoływała na 2—3 dzień ropienie (*pyometra*). We wszystkich tych przypadkach szczepienia dały czystą hodowlę prątka okrężnicy.

Hodowlę zaszczepiono na bulionie z domieszką cukru i umieszczono w termostacie przy 42—44° C., gdzie po 19 dniach zamarła, ponieważ szczepienia z niej na płynnych i stałych podłożach dały wyniki ujemne. Ponieważ przeszczepienia robiło się codziennie, przeto mogłem uzyskać cały szereg hodowli bulionowych, które podlegały działaniu wysokiej ciepłoty w ciągu dni 18.

Przeszczepiwszy hodowlę 16-dniową (α) i 18-dniową (β) na zwykły bulion mięsnopeptonowy, umieściłem je w termostacie przy c. 37° C. Potem uzyskane hodowle α i β rozcieńczono 1:20 cz. bulionu i w ilości 5 kropli wstrzyknięto do rogów macicznych. Wstrzyknięcie wykonywałem między 3—10 dniem, lecz żadnego odczynu zapalnego nie otrzymałem. Szczepiąc takie 5 kropel hodowli na agarze, otrzymywałem niezmiernie liczne kolonie. Doświadczenia wykonałem wyłącznie na rogach macicznych królików według tego samego sposobu, jak poprzednio. Podzieliwszy rogi maciczne zapomocą podwiązek na trzy zupełnie oddzielne jamy, wstrzykiwałem po 5 kropel: osłabionej gonotoksyny, hodowli bulionowej (α) 1:20 i hodowli (β) 1:20 cz. gonotoksyny.

Króliki Nr.	Dzień bad. pośm.	h	m	h+m.
1.	6	—	—	pyometra
2.	6	—	—	„
3.	8	—	—	„
4.	5	—	—	„
5	10	—	—	„
6.	12	—	—	„
7.	15	przekrwienie	—	„
8.	15	—	—	„

Ilość ropy w jamie rogów macicznych wahała się od 0,5—2 c. sz. Badanie drobnowidowe tej ropy ujawniło obecność jedno- i wielojądrzastych komórek.

Wyniki te dowodzą, że nawet słabsza hodowla (β) już w przededniu swej śmierci, w połączeniu ze słabą również gonotoksyną wywołała ropienie w jamie rogów macicznych, kiedy przeciwnie — mocniejsza hodowla w tem samem rozcieńczeniu, ale bez gonotoksyny, nie dała żadnego wyniku. Szczepienia ropy dały czystą hodowlę prątka okrężnicy. Porównując obecną jadowitość hodowli z poprzednią, w którym to celu wstrzykiwano ją w jednakowych dawkach, przekonaliśmy się, iż stała się ona słabszą, ponieważ 0,1 c. sz. wywoływało ropienie w tkance podskórnej dopiero na 3—4 dzień.

3. Prątek ropy błękitnej.
(*Bacillus pyocyaneus.*)

Hodowla miała następujące własności: 1. pod drobnowidem wyglądały bakterye, jak małe cieniutkie pałeczki; 2. w kropli wiszącej widać było nader żywe ruchy; 3. bulion po 24 godz. przybierał barwę żółtozieloną; 4. żelatyna rozpuszczała się powoli; 5. na agarze piękna fluorescencya; 6. na ziemniaku gruby, zielonożółty nalot; 7. barwi się sposobem Grama.

Jadowitość: 0,5 c. sz. hodowli bulionowej, wstrzyknięte pod skórę królikowi wagi 1000 grm., po 20 godzinach zabija zwierzę. Wstrzyknięta w ilości 2 kropli do jamy rogów macicznych wywołuje hodowla już na drugi dzień ropienie (*pyometra*). Dopiero po upływie 47 dni pobytu w termostacie przy 42—45° C., w rozcieńczeniu 1:20 cz. bulionu przestaje hodowla wywoływać objawy zapalne po wstrzyknięciu w ilości 5—6 kropel, o czem mogłem się przekonać, zabijając zwierzęta na 3—12 dzień po zabiegu.

Doświadczenia wykonałem również wyłącznie na rogach macicznych królików i w taki sam, jak wyżej, sposób. Wytworzywszy, jak poprzednio, zapomocą podwiązek, 3 zupełnie oddzielne jamy, wstrzykiwałem po 5 kropli: osłabionej gonotoksyny, hodowli bulionowej 1:20 i hodowli 1:20 cz. gonotoksyny.

Króliki Nr.	Dzień bad. pośm.	h	m	h+m.
1.	5	—	—	pyometra
2.	6	—	—	„
3.	7	—	—	„
4.	9	niezn. przekrwienie	—	„
5.	12	—	—	„
6.	15	niezn. przekrwienie	—	„
7.	14	—	—	„

Ilość płynu ropnego w jamie rogów macicznych wahała się od 0,5—2 c sz. Badanie drobnowidowe tej ropy ujawniło obecność komórek jedno- i wielojądrzastych.

Szczepienia dały czystą hodowlę prątka ropy błękitnej. Porównując obecną jadowitość hodowli z poprzednią, wstrzyknąłem królikowi wagi 1000 grm. $^2/_3$ c. sz pod skórę i po upływie doby na miejscu wstrzyknięcia spostrzegłem tworzenie się ropnia, lecz zwierzę nie padło. (Dok. nast.)

III. Wyciągi.

Prof. Krönig. **O stołach operacyjnych ogrzewanych elektrycznie.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 72). Podczas dłuższej operacyi w uśpieniu traci ustrój dużo ciepła z tego powodu, że zwykle większe części ciała zostają odsłonięte, że często otwiera się jamy ustroju n. p. przy laparotomii, że w uśpieniu skurcz naczyń skórnych pod wpływem działania zimna na powierzchnię ciała nie jest tak silny, jak w warunkach fizyologicznych, w końcu wpływa na to może i brak pracy mięśniowej. Badania jednak wykazały, że na ten ubytek ciepła ustrojowego nie tyle wpływa uśpienie, lecz głównie otwieranie jam, a więc przeważnie otwieranie jamy brzusznej, przyczem wielka powierzchnia silnie unaczynionych jelit narażona jest bezpośrednio na wpływ powietrza. To też spadek ciepłoty ciała przy długotrwałych laparotomiach dochodzi czasem do $1\frac{1}{2}$ stopnia, a nawet znane są przypadki śmierci tylko z wstrząsu wskutek zimna, mianowicie wtedy, jeżeli ustrój ochładza się czas dłuższy poniżej ciepłoty prawidłowej. Doświadczenia na królikach spostrzeżenia te w zupełności potwierdziły. Rozumie się, że taki ubytek ciepła, choćby tylko czasowy, musi wywrzeć wpływ na przebieg pooperacyjny. Pominąwszy już to, że ochłodzenie ustroju, choćby przemijające, usposabia do zakażenia przyrannego drobnoustrojami chorobotwórczymi, które obecnie wobec udoskonalonej aseptyki nie ma już takiego znaczenia, jak dawniej, — to nadto zdaje się nie ulegać wątpliwości, że ochłodzenie takie podczas operacyi usposabia także do zapalenia płuc, co zresztą potwierdzają bardzo zajmujące doświadczenia na królikach, wykonane przez autora i innych. Henle badał materyał kliniczny prof. Mikulicza co do częstości zapalenia płuc po operacyach. Na 1787 laparotomii przypadło 143 zapaleń = 8%, z których 65 zakończyły się śmiercią = 3·6%. Badania Henlego wykryły dalej, że częstość zachorowań po operacyach zmniejszyła się znacznie, odkąd zastosowano pewne środki przeciw ochłodzeniu chorych przed i podczas operacyi, głównie, odkąd operuje się na stołach ogrzewanych i odkąd zamiast długo zmywać pole operacyjne ciepłą wodą, tylko naciera się je krótko wyskokiem mydlanym. W końcu wykazuje Henle, że przy innych operacyach ochłodzenie ustroju jest znacznie mniejsze, a zapalenie płuc znacznie rzadsze, n. p. na 200 przypadków odjęcia sutka zdarzyły się tylko 2 zapalenia = 1%, ze śmiertelnością $\frac{1}{2}$%. Dawniej usiłowano utrzymać ciepłotę ciała przez zawijanie chorych podczas operacyi w ciepłe prześcieradła i oblewanie jelit ciepłą wodą, dalej silne ogrzewanie sali operacyjnej, nawet do 30° C. Ponieważ jednak pierwszy sposób nie prowadził do celu, a drugi sposób narażał i operującego na wpływ wysokiej ciepłoty, układano znowu operowanych bezpośrednio na skrzyniach, wypełnionych ciepłą wodą, na termoforach, na rurach metalowych, przez które przepływała ciepła woda, na elektrycznie ogrzewanych płytach metalowych i t. p. Wszystkie te sposoby również nie odpowiadały celewi, gdyż ciepło doprowadzone jużto nie było stałe, jużto zbyt słabe, lub ogrzewało zwykle tylko pewną małą część ciała, w końcu zdarzały się często także oparzenia miejsc, stykających się bezpośrednio ze źródłem ciepła. Autor obmyślił stół operacyjny, ogrzewany elektrycznie zapomocą 16 lampek żarowych, umieszczonych z obu boków pod drewnianą płytą stołową. Naprzeciw każdej lampki znajduje się otwór. Chorą, leżącą na takim stole, przykrywa się długiem prześcieradłem, zwisającem z obu boków, które przez szeroki otwór odsłania tylko pole operacyjne. Od zapalonych przez puszczenie prądu lampek rozchodzi się przez otwory w stole ciepło promieniste równomiernie pod prześcieradłem, nie mogąc ujść na zewnątrz i ogrzewa w ten sposób całe ciało osoby operowanej. *Dr. E. Ehrenpreis.*

A. Loeb i C. Adrian. **Czy podwyższone molekularne zagęszczenie krwi w chorobach nerkowych usprawiedliwia zawsze wniosek o schorzeniu obu nerek?** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 39, 1904). Od czasu wprowadzenia kryoskopii do wewnętrznej medycyny przez Koranyiego przyzwyczajono się w chorobach układu moczowego uważać podwyższone molekularne zagęszczenie krwi, jako pewny objaw obustronnego zajęcia nerek, podczas gdy przy prawidłowym punkcie marznięcia krwi zwykle rozpoznawano chorobę dróg moczowych, albo co najwyżej jednostronną chorobę nerek, a zarazem zawsze wykluczano obustronne zaburzenie funkcyi. Już Kümmel i Rumpel wykazali, że w niektórych wyjątkowych przypadkach, mimo obustronnej choroby nerek, wystąpiło prawidłowe zagęszczenie krwi. Także i Kapsammer podaje niektóre przykłady obustronnej choroby nerek, gdzie punkt marznięcia krwi był prawidłowy. Israel wykazał, iż mimo niskiego punktu marznięcia, mianowicie — 0·69° i przy — 0·60°, tylko jedna nerka była zajęta, a po operacyi wystąpiła prawidłowa czynność nerek; także i Barth wykonał nefrektomię przy — 0·62 z pomyślnym skutkiem. Z tego wynika, że i jednostronna choroba nerek przebiegać może z podwyższonem molekularnem zagęszczeniem krwi. Loeb i Adrian przytaczają przypadek z kliniki strassburskiej, gdzie anatomicznie wykazano, że przy podwyższonem zagęszczeniu krwi tylko jedna nerka była zajęta. Dotyczyło to rolnika 55-letniego, który się zgłosił do kliniki z powodu krwotoku nerkowego. Cystoskopią wykazano, że ujście prawego moczowodu było prawidłowe, podczas gdy lewe było zaczerwienione i jakby obwałowane. Przy cewnikowaniu lewego moczowodu przekonano się, że mocz prawej nerki był jasny, podczas gdy lewej zmętniały. Mimo że punkt marznięcia krwi był — 0·63°, rozpoznano nowotwór złośliwy nerki lewej. Za nowotworem przemawiała choroba pacyenta i obrzęk gruczołów w prawym dołku nadobojczykowym. Operacyi nie wykonano z powodu silnej chery. Po trzech tygodniach znaleziono w moczu tkanki rakowate. Rozpoznano więc raka lewej nerki. Po pięciu miesiącach nastąpił zgon. Sekcya wykazała, że nerka prawa makroskopowo i pod drobnowidem była bez zmian, podczas gdy lewa była zupełnie rakiem zajęta. Więc podczas gdy molekularne zagęszczenie krwi przemawiało za obustronnem schorzeniem nerek, anatomicznie wykazano, że tylko jedna była chorą. Obniżenie punktu marznięcia krwi mogą wywołać zaburzenia w krążeniu, jak naprzykład niewyrównane wady serca, schorzenia naczyń i wątroby, także i guzy jamy brzusznej, skoro wywołują zaburzenia w krążeniu przez ucisk na naczynia krwionośne, albo też przez ucisk na drogi moczowe. W opisanym przypadku ucisku przez guz nie było, ale wyrównanie funkcyi nerkowej nie nastąpiło z powodu rychłego wykluczenia jednej nerki i przez uszkodzenie ogólne komórek z powodu chery. Z tego wynika, że także jednostronne schorzenie nerek przebiegać może z podwyższonem molekularnego zagęszczenia krwi i że przy dowodnem schorzeniu jednej nerki i podwyższonem zagęszczeniu krwi, nie można bezwzględnie przyjąć i schorzenia nerki drugiej. *Dr. J. R. Sokal.*

Bamberger (Kissingen). **Przyczynek do higieny palenia.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 30). Autor dzieli palaczy tytoniu na sucho- i na mokropalących. Do pierwszych należą ci, którzy używają papierośnicy, fajki, lub palą tak, że koniuszek w ustach zostaje zupełnie suchym; do drugiej zaś grupy zalicza tych, którzy śliną zwilżają koniec cygara podczas palenia. Pierwsi naturalnie dostają o wiele mniej trujących przetworów suchej destylacyi, niż palący na mokro. Niebezpieczeństwo dla mokropalących powiększa jeszcze równoczesne używanie wyskoku, gdyż wyskok w żołądku rozpuszcza połknięte trucizny, jako łatwo rozpuszczalne w wyskoku. Autor zatem sądzi, że palenie na sucho przedstawia tylko względnie małe niebezpieczeństwo dla zdrowia i przychyla się do zdania, że wszystkie przypadki, gdzie ustrój doznał uszczerbku z powodu palenia (nieżyt żołądka, miażdżyca tętnic z dusznicą sercową lub bez niej i t. d.). tyczyły się mokropalących. Że zaś i ci, którzy namiętnie palą papierosy, należący do suchopalących, zapadają na przewlekłe zatrucie nikotyną, pochodzi to ze złego przyzwyczajenia połykania dymu, oraz z tego, że zużywają bardzo wiele tytoniu (do 60 papierosów dziennie). Dym połknięty dostaje się po części do żołądka, po części do oskrzeli, gdzie znajduje znaczną przestrzeń wsysającą. Należy więc zawsze palić tylko na sucho i zwalczać złe przyzwyczajenie trzymania cygara w ustach, oczywiście bez cygarniczki, co prowadzi ostatecznie do palenia na mokro. Bardzo ważnemi dla higieny palenia okazują się doświadczenia Thomsa, w których używał sączków z waty, napojonej solami żelaza. Pokazało się, że lotne zasady dymu tytoniowego rozkładają sole żelaziste i wiążą się z ich kwasami; najlepiej działa pod tym względem wata, napojona chlorkiem żelaza. Przez przeprowadzenie dymu przez sączki, zrobione z takiej waty, zmniejsza się znacznie zawartość w nim kwasu pruskiego, zasad organicznych i amoniaku, a zupełnie związane zostają eteryczne olejki przyswędkowe i siarkowodór. *Dr. Fels.*

Prof. Riedel. **Usunięcie nagromadzonego kwasu moczowego i torebek stawowych ze stawu kciuka w przypadkach dny.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 35, 1904). W dwóch przypadkach, w których autor podjął się operacyi na stawie kciuka z powodu rozpoznanego ropienia, napotkał on w torebce stawowej nagromadzoną dość znaczną ilość kwasu moczowego, który wraz z torebką usunął zupełnie. Po zagojeniu rany chorzy czuli się zupełnie dobrze i przez cały szereg lat napady dny nie powtarzały się więcej. Autor przyznaje, że tylko wyjątkowo pacyent z dną zgłosi się do operacyi; radzi jednak, jeżeli to ma miejsce, w każdym przypadku dny, gdzie choroba ogranicza się tylko do jednego stawu, operacyę tę wykonać, tembardziej, że staw kciuka wogóle jest nadzwyczajnie odporny i bardzo szybko wraca do stanu prawidłowego, o czem się R. niejednokrotnie mógł przekonać.

Dr. M. Selzer (Lwów).

Aubertin i Benjard. **O działaniu x-promieni na krew białaczkową (leukemiczną).** (*La Presse médicale* 1904, Nr. 67). Autorowie opisują zmiany bezpośrednie krwi, jakie zachodziły w spostrzeganym przez nich przypadku białaczki szpikowej (*leucaemia myologenes*), w którym po zastosowaniu x-promieni nastąpiła wybitna poprawa. Przypadek dotyczył sześćdziesięcioletniego mężczyzny z typową białaczką o postaci śledzionowej. Śledziona sięgała prawie do spojenia łonowego i przekraczała linię środkową. Wątroba powiększona. Przerostu gruczołów nie było. Niedokrewność znaczna. Liczba ciałek czerwonych wynosiła 2,500.000 do 3,500.000. Liczba ciałek białych doszła do 124.000. Podawanie arszeniku i opoterapia śledzionowa miały jakiś wpływ na stan ogólny i wywołały zwiększenie się liczby ciałek czerwonych, ale na ciałka białe pozostały bez wpływu. Leczenie promieniami odbywało się w posiedzeniach tygodniowych, trwających 18 minut. Naświetlano od przodu i od tyłu. Promieni używano Nr. 6 (radiochromometrem Benoista) 5 H (chromoradiometr Holzknechta), odległość antykatody 25 ctm. W przeciągu 6 tygodni liczba ciałek białych spadła z 124.000 na 52.000, a stan ogólny znacznie się poprawił. Liczba ciałek czerwonych przez ten czas pozostawała niezmienioną, lub też przeważnie wzmagała się. Co do wzajemnego stosunku leukocytów, to pod wpływem leczenia liczba odsetkowa ciałek wielojądrzastych wzrastała, a myelocytów zmniejszała się. Z szczegółowych liczb, podanych przez autorów, wynika, że zmniejszanie się leukocytów pod wpływem radioterapii nie idzie stopniowo, lecz że po każdem naświetleniu następuje gwałtownie znaczne wzmożenie się chwilowe leukocytów, a potem następuje stopniowy spadek aż poniżej pierwotnej ich liczby. Po pierwszych posiedzeniach wzmożenie się leukocytów następuje prawie bezpośrednio po naświetleniu. Po następnych posiedzeniach w miarę przyzwyczajenia się ustroju wzmożenie to występuje coraz później. Ta leukocytoza niejako dotyczy w pierwszym rzędzie ciałek wielojądrzastych. *Dr. M. Blassberg.*

Porosz. **Leczenie zapalenia gruczołu krokowego.** (*Monatsschrift für Urologie*, z. 2, 1903). Mięsienie gruczołu krokowego uważano dotychczas za najlepszą metodę leczenia przewlekłego zapalenia tego narządu. Niestety skutkiem tego postępowania występują czasem niepożądane następstwa, jak zaostrzenie przewlekłej sprawy chorobowej, zgniecenie ścian przewodów gruczołowych, wnikanie zarodków zakaźnych do tkanek sąsiednich i t. d. Mięsienie ma na oku w pierwszym rzędzie usunięcie treści chorobowej z gruczołu; nie uwzględnia się przytem prawie nigdy mięśni, których schorzenie pociąga za sobą najczęściej poważne zboczenia płciowe, jak zmniejszenie żądzy płciowej, przedwczesny wytrysk nasienia, słabe wzwody i t. d. Z tego powodu nie stosuje autor już mięsienia, lecz używa sposobu łagodniejszego, a równocześnie skuteczniejszego — prądu przerywanego. Tą drogą wywołuje on jednostajny skurcz włókien mięsnych, przez to wzmożenie ich sprawności, reguluje krążenie w naczyniach krwionośnych i chłonnych, przyspiesza wessanie wytworów zapalnych, sprowadzając powolne wypróżnianie się treści gruczołowej, co pozwala na stosowanie tego postępowania także w ostrem zapaleniu gruczołu krokowego. Porosz używa własnego pomysłu „elektropsychroforu“, który można stosować także jako przyrząd ochładzający. Przy codziennem elektryzowaniu leczenie trwa 4—6 tygodni. Po każdej faradyzacyi zakrapla się do tylnej części cewki moczowej rozczyn $^1/_2$—2% azotanu srebrowego. *Baschkopf.*

Dr. Wiesinger. **Dwa przypadki ostrego zapalenia trzustki z rozsianemi obumarłemi ogniskami tłuszczowemi, wyleczone zapomocą laparotomii.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 35, 1904). Sprawa ostrego zapalenia trzustki, jej przebiegu, objawów, leczenia jest teraz na porządku dziennym. W całem piśmiennictwie niedużo dotychczas mamy przypadków wyleczenia tej choroby przez laparotomię. Autor więc przytacza swoje dwa przypadki. Tyczyły się one osób w wieku średnim, u których objawy były zupełnie do siebie podobne, a zatem: prawie nagły początek, silny ból brzucha, wymioty, wzdęcie, zatrzymanie stolca i wiatrów, tętno drobne.

W obu przypadkach znaleziono przy laparotomii rozsiane obumarłe ogniska tłuszczowe w trzustce i sieci, dość znaczne nastrzykanie otrzewnej i dużo płynu surowiczo-krwawego. Po wytamponowaniu okolicy trzustki zamyka się ranę połaparotomijną niezupełnie. Prawie bezpośrednio po operacyi nastąpiło wybitne polepszenie. Autor zastanawia się nad znaczeniem tych obumarłych ognisk tłuszczowych i uważa je wraz z całym szeregiem innych autorów tylko za wybitny objaw zapalenia ostrego trzustki, który w pewnych razach po wykonaniu laparotomii pozwala nam zwrócić uwagę na trzustkę. Obumarcia te po operacyi znikają zupełnie, jak o tem mógł się autor przekonać; operując bowiem w rok potem jedną z tych chorych z powodu przepukliny brzusznej, nie znalazł ani śladu owych ognisk obumarłych. Autor radzi w przypadkach, gdzie mamy takie objawy, podobne zresztą i do objawów innych chorób jamy brzusznej, operować, a przypadki te ogłaszać; rozporządzamy bowiem dotychczas tak małą kazuistyką, że nic pewnego jeszcze twierdzić nie możemy. Czy chorzy z ostrem zapaleniem trzustki i bez operacyi wyzdrowieć mogą, nie łatwo nam dziś jeszcze rozstrzygnąć z powodu trudności w rozpoznaniu. *Dr. M. Selzer* (Lwów).

Simon. **Próby miejscowego znieczulenia eukainą i połączeniem eukainy z adrenaliną.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 29). Na mocy swoich badań dochodzi autor do następujących wniosków: eukaina jest w porównaniu z kokainą przy jednakiem zgęszczeniu rozczynów prawie nie niebezpiecznym środkiem. Izoosmotyczny, ogrzany rozczyn eukainy znieczula równie dobrze, jak rozczyn kokainy tego samego odsetka. Adrenalina wzmacnia znieczulające działanie eukainy i przy podskórnem wstrzykiwaniu w rozczynie 1: 20.000 jest wolną od nieprzyjemnego działania ubocznego. Gdzie się zaś tylko da zastosować metoda Obersta (z 1% eukainą), to powinna mieć pierwszeństwo przed sposobem „infiltracyjnym“, czy to czystą eukainą, czy eukainą w połączeniu z adrenaliną. *B. Żmigród.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Idenburg. **O leczniczej wartości pyrenolu.** (*Medic. Wochenrundschau* 1903, Nr. 26). Pyrenol, przetwór wyrobu Dr. Horowitza z Berlina, stosował I. w dychawicy oskrzelowej i cierpieniach gośćcowych. I. opisuje dokładniej kilka przypadków dychawicy, leczonej pyrenolem, który szczególnie dobrym lekiem okazał się u 47-letniego mężczyzny, cierpiącego od lat 12 co wiosnę i jesień na ciężką dychawicę, bez skutku różnymi środkami leczoną. Ostatniej jesieni nastąpiło znaczne pogorszenie z nieżytem oskrzeli, wielką dusznością i gorączką do 40° C. Po podaniu 0·5 pyrenolu co 2 godziny duszność wkrótce się zmniejszyła, odkrztuszanie stało się łatwiejsze, a gorączka opadła. Podawano dalej po 2 gr. pyrenolu na dzień aż do zupełnego wyleczenia.

Z przypadków cierpień gośćcowych koił pyrenol doskonale bole w przypadku zniekształtniającego zapalenia stawów, co było tem ważniejsze, że chory ten nie znosił żadnych narkotyków. Skuteczność pyrenolu stwierdził I. także w dnie. 43-letni mężczyzna co roku 5—6 razy dostawał ostrych napadów dny, zapowiadających się zawsze jednakowymi zwiastunami: bolami kończyn, bolem głowy, brakiem łaknienia, bolami w mięśniach i stawach stopy. W okresie takich znamiennych zwiastunów podano 0·5 gr. pyrenolu 4 razy dnia, przez co powiodło się zapobiedz napadowi dny. Z przypadków zaś ostrego i przewlekłego gośćca stawowego, leczonych skutecznie pyrenolem, zasługuje na uwagę jeden uporczywy przypadek, w którym aspiryna zupełnie nie działała, pyrenol zaś, — coprawda w wysokiej dawce 4 gr. na dzień, — usunął w ciągu 2 tygodni zupełnie obrzęk stawów.

Szkodliwego działania ubocznego pyrenolu I. nie spostrzegał; nawet przy znacznej miażdżycy tętnic czynność serca po pyrenolu nie zmieniała się. Na zły smak pyrenolu skarżyli się tylko wrażliwi chorzy; inni znosili go łatwo, a nawet nabierali apetytu.

I. podawał pyrenol stosownie do okoliczności w rozczynie lub w kołaczykach. *Ab.*

Wstrzykiwaniami 2% **kollargolu** pod skórę leczył R. Wagner (*Allg. med. Central-Zeitung* 1904, Nr. 37) ciężki przypadek wąglika. Opisano dotychczas siedem przypadków pomyślnego działania kollargolu w wągliku za pomocą wstrzykiwań do żył; podskórnych wstrzykiwań próbował pierwszy dopiero Wagner. 31-letni rolnik zakaził się wąglikiem przy oprawianiu padłej na wąglik krowy. Pomimo niezwłocznej pomocy lekarskiej, wycięcia i wypalenia krost wąglikowych, okładów wyskokowych i t. d. naciek na ramieniu szerzył się, a stan ogólny pogarszał. W ósmym dniu po zakażeniu zastał autor chorego w silnej gorączce (40·3°); tętno 142, duszność, sinica, bole, bezsenność, jadłowstręt. Naciek zajmował nietylko ramię lewe, ale także okolicę mięśnia piersiowego wielkiego i łopatki. Wstrzyknięto 15 ctm.^{3} 2% kollargolu podskórnie w ramię (w 5 miejscach po 3 ctm.^{3}), popołudniu wtarto 5·0 grm. maści Credégo. Po 3 godzinach chory czuł się podmiotowo lepiej, wieczorem tegoż dnia ciepłota 38°; nazajutrz rano 37·5°, tętno 92, chory siada w łóżku i je z apetytem, zmiany miejscowe wyraźnie mniejsze. Po 3 dniach zmiany miejscowe zupełnie ustąpiły i chory szybko odzyskał zdrowie. *Ab.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 8 lipca 1904.

Przewodniczy: Dr. E. Wechsler. Obecnych: 28.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. Prof. Dr. A. Mars zdaje sprawę »o wynikach leczniczych kliniki położniczo-ginekologicznej lwowskiej« z 5-cioletniego okresu istnienia tejże kliniki. (Rzecz przeznaczona do druku) W dyskusyi przemawiają koll.: Skałkowski, G. Ziembicki i prelegent.

3. Kol. Doc. Dr. A. Sołowij stawia wniosek, aby członkowie Tow. lek. lwows. bojkotowali »Słowo polskie« za pomieszczenie nowelki p. t. »Consilium«. W ożywionych rozprawach przemawiają koll.: J. Świątkiewicz, Obtułowicz, Mikołajski, Szulisławski, G. Ziembicki i wnioskodawca. W głosowaniu znaczną większością głosów przeszedł wniosek kol. Józefa Świątkiewicza, aby nad sprawą tą przejść do porządku dziennego.

4. W czasie poprzedniej dyskusyi kol: Dr. Mikołajski stawia wniosek, aby zapobiegając nieuzasadnionym napaściom na stan lekarski i przeróżnym fałszywym informacyom publiczności, utworzyć przy Tow. lek. lwows biuro informacyjne dla prasy. — Wniosek ten popiera kol. G. Ziembicki. Ostatecznie postanowiono sprawą tą zająć się na jednem z najbliższych posiedzeń po wakacyach.

Herman, sekretarz doroczny.

Posiedzenie naukowe z dnia 7 października 1904 r.

Przewodniczy Radca Dw. Prof. L. Rydygier (pod koniec posiedzenia Doc. Dr. P. Kučera).

Obecnych członków: 30.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Dr. E. Piasecki przedstawia ucznia ze stłuczeniem (*distorsio*) obu stawów nadgenstkowych, u którego bezpośrednio po wypadku zastosował miesienie. Następstwa uszkodzenia ustępują bardzo szybko. Na podstawie własnego doświadczenia i tego co widział w Szwecyi, przemawia gorąco za leczeniem distorsyi stawów miesieniem, metodycznie stosowanem od pierwszej chwili.

III. Wykład kol. Dr. P. Pręgowskiego o „histopatologicznem rozpoznawaniu niedowładu postępującego“, ilustrowany preparatami drobnowidowymi, ogłoszony będzie w całości w „Przegl. lek.“

Herman, sekretarz doroczny.

VI. Pląsawica w stuleciu XI, XIII, XV i XVI.

Przez

Bł. p. prof. Dra Józefa Oettingera.

(Ciąg dalszy.)

Przyczyny pląsawicy.

Rozróżnić należy przyczyny mniemane od rzeczywistych; tamte noszą na sobie znamię uprzedzeń spółczesnych i piętno duchowe wieku, te zaś tkwią w zwichniętej równowadze między narządami i sprawami ustroju człowieczego, jako następstwo konieczne z jednej strony wygórowanego napięcia wyobraźni i fantazyi, a zapomocą tychże i rozdrażnienia uczucia, prowadzącego stopniowo po silnych wzruszeniach przez namiętność do choroby, z drugiej zaś strony przygnębienia rozumu i upośledzenia zmysłowej i cielesnej przyrody ludzkiej, która gwałtownem oddziaływaniem odpowiada na gwałt sobie wyrządzony. Wszakże co do przyczyn mniemanych nieraz z poza powłoki dziecięcej łatwowierności przebija jądro rzeczywiste, przebrane w sukienkę panującej powszechnie wiary. Należy tu głęboko zakorzenione mniemanie o opętaniu przez złych duchów i przez dyabła samego.

Utrzymywało się ono, niezachwiane żadną wątpliwością, w pierwszych najdawniejszych podaniach o pląsawicy, a jeżeli w szatanie jest niejako uosobiony kierunek zmysłowy, podnoszący bunt przeciwko upośledzającemu i niweczącemu go prądowi duchowemu, to przyznać należy, że takie pojmowanie i tłomaczenie opętania wyobrażającego niejako gwałtowne wyłamanie się zmysłowości z pod gniotącego je jarzma duchowego nie jest bez rzeczywistej podstawy. W końcu XIV stulecia targnięcie się poniewieranego żywiołu fizycznego staje się już zuchwalsze, już ono nie jest więcej zerwaniem się przypadkowem, przyznającem się do grzechu i winy, a wracającem pokornie do skruchy i pokuty; posuwa się ono już do śmiałości i oskarżania duchownych i ich nadużyć tak dalece, że już obwiniano mniemanych opętańców o zamiary gwałtownego rzucenia się na księży, jużto sam obłęd uważano za skutek chrztu nienależycie, bo przez skalanych winą i cielesnemi chuciami duchownych dokonanego. Zaniepokojony stan duchowny odsłanianiem tych szatańskich zamachów, usiłował przestrogą ochronić lud od tej niesforności i utrzymać go w karbach posłuszeństwa i uległości kościelnej.

W temże stuleciu wychodzą już na jaw wątpliwości, jeżeli nie zaprzeczające całkiem opętaniu, to dopuszczające obok niego w wielu razach bądź złudzenie umyślne lub mimowolne, bądź wygórowaną żądzę zaspokojenia pod pozorem tego szału swych chuci sprosnych, co znowu dowodzi, jak gnębienie zmysłowych potrzeb daje często pochop do ich wyuzdania, bądź nareszcie istotną fizyczną chorobę.

Do tych przyczyn dodajmy jeszcze uwagę, że rozpowszechnione uprzedzenia, zabobony i przesądy nie mogą być bez wpływu przeważnego na zewnętrzną postać obłędu, a to tem bardziej, że każde zboczenie umysłowe z takich tylko składać się może złudzeń i urojeń, do jakich wątku dostarcza zakres wyobrażeń, pojęć, uczuć i wzruszeń cierpiącego, będący znowu wynikiem stopnia i rodzaju wykształcenia, jużto całej społeczności, jużto pojedynczych jej członków. Stąd też koniecznie zmieniać się muszą formy obłędów według różnicy umysłowego nastroju, właściwego różnym wiekom i ludom.

Leczenie pląsawicy nagminnej.

Używane w pląsawicy nagminnej środki odpowiadały, jak to samo z siebie wypływa, pojęciu o istocie tego zboczenia, a gdy je powszechnie uważano za skutek opętania przez złych duchów, przeciwko tymże wymierzano główne działanie, stosując pomoc duchowną, zwłaszcza też zażegnywania, modlitwy i ofiary. Poruczanie chorych opiece świętych patronów Jana Chrzciciela i Wita, jeżeli w istotnem brane znaczeniu trąciło zabobonem, niezgodnym z naukową ścisłością, to z drugiej strony uważane za środek łagodzący i uspokajający, odziany w szatę panującej wiary i posługujący się potężnym jej wpływem, — tę w każdym razie miało niepośledniąi zaletę, iż ochraniało szaleńców od srogiego prześladowania, iż spokojem i wrażeniami kojącemi dawało sposobność do cierpliwego wyczekiwania końca i stopniowego przez się zwalniania burzliwych napadów, zwłaszcza, że religijna pociecha, udzielana rozumnie, zdolna jest wywrzeć skutek zbawienny na umysły, w wierze wychowane i w niej czerpiące cały zasób wyższej swej wiedzy i moralności. Podczas plagi pląsawicznej strasburskiej z roku 1418 magistrat wydał rozporządzenie, któremu tej pochwały odmówić nie można, że z troskliwością i spółczuciem zajął się losem dotkniętych niemocą, starając się go wedle możności, mimo panujących jeszcze uprzedzeń, złagodzić. Gdyż w owym czasie nikomu jeszcze ani się nawet nie marzyło, że tego rodzaju zboczenie może być przedmiotem zabiegów czysto lekarskich.

I tak zwierzchność miejska poleciła, aby obłąkańców sprowadzano małymi oddziałami do kaplicy św. Wita w Zabern i w Rotenstein, aby nad nimi czuwali najęci posługacze, aby po trzech lub czterech księży za poradą dziekana odprawiało nad nimi i z nimi modlitwy i obrządki, aby ich potem oprowadzano naokoło ołtarza i aby albo sami chorzy, albo ktoś za nich złożył ofiarę i jałmużnę.

Wreszcie zakazał magistrat używania bębnów i piszczałek. Jakkolwiek w XVI-tem stuleciu dopiero, za przewodem Paracelsa, zaczęło ustalać się przekonanie, że pląsawica jest chorobą raczej, niż sprawą złych duchów, chociaż tego ostatniego przypuszczenia jeszcze nie wykluczano zupełnie, ograniczając je do rzadszych przypadków jedynie, to już pierwej zaczęto oprócz duchownych posługiwać się jeszcze pewnymi środkami empirycznymi, opartymi na pojęciach, tchnących grubem barbarzyństwem.

Należy tutaj wzmiankowane wyżej okręcanie, uderzanie i tratowanie napiętego wrzekomo brzucha, obstawianie pląsających zawadami, aby ich do wysilających skoków zniewolić, wreszcie drażnienie ich tkliwości i podniecanie wyuzdanych ruchów dla wywołania prędszego znużenia. I tak opowiada Felix Plater (*Praxeos medicae opus L. 1. c. 3. p. 88 Tom I. Basil. 1656. 4.*) (ur. 1536 † 1614), że przypomina sobie z lat młodości, jak zwierzchność bazylejska ugodziła kilku silnych mężczyzn do tego, aby pląsawiczną dziewę nieustannym tańcem w ruchu utrzymać. Luzowali się oni w tym celu, a leczenie to trwało 4 tygodnie, aż chora opadła ze sił i do szpitala została przeniesioną.

Przez cały ten czas nie rozebrała się, chwilami tylko siadała, aby się posilić lub podrzemać, lecz i wtedy jeszcze ciało jej podskakiwało.

Późniejszy także sposób leczenia, niby naukowy, podany przez Paracelsa, nie był wolny od guseł i dziwactw, a po części i od nieusprawiedliwionej surowości. Rozróżniał on trojaką pląsawicę: jedną z urojenia (*Vitista, chorea imaginatina, aestimativa*), drugą z chuci zmysłowej (*Chorea lasciva*), a trzecią z przyczyn cielesnych (*Chorea naturalis, coacta*), wywodząc ostatnią z wzburzenia tchów żywotnych.

Na pierwszą zaleca, aby chory obraz swój ulepił sobie z wosku lub żywicy jakiej i aby w myśli zatopił w nim swe śluby i grzechy i spalił go potem do szczętu; na drugą postać radzi surowe postępowanie i posty, zamknięcie, a nawet chłostę, niekiedy wrzucanie nagłe do zimnej wody; na trzecią dziwaczne zachwala środki, którym tajemniczą przypisuje potęgę, a wywodzoną z piątej jego czyli tak zw. kwintesencyi, będącej nietylko rdzenną istotą leków, ale środkiem niezawodnym na wszystkie cierpienia.

Do dziś dnia przechowuje się nad Renem, a zatem w okolicy, nawidzonej ongi przeważnie tą nagminną plagą, pomiędzy ludem pamięć tej klęski, znajdująca wyraz w corocznym obchodzie, mającym nazwę „Święta skaczących Świętych" (*Fest der springenden Heiligen*), a opisanym nie tak dawno jeszcze, bo w roku 1842 w dziennikach *Hamb. unparth. Correspond. 1842 Juni 2;* tudzież we francuskiem czasopiśmie „Le Pays" z roku 1857 z dnia 27 czerwca. W maju zbiera się w Echternachu kilka, a nawet kilkanaście tysięcy (w roku 1842 podano przybliżoną liczbę 13.000) zbliska i zdala, a stanąwszy rzędami po trzech lub czterech i połączeni za pomocą chustek, których się trzymają, odbywają przy odgłosie muzyki pielgrzymkę taneczną od mostu, który wówczas oddzielał granicę pruską od Francyi, przez całą osadę do kościoła po drugiej stronie położonego do grobu św. Willibroda. Wykonywają przytem skoki według stałej kolei raz w prawo, drugi w lewo, a trzeci naprzód. Sprawozdawca niemiecki donosi, że obchód ten odbywa się na pamiątkę pląsawicy z roku 1374; dziennik zaś francuski podaje, że początek sięga srogiej zarazy, pustoszącej w roku 1376 okolicę Luksenburską, w każdym więc razie dotyczy pory, w której pląsawica także najbardziej się rozpostarła.

Pląsawica włoska czyli Tarantyzm.

Klasyczna ziemia włoska, mimo przemiany swojej dziejowej na ognisko chrześciaństwa i na siedzibę Głowy kościoła katolickiego, mianowicie rzymskiego, mimo przyjęcia i rozwoju kierunku duchowego aż do granic ostatecznych, nie pozbyła się przecież nigdy zaszczepionej starożytną cywilizacyą, zwaną w języku prawowiernych pogańską, dążności zmysłowo-rzeczywistej, cielesnej, tak dalece, że pojęcia nawet istnie duchowe, polegające na potępieniu zmysłowości, oblekała w najponętniejsze, zmysłowe kształty i obrazy. Nie napotykamy w nich nigdy, jak u Niemców, owych bez- i niekształtnych potworów, będących tworem nadętym a pustym, złożonym z samych oderwanych pojęć, bez krwi, kości i ciała, podobnym do nocnych mar i upiorów, obdarzonych złudnym tylko pozorem istnej postaci, lecz niepochwytnych i jak mgła rozwiewnych.

U Włochów też obłęd pląsawiczny miał tło odmienne, nie sięgające w dziedzinę nadziemską, niezawisłe od wpływów nieba lub piekła, aniołów lub szatanów. U nich i urojenie z tym szałem złączone czerpało swe pierwiastki, mianowicie ułudy, przywidzenia i bezrozumy wprost ze świata rzeczywistego i zmysłowego, a co większa, miało na sobie wyciśnięte piętno smaku i sztuki, zgoła pewnego artyzmu, przywykłego zboczeniom nawet nadawać wdzięk ogłady i piękna.

Tarantyzm okazuje tę zmysłowo-rzeczywistą cechę we wszystkich składających go czynnikach i stosunkach, począwszy od mniemanej czy rzeczywistej przyczyny, przez szereg rozmaitych pojawów do przebiegu, następstw, aż do środków, którymi poskramiać go usiłowano. Stał się nawet przedmiotem badania i rozbioru nietylko naukowego, ale zmysłowo doświadczalnego i to w porze, kiedy wymagania umiejętnej ścisłości, nie dosięgały były jeszcze dzisiejszych rozmiarów.

Dzieje tarantyzmu. Pierwszą wzmiankę o tej chorobie uczynił Mikołaj Perotti, jeden z najznakomitszych uczonych swojego czasu, głęboki znawca języków starożytnych, (urodzony 1430, umarł 1480).

Sposób, w jaki naznacza jej początek, jest tak pełen sprzeczności i rażącej niewiadomości w zakresie nauk przyrodniczych, iż na najmniejszą nie może zasługiwać wiarę. Mieszając albowiem z sobą bez najmniejszego zawahania się pająki z gadami, a mianowicie jaszczurkami, twierdzi, że pająk zwany tarantula, dawniej we Włoszech nieznany, a za czasów jego zagęszczony w Apulii, ukąszeniem swojem wywołuje takie podniecenie umysłu, iż osoby niem dotknięte na odgłos śpiewu lub muzyki, rozochoceni i ze śmiechem poczynają skakać, aż póki zmęczeni i napół martwi nie ustaną. Inni znowu wpadają w płacz, jakoby dręczeni tęsknotą za swoimi. Inni nakoniec na widok niewiasty, lubieżnością rozpaleni, jak szaleni ku niej wyskakują.

Jedni śmiejąc się, inni płacząc, umierają. *Cornu copiae latinae linguae. Basil. 1536. »Est et alius stellio ex aroncarum genere, qui simili modo ascalabotes a Graecis dicitur et colotes et galeotes lentiginosus in cavernulis dehiscentibus per aestum terrae habitans. Hic maiorum nostrorum temporibus in Italia visus non fuit, nunc frequens in Apulia visitur.*

Aliquando etiam in Tarquinensi et Corniculano agro, et vulgo similiter tarantula vocatur. Morsus eius perraro interemit hominem, semistupidum tamen facit et variae afficit; tarantulam vulgo appellant. Quodam cantu audito aut sono, ita excitantur, ut pleni laetitia et semper videnter saltant, nec nisi defatigati et semineces desistant.

Alii semper flentes quasi desiderio suorum miserabilem vitam agunt.

Alii viso muliere, libidinis statim ardore incensi, veluti furentes in eam prosiliant.

Quidam ridendo, quidam flendo moriuntur«.
(Commentar. in primum Martialis Epigramma 51 et 52).

Powiastka ta przenosi bałamutnie razem z nazwą przesąd, odnoszący się do pewnego rodzaju zwierząt, na inny zupełnie, dodając do urojeń dawnych nowe, przez niewiadomość mieszającą z sobą rzeczy całkiem różne. Tarantula albowiem jest mało zmienionym wyrazem tarantola, jakim oznaczano we Włoszech jaszczurkę, którą starożytni Rzymianie nazywali stellio (dziś *Lacerta stellio*), a której mylnie przypisywano skutki jadowite. Dająca się lada pozorowi uwieść łatwowierność ludu, podejrzywając krzeczka (*Lycosa tarantula*) o szkodliwy także wpływ na zdrowie, mogła snać dopuścić się tej przemiany nazw; zdaje się to być podobniejszem do prawdy, niż żadnym dowodem nie poparte mniemanie o pochodzeniu miana tego bądź to od miasta Tarentu, bądź od rzeki Thary w Apulii, nad której brzegami pająk, o którym mowa, najliczniej się napotyka.

Jakkolwiekbądź, już te wątpliwości, przywiązane do źródła samego wyrazu, zamącają niemało wiadomość o początkach choroby. Podanie Perottego, jakoby dawniej pająka tego w Apulii nie widywano, ze względu na oczywistą mylność towarzyszących mu szczegółów, mieszających z sobą pająka z jaszczurką, nie zasługuje bynajmniej na wiarę, a to tem mniej, iż autor wspomina o osobliwych skutkach ukąszenia tego owadu, jako o rzeczy wszystkim znanej, a wcale nie nowej, pomiędzy prostym ludem Apulii od dłuższego czasu snać rozpowszechnionej, zanim zwróciła na siebie uwagę uczonego i stała się przedmiotem jego pióra.

O groźnych, a pomiędzy nimi i nerwowych przypadach, wywoływanych ukąszeniem, doznanem od jadowitych pająków, wspomina zgodnie niewielu autorów starożytnych, jak n. p. żyjący w VI stuleciu po Chrystusie Aëtius, przytaczających z dzieł dawniejszych 6 gatunków rodzaju *phalangium*. 1) ῥάγιον, 2) λύκος, 3) μυρμήκειον, 4) κρανοκολάπτης w innych κεφαλοκρούστης, 5) σκληροκέφαλον, 6) σκωλήκιον (*Tetrab. IV. Serm. I. c. 18 u Henr. Steph. Dioscorid. L. VI. c. 42*). — O ile pomiędzy niemi mieści się także nasz krzeczek, tem trudniej oznaczyć, że i we Włoszech niedźwiadkowi także takie samo przypisywano skutki. Skreślone są różne zjawiska chorobowe: zmiana cery, upośledzona mowa, drżenie członków, zimno, mocz biały, posępność, ból głowy, łzotok, nudności, wymioty, podniecony popęd płciowy, bębnica, mdłości, trudne oddawanie moczu, bezsenność, śpiączka, a nawet śmierć, — jako następstwa ukąszenia, z czem jeszcze wiązała się wieść, powtarzana przez całe wieki średnie, że w wydalinach takich chorych, wymiocinach, stolcach i moczu znajdowano pajęczynę, ale najmniejszej niema wzmianki o niepowściągliwym popędzie do tańca, ani o jego skutku uzdrawiającym. Pierwszy ślad pląsawicznego jakiegoś obłędu napotykamy w jednym z mistrzów szkoły salernitańskiej, zwanym Garispontus, z wieku XI-go († 1056), który go opisuje pod nazwą: *antencasmos*, będącą zapewne przekręceniem greckiego wyrazu *enthusiasmos* (zachwyt) i mieni nader niebezpiecznym rodzajem szaleństwa. Są bowiem rozdrażnieni jak szaleńcy i na siebie samych się zamierzają. Nagle się oni zrywają, tańcując rękami i nogami, ponieważ w jamach swych usznych słyszą układnie różne brzmienia, jakoby dźwięk różnych gędźb, któremi się rozkoszują, iż zaraz tańczą, albo szybko biegać poczną, i nagle miecz schwyciwszy siebie lub innych przeszywają, nie wzdrygają się także częstować siebie lub drugich kąsaniem.

Tych łacinnicy zwą przebijaczami (*percussores*); inni mówią, że to zastępy szatana, co jak ich pochwycą, dręczą i ranią. Baczność na nich mieć należy, a jak tylko owe dźwięki posłyszą, potrzeba ich zamknąć, a po napadzie upuszczać im krwi i stolec poruszyć. Pożywać winni pokarmy lekkie z ciepłą wodą, aby wyprowadzić wszelkie pierwiastki wzdymające (*ventositas*), wywołujące dźwięk w mózgu. Podczas napadu niech mają spokój.

Jeżeli pianę ustami toczą, lub gdy przyczyną było ukąszenie psa wściekłego, w ciągu dni siedmiu umierają.

Mowa tu już wyraźnie o ruchach pląsawicznych, a nawet o dźwiękach muzycznych, lecz mimoto daleko jeszcze do obrazu istotnego tarantyzmu, od którego różni się wybuchem dobrowolnym, niepoprzedzonym ukąszeniem owadu; jako wyjątkowa tylko i rzadka przyczyna, wzmiankowane jest mimochodem ukąszenie psa wściekłego; różni się jeszcze występowaniem rozprószonem nie gromadnem, wreszcie zupełnie innym stosunkiem do wrażeń słuchowych, które tu są złudzeniami, wszczynającemi napad, kiedy w tarantyzmie przeciwnie nie słuchowe złudzenia, ale muzyka rzeczywista wpływ wywiera i to nie jak tu szkodliwy, lecz pomocny, uzdrawiający.

Kronika Alberyka podaje, że w roku 766 Lotaryusz skutkiem choroby, pogorszonej ukąszeniem pająków, cofnąć się z wojskiem musiał.

Jeżeli zważymy, że i włoska postać pląsawicy polegać jedynie mogła na chorobowem podrażnieniu ośrodków nerwowych, że nie zbywało w tym kraju, jak i w innych nawiedzonych podobnem pospólnem cierpieniem, podniet i dość długo i dość silnie działających, aby taki skutek wywołać, do których zaliczyć potrzeba wysilającą walkę wzmagającego się prądu duchowego z przyrodzonym i zakorzenionym zmysłowym, tudzież wstrząsający wpływ pomorów, (sama dżuma od roku 1119 do roku 1340 szesnaście razy Włochy pustoszyła, nie mówiąc już o ospie, odrze, ogniu św. Antoniego i trądzie), nakoniec straszną ową śmierć czarną, to pojmiemy, iż wiek, który po takich burzach społecznych nastąpił, a zatem wiek XV, mógł dać początek temu zboczeniu we Włoszech, jak i około tego samego czasu pląsawiczną plagę wywołał w okolicach nadreńskich, nadmozelskich.

Nabyte usposobienie wymagało tylko jeszcze potrącenia zewnętrznego, jakoby iskry zażegającej, aby płomieniem gwałtownej choroby wybuchnąć; wystarczyło do tego bądź rzeczywiste, bądź nawet urojone ukąszenie owadu, który wiara ludu o takie szkodliwe działanie posądzała.

Z początku cierpienie zamykało się w granicach Apulii, w końcu stulecia XV rozszerzyło się ono i co do siedliska i co do stopnia i napełniło umysły, urojeniami wyobraźni rozgrzane, niepospolitą trwogą. W porze letniej wzmagała się choroba, nawidzając tłumnie wsi i miasta, w których rozlegały się dźwięki właściwej a zbawiennej muzyki, przy odgłosie której zrywały się do szalonego tańca liczne zastępy, aby się bądź na zawsze, bądź na chwilę uwolnić od dręczących dolegliwości. Że przesąd niemało przyczynił się do pomnożenia szeregów tego rodzaju chorych, zrozumie każdy, komu znany jest wpływ potężny wyobraźni na zjawiska w dziedzinie ośrodków nerwowych.

Plaga ta dosięgła szczytu swojego w wieku XVII; na początku tegoż całe gromady grajków snuły się po Włoszech, aby po kolei całym osadom dać sposobność do uwalniania się szalonymi pląsami od nękających cielesnych utrapień. Porę tę taneczno-leczniczą zwano małemi zapustami pań (*il carnevaletto delle donne*).

Dopiero na końcu XVIII-go wieku szerząca się przez encyklopedystów niewiara przerzedziła znacznie nawiedzone tarantyzmem szeregi, wszelako do najświeższych czasów dochodzą spostrzeżenia, acz rzadsze i tylko rozprószone tego narodowo-włoskiego szału.

(Ciąg dalszy nastąpi).

• • •

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie z III Zjazdu galicyjskich lekarzy okręgowych w dniu 14/X 1904 we Lwowie.

Na Zjazd przybyło kilkudziesięciu kolegów, przeważnie ze wschodniej Galicyi, kilkunastu usprawiedliwiło swą nieobecność i oświadczyło gotowość solidaryzowania się z zapadłemi uchwałami.

Przewodniczący Komitetu Dr Natter, zagajając obrady o godz. 5-tej popołudniu, wita kolegów i zaproszonych gości, z których przybyli: JWP. Radca dworu Dr. Merunowicz, JWP. posłowie na Sejm krajowy prof. Dr. Mars, Dr. Bednarski i Dr. Wurst, inspektorowie sanitarni Dr. Barzycki i Dr. Lachowicz, prezydent Izby lek. wsch. gal. Dr. Festenburg, inspektor krajowy szpitali Dr. Stella Sawicki, wreszcie redaktor „Głosu lekarzy" Dr. Mikołajski. Obrady rozpoczęto odczytaniem sprawozdania z II Zjazdu lekarzy okręg. w r. 1901, które bez zmian przyjęto.

Dr. Natter składa sprawozdanie z czynności Komitetu w ubiegłem trzechleciu, wyliczając zabiegi osobiste Komitetu około spraw jemu poruczonych w Wydziale krajowym i Sejmie, tudzież okoliczności, w których Komitet uważał za stosowne wystąpić publicznie w sprawach, obchodzących ogół lekarzy okręgowych.

Następnie kolega Dr. Zasacki referuje sprawę emerytur i zaopatrzenia wdów i sierót po lekarzach okręgowych i przedkłada rezolucyę, aby wobec niezupełnego i nietrwałego załatwienia tej sprawy przez Wydział kraj., nie ustając w dążeniu uzyskania praw, słusznie należnych, od kraju, aż do tego czasu stworzono drogą własnej samopomocy swój własny fundusz emerytalny przy jednem z istniejących Towarzystw lekarskich galicyjskich.

Po wyczerpujących wyjaśnieniach ze strony Radcy Dworu Dr. Merunowicza, prof. Dr. Marsa i prezydenta Dr. Festenburga, tudzież po ożywionej dyskusyi, w której zabierali głos Drowie: Wróblewski, Górski, Ferensiewicz, Ustrzycki, Stanowski, zapadły uchwały w myśl wniosków referenta:

1) Polecić Komitetowi wykonawczemu lekarzy okręgowych, by wniósł do Sejmu petycyę domagającą się:

a) wpisania kwoty 10.000 koron na zaopatrzenie wdów i sierót po lekarzach okręg., proponowanej przez Wydział krajowy na rok 1906 — w budżet krajowy już na rok 1905;

b) wypracowania statutu emerytalnego, zabezpieczającego lekarzy okręgowych i ich rodziny w sposób trwały, przyczem oni sami uczestniczyliby drogą opłat własnych w utworzeniu potrzebnego funduszu.

2) Polecić Komitetowi wykonawczemu, by wdrożył akcyę przygotowawczą, zażądał od kolegów potrzebnych dat i deklaracyi, postarał się o opracowanie pod względem matematycznym wysokości uiszczać się mających opłat, celem stworzenia na zasadzie samopomocy, do czasu załatwienia sprawy przez kraj, własnego funduszu emerytalnego drogą dobrowolnego przystąpienia, w jednem z istniejących już Towarzystw lekarskich. Opracowany projekt ma Komitet przedłożyć do aprobaty na ogólnym Zjeździe lekarzy okręgowych.

Następnie referuje Dr. Zasacki sprawę noweli do ustawy z d. 2 lutego 1891 Dz. u. kraj. l. 17, opracowanej obecnie przez Wydział krajowy, przyczem zgodzono się na omawianie poszczególnych ustępów osobno.

Zmiany w § 2 i 3 uznano, po wyjaśnieniu Dr. Merunowicza, że nie są one właściwie zmianami, a tylko określeniem tego, co wobec niejasnego dawniejszego brzmienia było faktycznie praktykowane, a interesom lekarzy okręg. nieszkodliwe.

Przy § 5 podniesiono zarzut, że proponowana zmiana ma na celu zwijanie istniejących okręgów, że zatem zachodzi obawa szkodliwych następstw dla lekarzy okręgowych. Nie uchwalono jednak nic stanowczego wobec wyjaśnienia Dr. Merunowicza, że idzie tu tylko o zwijanie takich okręgów, które dziś pomimo konkursów itp. z przyczyn stosunków miejscowych nie są, ani być nie mogą obsadzonymi, a to w tym celu, aby wyznaczone na nie kredyty można było gdzieindziej pożytecznie użyć.

Zmianę § 7 uznano ze względu na przyszły fundusz emerytalny za korzystną.

Długą dyskusyę wywołały zmiany § 8.

Referent jest zdania, że prawo mianowania lekarzy okręgowych przez Wydział krajowy, nie jak dotychczas przez Wydział powiatowy, jest wysoce dla nich szkodliwem; nadto jest ono dla swych dążeń centralistycznych sprzecznem z pojęciem autonomii decentralizującej; wreszcie niesłusznem, bo koszta lekarzy okręgowych ponoszą powiaty, zatem Wydziały powiatowe powinny mieć prawo mianowania. Inni mowcy z grona kolegów i z gości, jak prof. Mars i Dr. Merunowicz, nie podzielają w zupełności tego zdania i nie widzą szkodliwych następstw w skoncentrowaniu instytucyi lekarzy okręg. w Wydziale krajowym. Wskazano jednak na sprzeczność, istniejącą w dwu postanowieniach tego paragrafu, mianowicie między twierdzącem o nienaruszalności praw lekarzy okręg. już nabytych, a dopuszczającem przeniesienie tegoż (nie dyscyplinarne) do innej gminy lub innego okręgu

i uchwalono tu domagać się wstawienia odnośnej poprawki, mianowicie po słowach: w razie zwinięcia okręgu (§ 5) do innego okręgu, „nie naruszając praw jego nabytych.“

Przy § 12 i 14 oświadczono się przeciw nowonałożonym obowiązkom oględzin osobistych a bezpłatnych bydła i mięsa w miejscu siedziby i uchwalono starać się o pozostawienie dawniej obowiązujących przepisów, które polecały lekarzom okręgowym wykonywać tylko nadzór nad oględzinami.

Przy § 14 zabrał co do ustępu o szczepieniu głos Radca Dworu Dworu Dr. Merunowicz, broniąc wydanych rozporządzeń o aseptycznem szczepieniu, tudzież zniżenia dyet za szczepienie. Pierwsze wskazanemi były ze względu na podstawy naukowe, drugie wynikło z porównań wynagrodzeń za szczepienie między Galicyą, a innymi krajami koronnymi monarchii. Mowca wskazuje na Morawy, gdzie lekarze okręgowi mają obowiązek szczepić w okręgu bezpłatnie, tudzież na kraje, gdzie kilometrowego się nie wypłaca, a liczy się dzień szczepienia za jeden dzień dyety bez względu na odległość gmin, na liczbę zaszczepionych, z czego wynikałoby, że faktycznie stosunki w Galicyi są lepsze, niż gdzieindziej.

Zgromadzeni są innego zdania wobec tego, że stosunki np. na Morawach nie mogą być porównanymi ze stosunkami galicyjskimi. Tam bowiem większa część lekarzy kraju są lekarzami okręgowymi; okręgi składają się z 2 lub 3 gmin, odległych o kilka kilometrów, a liczba szczepionych w nich nie przekracza razem wzięta przeważnie liczby szczepionych bezpłatnie przez galicyjskich lekarzy okręgowych. Z uwagi jednak na wywody Dr. Marsa, który uważa chwilę obecną jako krytyczną dla kraju pod względem finansowym i za nieodpowiednią do starania się o podwyższenie należytości za szczepienie, tudzież ze względu na przypuszczenie, że Wydział krajowy dąży do tego, by w przyszłości wogóle tylko i wyłącznie lekarze autonomiczni szczepienie przeprowadzali, nie postanowiono na razie tu dalej idących postulatów.

W sprawie § 15, mówiącego o karach dyscyplinarnych, wyjaśnia Dr. Merunowicz, że w dawniejszym jego brzmieniu między karą grzywny aż do 200 kor. a karą usunięcia ze służby była zbyt wielka luka, która postanowieniem możliwości przeniesienia dyscyplinarnego zapełnioną zostaje. Jeżeli lekarz okręgowy staje się winnym tak daleko idącego przewinienia, że zajdzie potrzeba obecnie ukarania go aż przeniesieniem do innego okręgu, to zawsze przysługuje mu prawo dobrowolnego zrzeczenia się posady, co pod względem moralnym i dla uzyskania w przyszłości innej posady, jest dla niego lepszem, niż kara, która według dawniejszego brzmienia w takim przypadku zastosowaną być by musiała, to jest kara usunięcia ze służby.

Zgromadzeni jednak, uwzględniając dowolność zastosowania tego środka dyscyplinarnego wobec nieoznaczenia ścisłego przypadków, w jakich zastosowanym by być mógł i nieokreślenia sposobu postępowania dyscyplinarnego i składu Komisyi dyscyplinarnej, oświadczają się przeciw wprowadzeniu tego rodzaju kary dyscyplinarnej.

W końcu uchwalają zgromadzeni uprosić obecnych posłów sejmowych, a członków Komisyi sanitarnej, przedewszystkiem zaś referenta spraw lekarzy okręgowych, prof. Dr. Marsa, o poparcie w Sejmie w celu uzyskania uchwalonych poprawek i zadośćuczynienia wyrażonym życzeniom.

Z powodu spóźnionej pory i zmęczenia przeszło 5-godzinnemi obradami, odpadły z porządku dziennego inne referaty i przewodniczący zamknął posiedzenie, wyrażając gorące podziękowanie zgromadzonym, zwłaszcza gościom, którzy światłemi swemi uwagami i wyjaśnieniami przyczynili się w znacznej mierze do pomyślnego wyniku obrad, polecając jednocześnie sprawy omówione możnej Ich opiece.

Dr. Wiktor Natter, przewodniczący.

Dr. Julian Ustrzycki, sekretarz.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 27 października.

* **Z Sejmu.** Sejmowa Komisya sanitarna po trzydniowych obradach przyjęła referat prof. Marsa o „Sprawozdaniu z czynności departamentu sanitarnego Wydziału krajowego“. Następnie, na podstawie referatu posła Dr. Bednarskiego, uchwaliła sprawozdanie Wydziału krajowego o pomnożeniu okręgów sanitarnych. Wreszcie przyjęła sprawozdanie rektora Cybulskiego, załatwiające petycyę senatu i wydziału lekarskiego U. J. w sprawie utworzenia kliniki psychiatrycznej i chorób nerwowych w Krakowie, oraz kreowanie odpowiedniej katedry. Komisya przedłożyła Sejmowi wnioski wzywające rząd do jak najrychlejszego utworzenia tej kliniki i katedry, a Wydział krajowy do odstąpienia na ten cel potrzebnego gruntu z parcel, należących do szpitala św. Łazarza.

* Prof. Jaworski donosi nam, że dziewiąty i dziesiąty zeszyt dzieła zbiorowego „Nauka o chorobach wewnętrznych“ wyjdzie w grudniu t. r.

* Na wydział lekarski U J. do tej pory zapisało się 133 słuchaczów zwyczajnych, 16 nadzwyczajnych, tudzież 21 słuchaczek zwyczajnych. Ogólna liczba słuchaczów i słuchaczek w Uniw. Jagiel. wynosi 1816.

* W lecie b. r. grasowała w Cieszynie epidemia duru brzusznego. Na żądanie ministerstwa obrony krajowej krakowski Zakład higieny zaszczepił 1000 żołnierzy przeciw tej chorobie, również zastrzyknął 16 chorym na dur surowicę przeciwdurową, która miała działać nader pomyślnie, a według słów prof. Bujwida surowica ma bezpośrednio wpływać na obniżenie gorączki, sprowadza poty, a tem samem łagodzi i skraca bieg choroby. Dr. Eisenberg przebywa jeszcze w Cieszynie i przeprowadza badania i spostrzeżenia naukowe.

Co do pytania, skąd Cieszyn nabawił się epidemii duru, zapewniają nas, że zarząd miasta, zapobiegając tegorocznemu brakowi wody, wpuścił do wodociągu miejskiego wodę z podmiejskiej rzeczułki i wprost zakaził nią miasto. Po tylu doświadczeniach dotkliwych w innych miastach (Wiedeń, Zurych itd.) wpuszczanie wody z powierzchni ziemi do rur wodociągowych powinno być ustawowo zakazane, albo przynajmniej ujęte w pewne przepisy i warunki: niedostateczna ilość wody jest dotkliwą przykrością, której pojedynczo ludzie zaradzić sobie mogą; natomiast sprowadzenie epidemii drogą zanieczyszczenia wodociągu już jest karygodne, bo nieświadomością nikt dziś tłómaczyć się nie może.

* Z powodu pracy swej, wykonanej wspólnie z docentem Dr. Horoszkiewiczem, a ogłoszonej w formie monografii w „Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin“ p. t. *Experimentelle Studien zur Lehre vom Ertrinkungstod*, otrzymał prof. Wachholz zaszczytne słowa uznania od zagranicznych zawodowców. Między innymi nestor włoskiej medycyny sądowej, głośny prof. Arrigo Tamassia z Padwy, wystosował do prof. Wachholza następujący list: *Prof. Dr. Wachholz Cracovia. Polonia austriaca.* Drogi Kolego! Dzielę się z Tobą doznaną wielką radością z powodu Twojej i Twego asystenta pracy. Cześć Twojej szkole. Gdy będą odbitki z tej rozprawy racz mi przysłać jedną, a będzie to dla mnie cenna pamiątka. Pracujmy tak dalej, a wonczas nikt nie waży się powiedzieć, że medycyna sądowa jest zbytecznym dodatkiem do nauki lekarskiej. Przyjm tysiączne pozdrowienia od swego kolegi.“ *A. T.*

* Panna Marya Kucharzewska z Radomia otrzymała w Genewie dyplom doktora medycyny.

* Praga obchodzi 50-tą rocznicę doktoratu Edwarda Gregra b. docenta fizyologii, a następnie długoletniego członka Rady państwa znakomitego działacza na polu walki o prawa czeskiego narodu. Wydział lekarski czeskiego uniwersytetu w Pradze uchwalił uczcić jubilata odnowieniem dyplomu lekarskiego. Osobna komisya, złożona z dziekana prof. Horbaczewskiego i członków wydziału, profesorów Hlavy i Chodounskyego, wyraziła jubilatowi życzenia w imieniu Wydziału lekarskiego, na które Gregr odpowiedział, że ideały polityczne zniewoliły go opuścić drogę akademicką: ideały w całości nie ziściły się, ale przecież postęp narodu czeskiego we wszystkich kierunkach jest tak wybitny, że o byt swój Czesi mogą być bezpieczni. Przy tej okazyi, jakby dla porównania czasów przeszłych z teraźniejszymi, przypomniał, że gdy ogłosił swoją habilitacyę po czesku, z wyższych stanowisk dano mu do poznania, że mąż, który zapowiada wykład habilitacyjny po czesku, nie dosięgnie katedry profesorskiej na żadnym wydziale lekarskim.

* W 1-szym międzynarodowym Kongresie chirurgicznym, który odbędzie się w jesieni 1905 r., weźmie czynny udział prof. Rydygier, jako referent kwestyi „leczenia przerostu gruczołu krokowego.“

* Cholera w Rosyi coraz szersze zatacza kręgi i to tak w kierunku rosyjskich azyatyckich posiadłości, jak i w południowo-wschodnich guberniach, gdzie już dosięgła Ziemi dońskich kozaków.

* Międzynarodowy Instytut fizyologiczny wybudowany zostanie na Monte Rosa (3,025 m. nad pow. morza) i nosić będzie imię królowej Małgorzaty.

* Międzynarodowy Kongres hidro-klimatologii i fizyoterapii odbędzie się 10 października 1905 r. w Wenecyi.

* Pierwszy Kongres międzynarodowego Stowarzyszenia chirurgii zbierze się w Brukseli 1905 r. w miesiącu wrześniu pod prezydencyą Kochera.

* Między 2 a 8 października doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w dwóch gminach powiatu rawskiego, oraz o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim, dobromilskim, kałuskim, kolbuszowskim (po 1 gminie), rawskim (2 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stryjskim (2 gm.), tarnopolskim, zaleszczyckim i złoczowskim (po 1 gminie).

Nekrologia. Dr. Antoni Bałkowski, zmarł w Poznaniu w 58 r. życia. Dr. Tillaux, znakomity anatom i chirurg francuski, zmarł w Paryżu. W Pradze zmarł b. profesor fizyologicznej chemii Huppert w 72 r. życia.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Kossel mian. profesorem higieny w Giessen. Dr. Hoppmann mian. został prof. nadzwyczajnym laryngologii w Kolonii. Dr. Maracci mian. profesorem zwycz. fizyologii w Palermo.

Bibliografia.

— *Czasopismo lekarskie* Z. 9. Serkowski: Zarys semiotyki moczu (c. d.) Prechner: Krzywica w świetle poglądów współczesnych (dok.). Puławski: Przyczynek do leczenia płonicy surowicą swoistą. Sterling: O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 42. Gaszyński: Nowa metoda mierzenia miednicy przyrządem własnym. Hertz: Kilka uwag o znieczuleniach ogólnych ze specyalnem uwzględnieniem narkozy eterem (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 42. Jaworski: Zastosowanie stałego prądu elektrycznego łącznie z kolpeunyzą do leczenia przewlocznych poporodowych wynicowań macicy. Halpern: O zachowaniu się chlorków w ustroju, ich stosunku do powstawania obrzęków i znaczeniu w dyetetyce przy zapaleniu nerek (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 42. Frankenberger: O nálezech bakteryi w hrtanu se zvláštním zřetelem k bacillu tuberkulosnímu. Jerie: Sectio caesarea vaginalis sec. Dührssen. Zimmer: Claudiův katgut.

— *Revue v neurologii, psychiatryi, fisikalni a diaetetické therapii* C. 9. Chalupecký: Oční příznaky při traumatické neurose (c. d.). Zahradnický: O narkose skopalaminomorfiové.

— *Liečnički Viestnik* Z. 10. Žirovčić: Sudbeni slučaj u kojem je mlada seljačka žena osumnjičena, da je zadušila brata svoga supruga. Dežman: Aetiologija, prophylaxa i therapija tuberkuloze premadanašnjem stanju znanosti.

— *La Presse médicale* Nr. 82. Broca: Schorzenia stawów u krwawców. Nageottewilbouchevitca: Leczenie przeciwgnilne oparzeń i legenda „szczotkowania."

— Nr 83. Albarran: Hematurya w zapaleniu nerek. Kendirdjy i Berhaux: Znieczulenie chirurgiczne za pomocą wstrzykiwań stowainy pod oponę pajęczą.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 42. Doświadczenia nad szerzeniem się gruźlicy kobiecego narządu płciowego w ustroju. Lewin: Choroba a zatrucie. Boghean: Wyniki rytmicznego maszynowego ugniatania klatki piersiowej w leczeniu duszności, wywołanej chorobami płuc i serca, przy ratowaniu i zaburzeniach przemiany materyi. Wolff: Badania niektórych zagadnień odporności.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 42. Liehm: Przyczynek do nauki o zakażeniu zimniczem. Neumann: W sprawie korzyści z liczenia ciałek krwi dla rozpoznania i ustalenia wskazań w chorobach ginekologicznych. Jeney: Przypadek zwichnięcia w stawie Choparta.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 42. Rössle: Morfologiczne zmiany w czerwonych ciałkach krwi pod działaniem nieczynnej, swoistej litycznej surowicy krwi. Schott: Udawanie zboczeń umysłowych. Glitsch: Patogeneza porażenia narkotycznego. Büdinger: Przypadek odstoiny (sequester) płuca. Schwarzschild: Złamanie główki kości śródstopia. Müller: Przyczynek do wyjaśnienia powstawania odleżyn w połyku. Mayer: Trzymadło flaszki. Gebele: Opaska druciano-gipsowa.

Deutsche med. Wochenschrift Nr. 43. Bókay: O „czwartej chorobie" Dukesa. Ledderhose: Znaczenie zastawek żylnych i ich stosunek do żylaków. Wollenberg: Złamanie guzowatości kości goleniowej z odszczepieniem. Liermann: Leczenie złamań kości. Dührssen: Leczenie ciąży i porodu powikłanych guzami, zwłaszcza torbielem jajnika (dok.). Birnbaum: Ostre i wysokiego stopnia zatrzymanie moczu u ciężarnej, jako wczesny objaw wiądu. Hollstein: Przyczynek do kazuistyki samoistnej i sztucznej zgorzeli skóry na tle nerwowem. Juliusberg: Nabłoniak zakaźny gołębi i kur. Toff: Niektóre uwagi o stosowaniu yohimbiny.

Redakcya otrzymała. Mars: Klinika położniczo-ginekologiczna lwowska, jej powstanie, rozwój i wyniki. Steinhaus: Prace laboratoryum anatomii patologicznej szpitala żydowskiego w Warszawie.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 42 (od 16/X do 22/X) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 31, dz. 23; nieżywo: chł. 4, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 12 kob. 16; zamiejscowych: męż. 7, kob. 6.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 5, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 1, ob. —. 4) dławiec i błonica: miejsc. —, ob 3. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 3, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka pologowa: miej. —, ob. 2. 16) zakażenie przyranne: miej. 2, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 1. 21) nowotwory: miej. —, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 7, ob. 1. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob —. **Razem** miej. 28, obcych 13.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLIII. Kraków 5 Listopada 1904. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka uwag o dychawicy oskrzelowej *(asthma bronchiale).*

Podał

Prof. Dr. Pieniążek.

Pomimo licznych prac o dychawicy oskrzelowej istota tej choroby dotychczas nie została dostatecznie poznana tak, że w celu wyjaśnienia jej klinicznego obrazu uciekać się musimy do przypuszczeń mniej lub więcej prawdopodobnych, nie dających się jednak stanowczo uzasadnić. Nic w tem jednak dziwnego, skoro napady dychawicze nie sprowadzają zaduszenia, lecz przemijają po krótszem lub dłuższem trwaniu, a stąd odpada sposobność wykazania przez badanie pośmiertne anatomicznych zmian chorobowych, któreby tłómaczyły objawy powstałe za życia. Jeżeli wreszcie po długiem trwaniu dychawicy chory ulegnie cierpieniu, przyczyną jego śmierci nie będzie już napad dychawiczy, ale następstwa wywołane przez liczne i długotrwałe napady; nie można zatem i wtedy zmian anatomicznych, jakie się znajdzie przy badaniu pośmiertnem, uważać za przyczynę samej choroby, gdyż znaczna część ich może być tylko jej następstwem. To też w badaniu dychawicy ograniczeni jesteśmy jedynie do spostrzegania objawów chorobowych i ścisłego klinicznego badania za życia, a z tego dopiero wyciągać możemy wnioski co do istoty choroby. Tam jednak, gdzie jedynie obraz kliniczny stanowi podstawę do określenia odrębnej choroby, odgraniczenie jej dokładne od innych chorób mogących przedstawiać podobne obrazy kliniczne napotyka na pewne trudności. To też spotykamy się z wyrazem *„asthma“* przy bardzo rozmaitych stanach chorobowych, które najzupełniej się różnią od cierpienia, o którem tu mowa. Dla tego ostatniego przyjmuję tu nazwę powszechnie używaną *„asthma bronchiale“* (dychawica oskrzelowa); nie używam jednak nazwy często wreszcie spotykanej *„asthma nervosum“*, a to dlatego, że sama ta nazwa przesądza o przyczynie napadów dychawiczych, a przytem da się użyć dla stanów zupełnie innych, choć połączonych także z dusznością.

Pod względem klinicznym cechuje się dychawica oskrzelowa utrudnieniem oddechu, który napotyka na przeszkody w rozgałęzieniach oskrzeli. Przyczyny tego utrudnienia wobec braku badania pośmiertnego nie znamy dokładnie; klinicznie jednak możemy dychawicę oskrzelową stanowczo oddzielić od innych spraw chorobowych oskrzeli połączonych z utrudnieniem oddechu, jak od dławcowego ich zapalenia (*bronchitis crouposa*), albo nieżytowego zapalenia drobnych oskrzelek (*bronchitis capillaris*) i t. p. Zawsze też na podstawie badania klinicznego objawy towarzyszące dychawicy oskrzelowej musimy odnosić stanowczo do zwężenia gałązek oskrzeli; to zaś pozwala nam odgraniczyć ściśle dychawicę oskrzelową od zwężeń krtani, tchawicy, lub obu oskrzeli głównych, którym również utrudnienie oddechu towarzyszy. Cechującem dla dychawicy oskrzelowej jest występowanie jej napadowe i powstawanie nagle u ludzi, którzy poza napadami są zupełnie zdrowymi. To nagłe występowanie napadów dychawiczych wśród stanu prawidłowego i szybkie ich przemijanie dało powód do przypuszczenia, że powstają one pod wpływem kurczu okrężnych włókien mięsnych w tych gałązkach oskrzeli, które już nie posiadają chrząstnych pierścieni, lecz tylko ściany błoniaste, t. j. w oskrzelkach (*bronchioli*). Że w ścianach tych oskrzeli znajdują się mięśnie gładkie podłużne i okrężne i, że te ostatnie silniej od pierwszych są rozwinięte, zostało dostatecznie stwierdzone przez badania anatomiczne a stąd przypuszczenie kurczu tych mięśni wydaje się być uzasadnione; łatwo zaś ocenić, że w razie ściągnięcia się mięśni okrężnych światła oskrzeli, które posiadają ściany zupełnie błoniaste, zwęzić się muszą. Chociaż jednak hipoteza ta tłómaczy na pozór objawy dychawicy, to przecież przy bliższym rozbiorze nie okazuje się wystarczającą, gdyż nie da się pogodzić ze wszystkimi objawami, jakie się w dychawicy spotyka. Przedewszystkiem podnieść muszę, że pomiędzy typową, napadową dychawicą oskrzelową, a stanami do niej podobnymi, ale trwającymi znacznie dłużej, nie da się przeprowadzić ścisłe rozgraniczenie. Pomiędzy napadami dychawicy powstającymi nagle na kilka godzin, a trwającymi po dni kilka, przejście stanowią napady o trwaniu pośrednio długiem; podobnież łączą się napady kilkodniowe bez ostrej granicy z takimi samymi stanami chorobowymi, które trwają po kilka tygodni lub miesięcy, a te z takimi, które już nie ustępują więcej. Wszystkie te stany okazują podobne kliniczne objawy przedmiotowe; jeżeli zaś, rozwinąwszy się zwolna i trwając dłużej, nie wywołują takiej duszności, jak napady szybko powstałe, to odpowiada to temu, co we wszystkich zwężeniach dróg oddechowych stwierdzić można, to jest, że im zwężenie szybciej powstaje, tem większą wywołuje duszność, a im wolniej się wytwarza, tem wyższego dojść może stopnia, zanim uczucie duszności wywoła; wreszcie tak w długości trwania, jak i w szybkości powstawania, spotykamy pomiędzy tymi stanami bardzo wyraźne stopniowanie. Co więcej, dychawica oskrzelowa występująca w typowych napadach przejść może z czasem w taki sam stan trwający czas dłuższy, lub nie ustępujący już wcale, albo też przy dłuższem trwaniu takiego stanu występować mogą napadowo nagłe pogorszenia. Powszechnie mówimy o dychawicy oskrzelowej (*asthma bronchiale*) tam tylko, gdzie duszność i odpowiednie objawy przysłuchowe

występują napadowo; tam zaś, gdzie wytwarzają się one wolniej i trwają dłużej, odnosimy je do nieżytu oskrzelowego cechującego się skąpą wydzieliną (*bronchitis sicca*), a znaczniejszem natomiast obrzmieniem błony śluzowej oskrzeli, uważając ten nieżyt w danym razie nawet za następstwo dychawicy oskrzelowej. Do tego mamy tę podstawę, że objawy przysłuchowe, jakie tym stanom towarzyszą, odpowiadają rzeczywiście suchemu nieżytowi, a wreszcie zwykle bywa przytem i gęsta wydzielina wykrztuszana w małej ilości. Podobne jednak objawy towarzyszą także i napadowo występującej dychawicy, a w obec tego zapytać musimy: jakąż mamy podstawę do przyjęcia w jednym razie kurczu oskrzelek, a w drugim ich nieżytu, dla wytłómaczenia jednych i tych samych w obu razach objawów klinicznych? Jeżeli zaś podstawę tę stanowić ma szybkość powstawania i długość trwania choroby, to zachodzi pytanie: jakaż jest miara, według której oceniać mamy, czy kurcz, czy też suchy nieżyt oskrzeli w danym przypadku przyjąć należy? Zdaje się zupełnie logicznie, że jeżeli dychawica napadowa nie da się ściśle od dychawicy trwałej odgraniczyć, toć w obu szukać należy tej samej głównej przyczyny. W jednej z najnowszych prac o dychawicy oskrzelowej Dr. Goldschmidta (*Deutsche Praxis* 1903) spotykamy wymienione jako osobne rodzaje „*asthma chronicum*“ i „*asthma permanens.*“ Autor, który się opiera na bardzo licznych spostrzeżeniach, jakie od lat 20 w Reichenhall miał sposobność zebrać, nie może tych przypadków oddzielić od czystej, napadowo występującej dychawicy; widział on nieraz, że z dychawicy występującej przedtem napadowo wytwarzała się dychawica przewlekła trwająca po 6—10 tygodni, która potem ustępowała, aby po 3—4 tygodniach powrócić na nowo (*asthma chronicum*), albo też pozostawała na stałe (*asthma permanens*). Goldschmidt, określiwszy istotę dychawicy oskrzelowej według jej obrazu klinicznego, do niej też zalicza i stany powyższe; kto zaś pod tym względem ma doświadczenie własne, ten z nim zgodzić się musi, że stany te od dychawicy napadowej oddzielić się nie dadzą. Jeżeli zatem napady dychawicze przez kurcz oskrzelek tłómaczyć będziemy, to do tego samego tłómaczenia uciec się musimy i w tych przypadkach, w których z napadowej wyrobiła się dychawica przewlekła, albo też stała; jeżeli zaś te ostatnie formy odnosić będziemy do nieżytowych zmian w oskrzelach, to nie widzę podstawy, dla którejbyśmy podobne tłómaczenie dla napadów dychawiczych z góry odrzucać mieli. Samo szybkie powstawanie napadów nie jest jeszcze dostateczne, aby to tłómaczenie uważać za nieodpowiednie i jedynie w kurczu oskrzelek szukać przyczyny napadów.

Zwyczaj odnoszenia objawów, których nagłego powstania wytłómaczyć się nie umie, do działania nerwów, jest w medycynie dość zakorzeniony; jeżeli kto jednak, to laryngolog, u którego autopsya odbywa się już za życia, ma nieraz sposobność przekonać się naocznie, jak często tłómaczenie takie jest błędnem. I tak spotykaliśmy się z odnoszeniem napadów rzekomego krupu do kurczu głośni, gdy tymczasem polega on na obrzmieniu błony śluzowej pod brzegami strun głosowych, jak to zapomocą laryngoskopu stwierdzić można. W przypadkach ugniecenia tchawicy, zwłaszcza przez wól, zdarza się nieraz, że oddech, który przy spokojnem zachowaniu się nie wydawał się być utrudnionym, doznaje nagle znacznego utrudnienia, które po pewnym czasie przechodzi. Jakże często spotykaliśmy się tu z twierdzeniem, że wól, gniotący na nerw krtaniowy dolny, nie tak jednak silnie, by sprowadzić jego porażenie, wywołuje przez zadrażnienie kurcz głośni (z powodu stale obustronnego działania mięśni krtaniowych), a ten jest przyczyną nagłego utrudnienia oddechu. Gdyby tak było, to musielibyśmy w przypadkach porażenia tego nerwu skutkiem ugniecenia, jak zwłaszcza przy wolu, miewać przedtem napady kurczu głośni, boć ugniecenie to nie mogło odrazu porażenia wywołać; tymczasem napady nagłego utrudnienia oddechu spotykamy tu jedynie wtedy, kiedy i sama tchawica jest ugniecioną, a wtedy łatwo całą rzecz wyjaśnić bez przypuszczania kurczu głośni. Pominąwszy bowiem nagłe zwiększenie się zagięcia lub okręcenia tchawicy około jej osi, które jej zwężenie znacznie i nagle zwiększyć może, stwierdzić możemy nieraz laryngoskopem, że wązka szpara, jaka w tchawicy do oddechu pozostawała, przez małe już obrzmienie jej brzegów znacznie większemu jeszcze zwężeniu uległa, albo też że zalega ją gęsta wydzielina, której odkrztuszenie napotyka na trudności. Nagłe pogorszenia oddechu wydarzają się wreszcie nietylko przy zwężeniach, pochodzących z ugniecenia, ale przy wszelkiego rodzaju zwężeniach tchawicy lub krtani i nie jest to rzeczą rzadką, że zwolna postępujące zwężenie wywołuje obok stopniowo postępującego utrudnienia oddechu od czasu do czasu napady duszenia się (skutkiem nagłego zwiększenia się zwężenia), które zrazu mijają po pewnym czasie. Jeżeli mamy przy zwężeniu szparę na dwa milimetry szeroką, to przy obrzmieniu jej brzegów z obu stron na pół milimetra tylko stanie się ona już dwa razy węższą, a przytem i krótszą, niż była przedtem tak, że oddech znacznego już dozna utrudnienia; jeżeli zaś mamy otwór okrągły, to ten w razie obrzmienia tkanki otaczającej go maleć będzie w stosunku kwadratów swego promienia, a więc bardziej jeszcze, niż szpara podłużna. Mały zaś stopień obrzmienia, zwłaszcza w miejscu zwężonem, które jest narażone na silniejsze tarcie powietrza, powstać może bardzo łatwo i szybko, a chory, czując zawadę w oddechu, stara się ją za pomocą kaszlu usunąć, przez co miejsce zwężone tylko drażni i do tem większego obrzmienia doprowadza; a wreszcie i bez tego, oddychając głębiej i silniej, odczuwa przeszkodę w oddychaniu, której nie doznawał, jak długo oddychał jeszcze płytko i powoli. Może się też miejsce zwężone oblepić gęstą wydzieliną, która będzie trudną do wykrztuszenia, a zalegając szparę, służącą do oddechu, zwężać ją będzie tem więcej; podobnież utrudniać będzie oddychanie wydzielina nagromadzona poniżej, która, kaszlem poruszona, niełatwo przez miejsce zwężone przedostać się może.

W podobny sposób, jak nagłe pogorszenia oddechu przy zwężeniach krtani lub tchawicy, możemy też wytłómaczyć szybkie powstawanie zwężenia gałązek oskrzelowych, na którem napady dychawicy polegają. Gałązki te, posiadając okrągłe a małe światło, łatwo przy niewielkiem obrzmieniu ich błony śluzowej stać się mogą znacznie węższemi; obrzmienie to zaś tem łatwiej powstać może, że nie posiadają one chrząstnych pierścieni, które powstanie obrzmienia utrudniają. Wiemy mianowicie z doświadczenia, że w tchawicy, której błona śluzowa nie tak łatwo wogóle podlega obrzmieniu, najłatwiej jeszcze obrzmiewa ściana tylna, gdy błona śluzowa ponad pierścieniami chrząstnymi, będąc ściślej

z podstawą spojona, obrzmiewa trudniej, oraz w mniejszym stopniu. Przy jednostajnem obrzmieniu błony śluzowej w rurkach oskrzelowych obrzmiewać też muszą ich grzebienie podziałowe, a obrzmienie to najwięcej do powstania zwężenia przyczyniać się musi; obrzmiały bowiem grzebień podziałowy zaokrągla się i wypukla w rurkę oskrzela, zwężając równocześnie obie od niego odchodzące gałązki, których błona śluzowa jest także obrzmiała. Stany tego rodzaju można w odpowiednich przypadkach stwierdzić przy dolnej tracheoskopii na grzebieniu podziałowym tchawicy. Tak więc obrzmienie błony śluzowej, i to obrzmienie niewielkiego stopnia, może wystarczyć w zupełności do zwężenia wązkich rurek oskrzelowych, a tem samem i do utrudnienia oddechu. Takie obrzmienie przyjąć też musimy w silnych nieżytach oskrzeli połączonych z dusznością, a nie mających związku z napadami dychawicy, jakie powstają czasem w t. zw. nieżycie siennym, w grypie, a nawet i samoistnie; natury nieżytowej cierpienia dowodzi w nich obok nieżytu tchawicy, krtani, a często i nosa, także wytworzenie się w dalszym jego przebiegu wydzieliny w oskrzelach. Aby jednak módz przyjąć obrzmienie błony śluzowej oskrzelek za przyczynę dychawicy, musimy wykazać, że może ono powstać tak szybko, jak zwężenie oskrzelek w napadach dychawiczych się wytwarza. Oprócz wyżej podanych uwag co do nagłych pogorszeń oddechu przy zwężeniach krtani i tchawicy, zwrócić tu muszę uwagę, jak szybko powstają obrzęki języczka lub przedsionka krtani, które Strübing oznaczył nazwą *„oedema angioneuroticum“*; a przecież obrzęki te dochodzą nawet bardzo wysokiego stopnia. — Podnieść też muszę, jak szybko wystąpić może na skórze pokrzywka, polegająca na obrzmieniu brodawek skórnych (oedema corporis papillaris cutis); choć sama skóra (w odróżnieniu od tkanki podskórnej) pewnie nie jest podatniejszą dla powstania obrzęku, niż błona śluzowa oskrzelek. Napady dychawicze, jakkolwiek szybko powstają, nie mogą jednak być porównane z kurczem głośni, którego prawdziwie nagłe powstawanie wyłącza stanowczo wszelkie inne tłómaczenie. W dychawicy wytwarza się zwężenie oskrzelek przez pewien, choćby niedługi czas stopniowo, zanim się da uczuć choremu; jeżeli jednak chory, uczuwszy przeszkodę w oddychaniu, stara się ją usunąć silniejszemi oddechami, a zwłaszcza kaszlem, to oddech, który wystarczał jeszcze przy zupełnie spokojnem zachowaniu się, będzie już nie wystarczającym przy oddychaniu nasilonem. Dzieje się tu zatem to samo, co przy wszystkich zwężeniach dróg oddechowych, które do pewnego stopnia dość dobrze bywają znoszone, aż pod wpływem nasilonego oddychania, a zwłaszcza kaszlu, wywołują dopiero znaczne utrudnienie oddechu. To też i w dychawicy można za pomocą przysłuchu stwierdzić przed powstaniem napadu zwężenie oskrzelek, choć chory jeszcze duszności nie doznaje. Tak więc, obrzmienie błony śluzowej w rozgałęzieniach oskrzeli tłómaczy równie dobrze powstawanie napadów dychawiczych, jak kurcz mięśni okrężnych w oskrzelach nie posiadających już pierścieni chrząstnych; przytem pierwsze tłómaczenie odpowiada także w zupełności dychawicy przewlekłej lub stałej, dla której trzebaby chyba przyjąć kurcz o niemożliwie długiem trwaniu, albo też ją oddzielić w zupełności sztucznie i dowolnie od dychawicy napadowej, przyjmując dla każdej z nich zupełnie inną przyczynę. To też obok hipotezy kurczu oskrzelek spotykamy się z hipotezą obrzmienia ich błony śluzowej w celu wytłómaczenia napadów dychawiczych. Przedstawicielem tej ostatniej teoryi był zwłaszcza Stoerk, który jeszcze przed przeszło 30 laty hipotezę kurczu oskrzelek w dychawicy stanowczo odrzucał. Rozbiór szczegółowy objawów klinicznych dychawicy pozwoli nam najlepiej ocenić, która z tych dwóch hipotez jest odpowiedniejszą. (C. d. n.)

II. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych wojskowej Akademii lekarskiej w Petersburgu.

Rola gonotoksyny w powstawaniu chorób rzeżączkowych.

Podał

Dr. med. Zdzisław Sowiński,

ordynator kliniki.

(Dokończenie.)

Oprócz przytoczonych wykonano jeszcze doświadczenia mieszane, w których oba rogi maciczne przewiązywałem 3—4 podwiązkami, tak iż każdy róg dzielił się na 2—3 zupełnie oddzielone od siebie jamy, dokąd wstrzykiwałem albo: — z jednej strony opisane wyżej hodowle w przytoczonem rozcieńczeniu bulionowem, a z drugiej te same hodowle, lecz rozcieńczone odpowiednią ilością gonotoksyny (bez własności ropotwórczych), albo sztucznie wytworzone jamy z rozcieńczoną hodowlą bulionową szły na przemian z jamami, do których zaszczepiono hodowle, rozcieńczane odpowiedniemi ilościami gonotoksyny.

I w tym przypadku ropienie otrzymywaliśmy tylko tam, gdzie wstrzyknięto mieszaninę hodowli z gonotoksyną. Cały ten zatem szereg doświadczeń dowodzi, że gonotoksyna, nawet nie mająca własności ropotwórczych, osłabia odporność tkanek, ponieważ tak niezłośliwe drobnoustroje, jak gronkowiec biały, prątek okrężnicy i prątek ropy błękitnej, które przy prawidłowym stanie tkanek nie wywołują odczynu zapalnego w jamie rogów macicznych, tutaj — w połączeniu z podobną gonotoksyną — wywoływały gromadzenie się do 2 c. sz. ropy.

Obecnie przejdziemy do wyjaśnienia wpływu drobnoustrojów ropotwórczych na tkanki, zmienione poprzednio przez działanie gonotoksyny. Najpierw opiszę wyniki badań pośmiertnych, dokonanych w czasie stosunkowo długim po zastrzyknięciu gonotoksyny do rogów macicznych. Zrobiono dwie autopsye: jedną po 48 dniach, drugą w 50 dni po zastrzyknięciu. W obydwu przypadkach rogi były zlekka rozszerzone i zaledwie gdzieniegdzie widać było już stałe, żółtej barwy złogi, pływające w cieczy przeźroczystej. Szczepienia z nich pozostały jałowe. Badanie drobnowidowe owych złogów stwierdziło obecność jedno- i wielojądrzastych komórek, tkwiących albo w siatce włóknikowej, albo luźno leżących kupkami w większej lub mniejszej ilości.

Badając po śmierci na 90—100 dzień po wstrzyknięciu gonotoksyny rogi maciczne, żadnych w nich zmian spostrzedz nie mogłem. Owych złogów, przebijających przez ściany, nie widziałem. Badanie rogów zapomocą strzykawki nie stwierdziło obecności wolnego płynu.

Na podstawie wyników tych późnych autopsyi należy

przypuścić, iż ropa w macicy u królików, nagromadzona wskutek działania gonotoksyny, może się wessać. Późniejsze doświadczenia moje wykonałem na królikach, którym poprzednio wstrzykiwałem gonotoksynę i które zupełnie powróciły do zdrowia.

Wstrzykiwałem opisane wyżej osłabione hodowle gronkowca białego, prątka okrężnicy i prątka ropy błękitnej w tych samych dawkach i w tem samem rozcieńczeniu do rogów, do których przed 90—100 dniami wstrzykiwano gonotoksynę, która, jak wiadomo, w 18 przypadkach wywoływała ropienie w rogach, a więc z całą pewnością można twierdzić, iż i tutaj w swoim czasie znaleźlibyśmy ten sam obraz.

Jak powiedzieliśmy wyżej, rogi okazały się zupełnie prawidłowemi, nie zawierały cieczy. Ponieważ takich królików miałem tylko sześć, więc z każdą hodowlą wykonałem dwa doświadczenia.

Każdą z 3 hodowli osłabionych wstrzykiwałem w ilości 5 kropli (w wyżej przytoczonem rozcieńczeniu bulionem) do rogu zdrowego i do rogu, na którym już wykonywano doświadczenie. Od 5—8 dnia robiłem badania pośmiertne zwierząt i okazało się, iż w rogach zdrowych zmian żadnych nie było, wszystkie natomiast rogi, na których dawniej wykonano doświadczenia, były wypełnione płynem ropnym, którego było 1,5—3 c. sz. Szczepienia tej ropy dawały czyste hodowle tych drobnoustrojów, jakich użyto w każdym poszczególnym przypadku.

A zatem chociaż nacieczenia ropne w rogach macicznych, wywołane przez gonotoksynę, ulegają wessaniu, jednak sama gonotoksyna, jak widać, sprowadza takie zmiany w tkankach, iż stają się one w porównaniu do zdrowych mniej odpornemi na wpływy tego samego czynnika szkodliwego.

Z drugiej znów strony zupełne wessanie się ropy, wywołanej przez działanie gonotoksyny, mimowolnie nasuwa na myśl następujące przypuszczenie: Gdyby w przewlekłych sprawach rzeżączkowych wszelkie zaostrzenia choroby, szczególnie wyraźnie występujące w narządzie płciowym kobiecym (zapalenie trąbek), wyłącznie zależały od gonotoksyny, wytwarzającej się w przestrzeniach zamkniętych, jak to przypuszcza Masłowski, to należałoby przypuścić istnienie w ustroju warunków pozwalających, by ciało chemiczne bardzo złożone, jakiem jest gonotoksyna, o własnościach trujących utrzymywało się w ustroju tym całe lata, wywoływało te lub inne swoiste zmiany, nie ulegając jednocześnie rozpadowi. Z drugiej strony znów — powiodłoby mi się wywołać doświadczalnie odczyn zapalny przy pomocy ropy, nagromadzonej w macicy królika, wstrzykując ją do rogu innemu zwierzęciu. Jak widzieliśmy, warunków podobnych, t. j. dozwalających gonotoksynie przechować się w ustroju, niema. A więc z wielkiem prawdopodobieństwem na podstawie swoich doświadczeń mogę przypuścić, iż przewlekłe sprawy rzeżączkowe i powtarzające się zaostrzenia choroby zależą od dwoinek rzeżączkowych, do czasu tylko tkwiących spokojnie w nieznacznej liczbie w tkance chorobą dotkniętej. W tkance tej przy pewnych sprzyjających okolicznościach [zewnętrzne wpływy drażniące (spółkowanie)] raptownie poczynają się rozmnażać żywe zarazki. Albo też zaostrzenia rzeżączki zależeć mogą od tego, iż mniej już odporna błona śluzowa staje się odpowiedniem podłożem dla wzmocnienia się swych stałych mieszkańców (gronkowce, prątek okrężnicy, prątek ropy błękitnej), jak to widzieliśmy powyżej, i w ten sposób powstają warunki dla nowych wybuchów sprawy zapalnej. Wszystko to najzupełniej zgadza się z własnościami biologicznemi dwoinki rzeżączkowej.

Wnioski, jakie wysnuć można z mej pracy doświadczalnej, są więc następujące:

1. Wstrzykiwanie gonotoksyny zwierzętom pod skórę, do jamy rogów macicznych, a niekiedy i do jamy brzusznej może wywołać tworzenie się ognisk ropnych.

2. Ciała dwoinek rzeżączkowych i przesącz ich płynnych hodowli mają nader słabe własności ropotwórcze.

3. Doświadczenia porównawcze z wprowadzeniem zwierzętom białka surowiczego, strąconego zapomocą wyskoku z bulionu puchlinowego, wskazują, iż ciało to nie wywiera ani miejscowego ropotwórczego, ani ogólnego działania.

4. Wyjaławianie hodowli osłabia ich własności ropotwórcze.

5. Gonotoksyna, o ile się zdaje, rozpada się w ustroju; ogniska ropne, wywołane przez nią w przestrzeni zamkniętej rogów macicznych, mają skłonność do wsysania się z biegiem czasu.

6. Gonotoksyna w znacznej mierze osłabia odporność tkanek.

7. Drobnoustroje ropotwórcze (gronkowiec biały, prątek okrężnicy i prątek ropy błękitnej) mogą mieć znaczenie czynników, przewlekających przebieg sprawy rzeżączkowej, przyczem jadowitość ich się wzmaga.

8. Przypadków przewlekłych spraw rzeżączkowych niepodobna tłómaczyć działaniem gonotoksyny, nagromadzonej np. w zamkniętej przestrzeni jajowodów, bez obecności żywych dwoinek rzeżączkowych. Do rozwoju przewlekłej rzeżączki konieczną jest albo obecność żywych dwoinek, albo sprawa może być podtrzymywaną przez drobnoustroje ropotwórcze, lecz wtedy traci swoje cechy swoiste.

Piśmiennictwo. 1. Eraud i Huguonenq: Sur un microbe pathogène de l'orchite blennor. Acad. des scienc., 27 févr. 1893. — 2) Risso: Culture del gonococco a scapo clinico. Riforma medica, 1892, t. II, Nr. 118, str. 507. — 3) Steinschneider: Berlin. klin. Wochenschr. 1890, Nr. 24, str. 533. Berlin. klin. Wochenschr. 1893. Nr. 29—30, str. 697 i 728. Berlin. klin. Wochenschr. 1895, Nr 45 Berlin. klin. Wochenschr. 1897, Nr. 18. — 4) Finger, Ghon i Schlagenhaufer: Arch. f Dermat. u. Syph. 1894, Bd. 28. — 5) Wertheim: Deutsch. med. Wochschr. 1891, Bd. 17, str. 1351. Arch. f. Gynaekol. 1892, Bd. 42, str. 24. Arch. f. Gynaekol. 1894, Bd. 42, str. 25. — 6) Schäffer: Fortschr. der Medicin. 1897. Bd. 15, Nr. 21, str. 813. — 7) Nicolaysen: Centralbl. f. Bakt. u. Parasit., 1897, Bd. 22, Nr. 12—13, str. 305. — 8) De Christmas. Annal. de l'Institut Pasteur 1897, p. 609, sierpień, oraz 1900 Nr. 5. — 10) Laitinen: Centr. f. Bakt., 1898, Bd. 23, str. 874. — 11) Panichi: La Settimana medica, 1899, Nr. 34, str. 397—399. — 12) Scholtz: Arch. f. Dermat. u. Syph. 1899, Bd. 49, str. 3. — 13) Maslovsky: Annal. de gynaekol. et d'obstetriq. 1900. Zurnał Akuszerstwa i Zenskich bolježniej' 1899, t. XIII. S. Petersburg. — 14) Moltschanoff. Münch. med. Woch. 1899, Nr. 31. — 9) Wassermann: *a*) Berlin. klin. Wochenschr. 1897, Nr. 32, *b*) Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskrankheiten, 1898, Bd. 27, str. 311.

* * *

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. O. Haab. (Zürich). **Atlas und Grundriss der Lehre von den Augenoperationen.** (Lehmann's Medicinische Handatlanten Bd XXXI, 1904).

Ruchliwa firma Lehmanna w Mnichowie wydała nowy atlas podręczny, już trzeci z zakresu oftalmologii: pierwszy z tych trzech atlasów przedstawia zewnętrzne schorzenia oczne, drugi obrazy oftalmoskopijne, a obecnie mamy przed sobą dziełko, ozdobione 30 barwnemi tablicami, artystycznie wykonanemi przez malarza Finka, a przedstawiającemi nadzwyczaj plastycznie poszczególne operacye oczne w różnych okresach ich przebiegu, oraz wejrzenie oczu przed i po wykonaniu niektórych operacyi plastycznych. Każda tablica jest opatrzona dokładnemi objaśnieniami, a przy niektórych przytoczone są nawet historye chorób, co każe się domyślać, że obrazy te są wierną podobizną rzeczywiście spostrzeganych i operowanych przypadków. Poza tem tekst zawiera jeszcze 154 rycin niekolorowanych, przedstawiających przeważnie narzędzia, służące do wykonania omawianych operacyi.

Tekst wyszedł z pod kompetentnego pióra prof Haaba z Zurychu (podobnie, jak teksty obu poprzednich atlasów oftalmologicznych) i stanowi mały podręcznik chirurgii okulistycznej. Powiedziałbym tylko, że jak na podręcznik tak rozległego przedmiotu, jak operacye oczne, jest on cokolwiek za szczupły, a jako tekst do obrazów atlasu grzeszy może miejscami rozwlekłością. To jednak błąd łatwy do wybaczenia, bo autor opisuje bardzo szczegółowo tylko najważniejsze i powszechnie stosowane zabiegi operacyjne, ilustrując wszystkie bądź obrazami na tablicach, bądź rycinami w tekście. Niektóre natomiast operacye, czyto takie, co nie pozyskały sobie ogólnego uznania (np operacye stożka rogówkowego, lub wszelkie operacye dla wyleczenia oderwania siatkówki), czy wreszcie takie, które są dopiero muzyką przyszłości (np. keratoplastyka), — pomija autor zupełnem milczeniem, — i z tego nie można mu czynić zarzutu. Operacye, które zyskały sobie prawo obywatelstwa w chirurgii ocznej, omówione są za to wszechstronnie i wyczerpująco, a zwłaszcza ekstrakcya zaćmy, irydektomia, wydobywanie odprysków żelaza z oka (do czego autor gorąco poleca swój olbrzymi elektromagnes), wreszcie różne operacye na mięśniach ocznych zewnętrznych (17 różnych metod). Należy podnieść, że prócz samej techniki wykonania uwzględnia autor także wskazania do każdej operacyi i warunki, jakich dany zabieg wymaga. W rozdziale o operacyi zaćmy wspomina o usuwaniu zaćm niedojrzałych przy użyciu wypłukiwania resztek kory metodą, wyd skonaloną i z dobrymi wynikami stosowaną przez prof. Wicherkiewicza.

Obszerny opis poświęca autor operacyi Kroenleina, którą zaleca nietylko jako zabieg przedwstępny do wyłuszczenia nowotworów z poza gałki ocznej, ale nawet jako zabieg czysto dyagnostyczny w razach wątpliwego rozpoznania. Operacya ta, która polega, jak wiadomo, na tymczasowem wypiłowaniu zewnętrznej kostnej ściany oczodołu, nie przedstawia przy postępowaniu aseptycznem żadnego niebezpieczeństwa.

Przeciw opadnięciu powieki górnej *(ptosis palpebrae superioris)* opisuje autor aż 12 różnych metod operacyjnych, przeciw podwinięciu powieki *(entropion)* 10 metod, przeciw wywinięciu powieki *(ectropion)*, również kilka typowych zabiegów operacyjnych; operacye zaś w ścisłem tego słowa znaczeniu plastyczne przedstawia więcej ogólnie, wychodząc słusznie z założenia, że prawie każdą blefaroplastykę musimy do pewnego stopnia improwizować, a rzadko kiedy możemy się trzymać niewolniczo szematów cięć i figur geometrycznych, kreślonych z takiem upodobaniem przez twórców metod plastycznych.

Na końcu książki znajdujemy opis instrumentaryum do leczenia zwężeń i ropotoku dróg łzowych, oraz opis operacyi wyłuszczenia woreczka łzowego.

W całości sprawia dziełko korzystne wrażenie przez to, że nad robotą kompilacyjną góruje w niem osobiste wytrawne doświadczenie autora i jego gruntowna zawodowa znajomość rzeczy — a prócz tego zaleca się ono bardzo starannym, systematycznym układem, przedstawieniem jasnem i zrozumiałem zawikłanych nieraz sposobów operacyjnych, a nadewszystko bogactwem dobrych rycin i pięknych, a wiernie rzecz oddających chromolitografii.

Doc. K. W. Majewski.

C. H. Stratz. **Der Körper des Kindes.** (Drugie wydanie. Stuttgart, 1904. Nakładem Enkego. 248 str. 187 rycin i 2 tablice kolorowane).

Autor postawił sobie za zadanie opisać dziecko zdrowe, a w szczególności jego kształty zewnętrzne. Jest to zadanie po raz pierwszy podjęte w tej formie; a podkreślić to należy, że podjął się tej pracy lekarz, a nie anatom lub artysta. Dziełko to też pod każdym względem może zadowolnić najwybredniejsze nawet wymagania, a wymownym dowodem uznania świata lekarskiego dla pracy Stratza jest pojawienie się w krótkim przeciągu czasu drugiego wydania. Książeczka ta jest wspaniale wyposażona i ilustrowana; napisana językiem jasnym i przejrzystym, z pewnością niejednego lekarza pobudzi do dokładniejszego spostrzegania wad i usterek ciała dziecięcego, a w ręku laika nie wywoła szkodliwego wpływu, często wywieranego przez czytanie dzieł lekarskich, lecz owszem wskaże mu niejeden moment dotychczas zaniedbany, a niejednokrotnie doniosły, w spostrzeganiu rozwoju dziecka. *Dr. Jan Landau.*

IV. Wyciągi.

Bornstein. **O metodach leczenia odtłuszczającego.** (*Die Therapie der Gegenwart* 1904, wrzesień). Leczenie odtłuszczające polega w pierwszym rzędzie na przestrzeganiu pewnych zasad dyetetyki; dla utrwalenia zaś otrzymanego wyniku służy leczenie fizykalne, a najmniejszą rolę odgrywają leki apteczne. Nigdy nie należy odtłuszczać według pewnego szematu, lecz do każdego chorego trzeba zastosować odpowiednią dla przypadku metodę. Z trzech głównych środków odżywczych: białko, tłuszcz i węglowodany, oba ostatnie wytwarzają tłuszcz, szczególnie jeśli bywają spożywane w nadmiarze. Białko, spożyte w nadmiarze, zaoszczędza tylko tłuszcz. Kto zatem zawiele waży, musi mniej jeść, a szczególnie węglowodanów i tłuszczu. Jeśli Ebstein swoją metodą, dozwalającą znaczne ilości tłuszczu, osiąga mimoto dobre wyniki, to tylko dlatego, że redukuje on przytem ilość jadła, a powtóre tłuszcz jest bardzo sycącym pokarmem i odstręcza od innego jedzenia. Lekarz powinien urządzić leczenie tak, by chory nie żalił się na przykro uczucie głodu, powstające po miernem odżywianiu i to osiąga się przez zalecanie jadła, którego wartość odżywcza nie stoi w żadnym stosunku do jego objętości. Dlatego też chleb czarny, szczególnie obfitujący w drewnik, ziemniaki, groch i t. p., z których mniej lub więcej znaczna część wychodzi niezużyta z kałem, niesłusznie są wyrugowane z dyety tłustych. By ułożyć plan odtłuszczania, musi lekarz nietylko poznać przyczynę otłuszczenia w danym przypadku, t. j. ilość spożywanych pokarmów, lecz uwzględnić także wiek, zawód i wszelkie nawyknienia życiowe; wtedy przepisy nie będą się odnosić tylko do jedzenia i picia, lecz wogóle do uregulowania całego trybu życia. Nie koniecznem jest też obliczać natychmiast wszystko dokładnie na ciepłotki i gramy, wystarczy powiedzieć choremu: od jutra masz jeść na śniadanie połowę tego pieczywa i masła, które spożywałeś do tej pory; również ująć należy z obiadu, kolacyi i t. d. znaczną część chleba i tłuszczu. Można też z początku mniej ująć, a później więcej. Nie potrzebujemy jednak głodzonemu niczego odbierać ze zwykłych jego pokarmów, co mu już uprzyjemnia całe leczenie. Przytem zalecamy pokarmy znacznej objętości, posiadające większą wartość sycenia, niż żywienia, gdyż uczucie sytości zależy więcej od wypełnienia żołądka, niż od wartości jadła. I tak n. p. chleb czarny poleca się bardziej, niż biały, bo im chleb ciemniejszy, tem więcej zawiera ciężko strawnych części i tem bardziej syci. To samo tyczy się trwożnie unikanych ziemniaków, które otyli właśnie chętnie jedzą. Z drugiej strony zaś zalecane poniekąd leczenie ziemniakami

również jest bezpodstawne. Wogóle przepisy mają odpowiadać dotychczasowemu trybowi życia, nie zabraniać, czego chory bardzo pragnie, i nie zalecać nieznanych nowych potraw. Zupełnie zbytecznem jest karmić otyłych tylko pokarmami suchymi, a zakaz używania rosołów i ograniczenie w piciu wody jest niczem nie usprawiedliwionem znęcaniem się. Im więcej wody przez tkanki przechodzi, tem obfitsze jest wypłókiwanie wytworów przemiany materyi. Niema też żadnego dowodu, że woda wywołuje otłuszczenie, lub naodwrót, że odebranie wody wychudza otyłych. Kto chce zeszczupleć, niech się głodzi, lecz nie suszy. Nie wolno tylko zamieniać wody na pożywne piwo, a picie wody trzeba uregulować według uczucia pragnienia, nie zaś według czysto teoretycznych zapatrywań. Zalecane w nowszych czasach picie większych ilości wody zimnej niema prawie żadnej wartości odtłuszczającej i obciąża tylko żołądek nadmierną ilością. Wartość pożywna rosołów jest po największej części minimalną, jeśli nie są przyprawione tłusto lub pożywnie. Przeciwnie, rosoły zwykle napełniają, a zatem sycą, nie mając przytem znacznej wartości pożywczej. Natomiast jarzyny i owoce odgrywają wielką rolę w żywieniu otyłych: pierwsze, przyprawione niezbyt tłusto, a drugie, jako kompoty, niezbyt słodko. Cukier bowiem jest jednym z najlepszych środków pożywnych i w większych ilościach spożyty, powiększa, względnie oszczędza tłuszcz. Dlatego zaleca się do osłodzenia sacharynę, nie mającą wartości pożywczej i służącą tylko jaka przyprawa. Prócz tego sacharyna odciąga nieco wody i zmniejsza łaknienie, co w tym przypadku nie należy do błędów.

Przy odtłuszczaniu powinno się uważać, by ustrój tracił tylko tłuszcz, nie zaś białko, które przeciwnie należy o ile możności zwiększyć. Przy zwykłych sposobach odtłuszczania tylko z trudnością daje się zapobiedz utracie białka, a następstwa forsownego odtłuszczania bywają czasem niepożądane, mianowicie występują zaburzenia ze strony serca i układu nerwowego. Nadto należy zważyć, że stan białka w ustroju otłuszczonym rzadko jest dostatecznym, dlatego należy białko to powiększyć. Lecz białko nie znaczy to samo, co mięso, i dawki białka należy zwiększać w postaci białka mlecznego i roślinnego. Natomiast wielkie dawki mięsa zawierają nadmierną ilość niepotrzebnych i po części szkodliwych istot wyciągowych. Do podniesienia białka nadają się w nowszych czasach zalecano białka z mleka; nutroza, plasmon, sanatogen, bioson, lub białka roślinne: aleuronat, roborat i inne. Bornstein podaje trzy razy dziennie po łyżce przetworu białka z mleka z dodatkiem soli kuchennej w zawiesinie z wodą zimną lub selterską w przerwach między jedzeniem, a nieco owoców przedtem lub potem usuwa głód, zwiększa białko, a dla tłuszczu jest obojętnem. By poprawić stan białka, wymaganą jest również praca mięśniowa. Jednak B. nie zmusza otyłych do chodzenia przy każdem powietrzu; znaną bowiem jest rzeczą, że otyłych i w łóżku można odtłuszczać, jak również utuczyć biegających listonoszów. Nawet przy większych marszach po terenie równym bardzo mało się traci; więcej przy chodzeniu po górach. B. zaleca energiczną pracę mięśniową nietyle dla utraty tłuszczu, ile dla zyskania białka, bo przemiana materyi białkowatych przez to się zwiększa. Mięsienie podnosi przemianę materyi, nie usuwając jednak znacznych ilości tłuszczu. Drugim ważnym czynnikiem fizycznym jest leczenie wodą, borowiną i t. p. Kąpiele obojętne o ciepłocie 27—28° R. mają wartość tylko hygieniczną. Na przemianę materyi działają tylko kąpiele chłodne i gorące. Nie wolno jednak przesadzać w stosowaniu zimna, które niedokrewni źle znoszą. Lepiej dopisują kąpiele gorące (jakich w Japonii każdy codziennie używa); kąpiele świetlne, parowe, borowinowe, fangowe i t. d., które wzmagają utratę wody i wydalenie wytworów przemiany materyi drogą moczu i potu. Prócz tego kąpiele gorące czynią człowieka odporniejszym (jak już Prof. Baeltz w Tokio pisał o Japończykach), usuwając uczucie zmęczenia. Przeciwwskazaniem dla stosowania gorących kąpieli i pracy mięśniowej będą oczywiście zaburzenia sercowe i naczyniowe. Otyłość nie jest chorobą ostrą i dlatego leczenie powinno się odbywać powoli i bez przykrości; zaś wszelkie leczenia forsowne są niepotrzebne, szkodliwe i rzadko w skutkach trwałe. Kto w Maryenbadzie lub w domu pije wodę i z żołądkiem czczym, lecz napełnionym wodą, odbywa rano długą do spocenia się przechadzkę, objada się mięsem, a z trwogą unika każdego grama tłuszczu, dalej — je suchą skórkę z chleba i żyje tylko według pewnego szematu, przytem, szczególnie podczas jedzenia, nie nie pije, ten ukończenie leczenia uważa za wybawienie i powoli wraca do swoich dawnych nawykńień; wkrótce też odzyska brzuszek i oczekuje na ponowny wyjazd do Maryenbadu. Prawdą jednak jest, że otyli w Maryenbadzie łatwiej i lepiej wypełniają wszelkie przepisy.

Co się tyczy leków aptecznych, to najbardziej znanym i zawartym też we wszelkich środkach tajemnych, jest jod. Jeśli zaś inne przyczyny tego nie wymagają, Bornstein radzi zaniechać tego niezupełnie niewinnego leku, natomiast zaleca dla poprawy krwi i komórek żelazo w postaci pigułek z dodatkiem chininy. Oczywiście, że czynność jelitową należy uregulować, co najlepiej uskutecznia woda maryenbadzka, lecz wystarcza ta ilość, która wywołuje porządne wypróżnienie, a obciążanie czczego żołądka wodą, szczególnie znaczną ilością, uważa B. za szkodliwe, zwłaszcza u niedokrewnych. *Dr. J. Fels.*

L. Rosenthal. **Nowa surowica przeciwczerwonkowa i jej stosowanie.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1904, Nr. 19). Obok poprzednich badaczy (Shiga i Kruze), którzy po odkryciu swoistego prątka czerwonki z powodzeniem stosowali surowicę przeciwczerwonkową, a w ostatnich czasach Rosenthal z Moskwy przeprowadził doświadczenia kliniczne z surowicą przez siebie wytworzoną na licznym materyale szpitalnym podczas panującej tam epidemii. Wstrzykując coraz większe ilości hodowli czerwonki królikom i świnkom do jamy brzusznej, uzyskał ich odporność przeciw dwudziestokrotnej najmniejszej śmiertelnej dawce hodowli, a surowica tych zwierząt nabywała wysokich wartości aglutynacyjnych. Obok tego uzyskał czystą toksynę czerwonkową, którą również począł uodporniać zwierzęta. W ten sposób otrzymał dwa rodzaje surowic, z których obie miały widoczne działanie lecznicze i zapobiegawcze u zwierząt. Skombinowawszy obie powyższe metody i uodporniwszy tak hodowlą, jak i toksyną konie, przystąpił do leczenia surowicą końską ludzi, chorych na czerwonkę. Surowica ta aglutynowała szczepy czerwonkowe w stosunku 1: 500; z jadem czerwonki dawała strąty swoiste 1: 20; żywe prątki zabijała w przeciągu kilku godzin, była bakteryobójczą i niweczącą jady. Dla przekonania się o tej ostatniej własności wprowadzał autor zwierzętom równocześnie z jadem różne ilości surowicy swoistej. Okazało się, że dla uratowania od śmierci zwierzęcia, ważącego 1500 grm., po zastrzyknięciu mu dziesięciokrotnej najmniejszej ilości jadu, potrzeba było 0·005 surowicy uodpornionej. Według więc wzoru Ehrlicha, który oblicza siłę przeciwjadową dla 300-gramowego zwierzęcia, surowica Rosenthala zawierałaby w 1 sz. cm. 100 jednostek uodparniających, a zwykła dawka lecznicza dla ludzi, zawarta w jednym flakoniku o 20 sz. cm., wynosiłaby 2000 jednostek. Surowicę swą począł autor stosować we wszystkich niepowikłanych i ciężkich przypadkach, a za takie uważał te, w których liczba stolców śluzowo-krwawych przenosiła dziennie 30. Stolce chorych badano również bakteryologicznie na prątki czerwonki z wynikiem dodatnim. Pacyentom podawano leki pobudzające serce, zaś przeczyszczające i lewatywy wykluczono. Przeciętnie wystarczającą dawką była ilość 20—40 sz. cm. surowicy, w kilku bardzo ciężkich przypadkach użyto do siedmiu flakoników. Działanie lecznicze było zadziwiające, gdy surowicę stosowano w pierwszych trzech dniach choroby. Najpóźniej w 48 godzin znikały w stolcach krew i śluz, liczba ich gwałtownie zmniejszała się, bo z 60 na 2—4, bole i parcia ustawały, a chorzy czuli się podmiotowo bardzo dobrze tak, iż drugiego dnia można ich było uważać za ozdrowieńców. Gdy leczenie następowało przy końcu pierwszego tygodnia choroby, wtedy chorzy po kilkunastu godzinach doznawali znacznej ulgi, a do dni trzech następowała bardzo wielka poprawa. Nawroty spostrzegano tylko dwa razy na sto kilkadziesiąt przypadków, a przejście z ostrego okresu w przewlekły tylko raz jeden — i to bez zwykłego wychudnienia i upadku sił. Wstrzykiwania wreszcie surowicy w najcięższych przypadkach, t. j. tam, gdzie tętno staje się drobne, kończyny stygną, występuje porażenie zwieracza, a zatem przy najgorszem rokowaniu, tam jeszcze stwierdzano w kilkanaście godzin podmiotowe polepszenie, a do dni trzech stolce stawały się daleko mniej częste, wyglądały papkowato, bez śladu krwi i śluzu, a siły chorego szybko wzrastały. Śmiertelność, dawniej wynosząca 13—17%, spadła na $4^1/_2$%. *Dr. Progulski.*

Jacobsohn. **Postępy w technice pielęgnowania chorych.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 33, 1904). Jednym z najgłówniejszych celów pielęgnowania, bądź to chwilowo, bądź przewlekle chorych, jest odpowiednie ułożenie chorego, zmierzające do pozycyi jak najdogodniejszej. W tym względzie najważniejszą rzeczą jest łóżko; — wprawdzie istotnych reform co do łóżek tak dalece nie przeprowadzono, w każdym jednak razie stwierdzić można, że w ostatnich czasach rozpowszechniły się w szpitalach i domach prywatnych żelazne wkłady (ramy) do łóżek, z których znów największe zastosowanie pozyskały spiralne materace Westphala i Reinholda. Do sporej już liczby systemów t. zw. łóżek mechanicznych, umożliwiających obłożnie chorym zająć — bez mozołu — rozmaite pozycye, przybyły w ostatnich czasach dwie jeszcze odmiany, zasługujące na wzmiankę: Wyssa wymyślił t. zw. „łóżko transformacyjne“, którego ruchome części głowową i nożną można z łatwością podwyższyć i obniżyć zapomocą odpowiedniego mechanizmu śrubowego; Mendelsohna łóżko mechaniczne zasadza się zaś na tem, że część

łóżka, odpowiadającą nogom chorego, można nieco, — na kształt linii łamanej, — obniżyć, skutkiem czego chory znajduje się z łatwością w pozycyi siedzącej. Co się tyczy trójdzielnych materaców (podkładów), wypycha je Eschle, — n. p. u chorych umysłowych, oddających mocz i kał pod siebie, — długo-włókienkową wełną drzewną, mogącą być z łatwością odkażoną gorącą wodą, a powtóre jako materyał tanią. Chorych z guzami krwawnicowymi układa Oeder na poduszce w kształcie klina, którego główna krawędź jest zwrócona ku głowom łóżka, — chory leży na takiej poduszce z miednicą nieco ku górze podniesioną. Na oko wydaje się taka pozycya niewygodna, w rzeczywistości tak jednak nie jest, — autor usilnie ją zaleca. Dla uniknięcia odleżyn proponuje Sträter (Düsseldorf) kawałek filcu, mającego około 12 ctm.² powierzchni z środkowym otworem wielkości 4 ctm.². Górna powierzchnia tego „podkładu" pokryta jest istotą lepką, skutkiem czego cały ten filc, ściśle przylegając do pośladków, jest nieprzesuwalny, — tarcie więc skóry o podkład lub ewentualne fałdy podłoża jest wykluczone. Przenośne łóżko z ochronną siatką przed moskitami zalecił Felkin: połowę łóżka pokrywa kopułowata cienka druciana siatka o nader drobnych i gęstych oczkach, nie przepuszczających much i komarów. W końcu nadmienić wypada o różnego rodzaju opatrunkach i przyrządach, mających na celu unieruchomienie, względnie ustalenie kończyn bądź po złamaniach, bądź po zabiegach operacyjnych; — dalej o gorsetach, służących do nadprostowania kręgosłupa, a wreszcie o opaskach brzusznych, pępkowych i przepuklinowych. Wszystkie te wyroby odznaczają się większymi lub mniejszymi brakami, a opierają się na znanych zresztą prawidłach elastyczności.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Grandclément. **Czy można bez operacyi wyleczyć jaskrę adrenaliną?** (*Ophtalm. Klinik* Nr. 16, 1904). Adrenalinę stosowano dotychczas w lecznictwie okulistycznem do usuwania przekrwienia spojówki gałkowej, do zatamowania krwi przy operacyach; w połączeniu zaś z kokainą do znieczulania gałki lub razem z innymi środkami, działającymi na źrenicę, dla ułatwienia lepszego wessania tych leków w zapaleniu tęczówki, w jaskrze i t. p. Autor pierwszy odkrył dzięki przypadkowi, że adrenalina powoduje obniżenie ciśnienia śródocznego. Na podstawie dwóch przypadków [jednego, dotyczącego ostrej jaskry pierwotnej i drugiego jaskry następowej wskutek wrodzonego powiększenia gałki ocznej (*buphtalmus*)], poleca autor zastosowanie adrenaliny w sposób następujący: 1. Wkraplać co pół godziny bez przerwy przez przeciąg trzech dni adrenalinę samą, lub w połączeniu z ezeryną według formułki: *Adrenalini (1: 1000) 3,0 grm., Eserini 0,05, Aqu. dest. 10,0.* Dla kontroli wyników wkraplał autor poprzednio przez trzydzieści sześć godzin ezerynę, lecz bez skutku. 2. Z chwilą ustąpienia podwyższonego ciśnienia natychmiast zaprzestać podawania adrenaliny z obawy, by nie nastąpiło stałe obniżenie ciśnienia śródocznego z jego zgubnymi skutkami. Wybitne to działanie, obniżające ciśnienie śródoczne, występuje tylko w świeżych przypadkach jaskry, kiedy nie powstały jeszcze w oku wytwory zapalne, uniemożliwiające adrenalinie wpływ na naczynia włosowate wyrostków rzęskowych. W przypadkach zastarzałych wskazanem jest nadal jedynie wycięcie tęczówki.

Gdyby dalsze spostrzeżenia potwierdziły wyniki lecznicze, otrzymane przez autora, stałaby się adrenalina jednym z dzielnych i niezbędnych leków w lecznictwie okulistycznem. *Dr. W. Reis.*

Fischer. **Wrota zakażenia gruźliczego.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 34). Na podstawie faktów anatomicznych, klinicznych i statystycznych, oraz wyników badań doświadczalnych, dowodzi autor, że teorya Behringa o zakażeniu gruźliczem niemowląt mlekiem krowiem jest w całości błędną. Musimy więc nadal tego się trzymać, że człowiek i zwierzę gruźlicze są ostatniemi, bezpośredniemi lub pośredniemi źródłami wszelkich zakażeń gruźliczych. Nader ważnym czynnikiem zakażenia jest spółżycie z suchotnikami, a niebezpieczeństwo zakażenia wzmaga się z trwaniem spółżycia; 67% kobiet, których mężowie byli suchotnikami, zapada na gruźlicę. Zakażenie śródmaciczne nie jest rzadkie i jak Schmorl w ostatnim czasie wykazał, łożysko nietylko nie zatrzymuje prątków gruźliczych, lecz samo często ulega gruźlicy. Powstanie gruźlicy przez wdychanie zostało wielokrotnie udowodnione tak doświadczalnie, jakoteż przez sekcye, a potwierdza je również szczegół, że w niektórych zawodach (kamieniarze i in.) gruźlica szerzy się z upodobaniem. Oczywiście jedną z dróg zakażenia jest pierwotna gruźlica jelit i gruczołów krezkowych, wywołana zakażonym pokarmem; lecz nie jest to ani jedyna, ani też najważniejsza droga zakażenia. Już dawno udowodniono, że z każdego ogniska miejscowego może przyjść na drodze krwionośnej do suchot płucnych. Twierdzenie Behringa, że błona śluzowa przewodu pokarmowego u osesków lepiej przepuszcza prątki, niż w wieku późniejszym, okazało się również bezpodstawnem. Śmiertelność z powodu gruźlicy wzmaga się w późniejszym wieku, bo nabycie gruźlicy wzmaga się z częstością sposobności do zakażenia. Dobitnie też obala teoryę Behringa szczegół, przytoczony przez Prof. Aoyama w Tokio, mianowicie, że gruźlica w Japonii tak samo jest rozpowszechnioną, jak u nas, pomimo, że tam z powodów religijnych żadnego dziecka nie karmi się mlekiem krowiem, lecz pokarmem matki lub mamki; tak samo, jak i u nas są suchotnicy, którzy jako oseski nigdy nie dostawali mleka krowiego. Zatem wszystkie fakta przemawiają przeciw nauce Behringa, która też podzieliła los wręcz przeciwnej nauki Kocha o nieszkodliwości prątków gruźlicy bydlęcej dla człowieka. Teorye obydwu uczonych, które miały wywołać doszczętne przeobrażenie naszych zapatrywań, doznały wprawdzie wielkiego rozgłosu, lecz w rzeczywistości wzmocniły tylko i pogłębiły nasze dawne zapatrywania. Taki sam los zdaje się jest przeznaczony zalecanej przez Behringa metodzie zwalczania gruźlicy. Doświadczenia zresztą już wykazały, że w mleku formalinowem rozwijają się bez przeszkody wszelkie gatunki bakteryi, a przedewszystkiem prątki gruźlicze, a z drugiej strony Schlossmann udowodnił, że dodanie formaliny do mleka nie jest dla dzieci wcale rzeczą obojętną. Zatem teorye Behringa nie mogą w niczem zmienić naszych zapatrywań naukowych o gruźlicy, a jeszcze mniej powinny nas odciągać od wypróbowanych już środków jej zwalczania. Natomiast zdaje się, że w nowszych czasach Friedmann zbliżył się znacznie do przyczynowego sposobu zwalczania gruźlicy. Udało mu się bowiem prątkami gruźlicy żółwi uodpornić świnki morskie przeciw gruźlicy ludzkiej i wogóle przeciw gruźlicy ciepłokrwistych. Jest to szczegół tem znamienniejszy, że świnka morska posiada do przyjęcia prątków gruźlicy ludzkiej jeszcze większą skłonność, niż sam człowiek. Miejmy więc nadzieję, że może na tej drodze uzyskamy w blizkiej już przyszłości silnych sprzymierzeńców w walce przeciw temu biczowi społecznemu. Tylko w jednym punkcie możemy się zgodzić z żądaniami Behringa, mianowicie, że walka przeciw gruźlicy musi się rozpocząć już u oseska. Dlatego już niemowlę trzeba wydalić z otoczenia gruźliczego, odpowiednio je żywić, słowem ciało tak wzmacniać, by z pewnością zwycięstwa mogło się podjąć niechybnej walki z zakażeniem gruźliczem. *Dr. J. Fels.*

Koziczkowski (Berlin-Kissingen). **W sprawie klinicznego badania stolców.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 33, 1904). Pierwszą kwestyą, którą się autor zajmował, była technika i znaczenie odczynu aloinowego w celu stwierdzenia zawartości krwi w stolcach. Co się więc tyczy samej techniki, — trudno ją podać w krótkiem streszczeniu; — główna jednak nić przewodnia jest mniejwięcej następująca: Choremu, u którego się podejrzywa utajone krwawienia, lub takiemu, u którego w prawidłowych warunkach jednorazowem badaniem stwierdzono krew w kale, podaje się dyetę, składającą się z mleka, mąki, chleba, jaj, owoców (bardzo mało jarzyn) i mało tłuszczu, wreszcie dla ścisłego odgraniczenia nieco proszku węglowego (nie karminu), a wyłącza się wszystkie pokarmy lub leki, zawierające barwiki krwi. Po ustąpieniu stolców, zabarwionych węglem na czarno, bada się kał przez kilka dni na zawartość krwi: wynik bowiem jest tem pewniejszy, im częściej stwierdzono krew. Oczywista rzecz, należy przy tem postępowaniu uwzględnić ewentualne guzy krwawnicowe, polipy, nadżerki lub owrzodzenia, usadowione czasami w dolnym odcinku przewodu pokarmowego, jak niemniej krwotoki z nosa, jamy ustnej lub płuc. Autor na zasadzie swych badań i spostrzeżeń twierdzi, że próba aloinowa w sprawie wykrycia krwi okazuje o wiele większe korzyści i wyższość, niż dotychczas używany odczyn gwajakowy. Drugą kwestyą, którą się Koziczkowski zajmował, było oznaczenie czasu, potrzebnego do przejścia treści pokarmowej przez cały przewód żołądkowo-jelitowy. Równie bowiem ważną jest rzeczą dla lekarza wiedzieć, jak długo pozostawała w kiszkach treść, jakoteż, ile chory miał wypróżnień. Może się bowiem zdarzyć, że chory miewa codziennie wypróżnienia, a mimo to cierpi na „utajone" zaparcie stolca z wszystkiemi z niem połączonemi dolegliwościami, uważanemi zazwyczaj za nerwowe. Nadto określenie czasu zalegania treści pokarmowej wielce się przyczynić może do poznania siedliska cierpienia w przebiegu stanów biegunkowych. Straus na mocy swych badań oznaczył ten czas na 10—20 godzin — w przypadkach zaś zaparcia stolca dochodził do 60. Koziczkowski przy podawaniu dyety mieszanej oznacza czas zalegania treści pokarmowej na 15—25 godzin; — w stanach chorobowych — przy najkrótszem trwaniu 4 godziny. W przypadkach n. p., w których czas zalegania treści — pomimo obfitych wypróżnień — waha się w granicach prawidłowych, można przypuścić, że siedliskiem cierpienia jest średni i dolny odcinek przewodu pokarmowego, podczas gdy w górnym niema wzmożonego ruchu robaczkowego.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Brunn. **Przyczynek do etyologii t. zw. ostrych nieżytowych ropień stawów, oraz do nauki o ropnych zapaleniach stawów, wywołanych pneumokokiem.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 27, 1904). Istnieją postacie ropnych zapaleń stawów, które się goją z zupełną ruchomością stawu, a które są uważane za t. zw. ostre nieżytowe ropienie stawów, spowodowane rozmaitem zakażeniem, lub będące w związku z urazem, albo też występujące dobrowolnie. W przypadku autora zachorowało 11-miesięczne dziecko na zapalenie lewego stawu kolanowego, przyczem wystąpiła gorączka i obrzęk stawu. Próbne nakłucie stawu wykazało gęstą, zielonkowatą, śluzoworopną wypocinę, w której badaniem drobnowidowem i zapomocą hodowli wykazano pneumokoka i proteusa. Dziecko to przebyło na krótki czas przed zachorowaniem na zapalenie stawu jakąś sprawę płucną. W piśmiennictwie znajduje się opisanych 53 przypadków, w których pneumokok był powodem ropienia stawu. Przeważnie chorobą tą dotkniętą była płeć męzka i to w podeszłym wieku. Częstokroć ropienia poprzedza zapalenie płuc, jednak może go i nie być. Zazwyczaj zajętym bywa jeden tylko staw, przeważnie staw kolanowy. Objawy u doreslych są cięższe, niż u dzieci; rokowanie u dzieci jest o wiele lepsze. Do powstania zapalenia stawu na tem tle przyczynić się może także uraz. Rozpoznanie opiera się na wykazaniu pneumokoków za pomocą hodowli: dają one na surowicy krwi żółty nalot. Udało się też wywołać u królika sztuczne zapalenie stawów na tle pneumokokowem. Przy końcu swej pracy omawia autor przypadek ropienia stawu kolanowego na tle pneumokokowem i równoczesnego zapalenia kości, wywołanego przez inne diplokoki; dotyczyło to 16-letniej dziewczyny. Przebieg i zejście było w tym przypadku pomyślne.

B. Żmigród.

Lubowski. **O ciekawym objawie, spostrzeganym przy leczeniu ostrego rzeżączkowego zapalenia przyjądrza.** (*Monatsberichte für Urologie*, tom 3, 4, 1904). R. Böhm przeprowadził doświadczenia, zmierzające do wykazania gonokoków w wypocinie ostrego zapalenia przyjądrza. W tym celu dla wydobycia cieczy zapalnej wbijał igłę strzykawki Pravaza do obrzmiałego przyjądrza. Przy tej sposobności zadziwiło go, iż po takiem ukłuciu znikały szybko bole, jakoteż przedmiotowe objawy zapalenia. Po wbiciu igły na kilka centymetrów w głąb tkanki wydobywa się często ciecz surowicza, krwawo zabarwiona. Choć się nie uda wyciągnąć wypociny płynnej, wynik nakłucia jest zawsze pomyślny. Zabieg ten można bez szkody powtórzyć. Rozumie się samo przez się, iż należy operować bezgnilnie.

Baschkopf.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

J. A. Goldmann (Wiedeń). **Wartość lecznicza arhoviny jako środka przeciwrzeżączkowego, odkażającego mocz i zapobiegawczego.** (*Monatshefte für pract. Dermatologie* 1904, Zeszyt 39). Arhovina jest połączeniem dyfenylaminu z zestryfikowanym kwasem thymylbędźwinowym, a więc dwóch silnych środków przeciwgnilnych: jest ona zupełnie nietrującą i wydziela się z moczem w zmienionej postaci. Mocz staje się pod jej wpływem kwaśnym, wyjaśnia się i działa bakteryobójczo.

Goldmann używał arhoviny: 1) W okresie początkowym ostrej rzeżączki z bolesnem obrzmieniem błony śluzowej, naprzód tylko wewnętrznie 3—6 razy dnia po 0,25 gr. (w torebkach gelatynowych). Trzeciego dnia parcie znikało, wydzielina rzedniała, mocz odchodził łatwo, wprawdzie jeszcze mętny, ale oddziaływał kwaśno. Po tygodniu mijał okres ostry, a wtedy stosowano leczenie miejscowe, używając 2—6 pręcików arhovinowych na dzień. Z początku sprawiały one mierne pieczenie przez około $1/2$ godziny, po paru dniach to jednak ustawało. W przeważnej części spostrzeżeń stwierdzano po 5—6 tygodniach zupełne wyleczenie bez powikłań. W przypadkach podostrych, szczególnie, gdy leczenie późno zaczęto, stwierdzano jednak w końcu po 5—8 tygodniach również zupełne wyleczenie bez powikłań. W rzeżączce przewlekłej podawano wewnętrznie arhovinę obok zwykłego leczenia miejscowego. W leczeniu miejscowem przekłada tu G. przetwory arhoviny (pręciki i olej arhovinowy) nad azotan srebrowy, utrzymując, że olej arhovinowy wnika do najdrobniejszych fałdów błony śluzowej. Równie dobrze, jak u mężczyzn, działała arhovina u kobiet, w postaci pręcików (do cewki), czopków i tamponów (do pochwy, tampony napojone 1—2% rozczynem oleju arhovinowego.). Działania ubocznego arhoviny G. nie zauważył.

Az.

Rysz. Fuchs. **O stosowaniu formanu w nieżycie nosowym.** (*Heilkunde*, Nr. 4, 1904). W ostatnim czasie polecają przeciw tak ostrym, jak przewlekłym postaciom nieżytu nosowego forman, który z powodu swej skuteczności i sposobu użycia bardzo wygodnego, słusznie zyskał uznanie lekarzy i chorych. Pierwszorzędni specyaliści, jak Bresgen, Seifert, Suchanek i inni zachwalają go gorąco. Fuchs stosował ten lek (watę, maść i pastylki) w wielu przypadkach i zawsze był z wyniku zadowolonym. Także w zapaleniu migdałków doznawali chorzy nieraz ulgi, a w długotrwałym cuchnącym nieżycie nosa używał autor do tamponów Gottsteinowskich waty formanowej z dobrym wynikiem, gdyż forman działa silnie odwaniająco. Używając flaszeczki, którą napełnia się do połowy gorącą wodą, należy uważać, aby rurka, łącząca się z nasadką nosową, nie nurzała się w wodzie, — a używając waty formanowej, należy do nosa wkładać tylko bardzo mały kawałek, aby można było nosem powietrze wciągać. U małych dzieci, dla których nie nadaje się flaszeczka, ani wata, poleca się $33^1/_3$% maść formanową, którą Bresgen 4—6 razy dziennie po kawałeczku wielkości soczewicy poleca za dnia wsuwać do każdego otworu nosowego.

Baschkopf.

Helmitolu użył Hellmer (*Allgem. wiener med. Zeitung* 1904, Nr. 16) w 5 przypadkach rzeżączkowego zapalenia pęcherza po 1 grm. dziennie. Już na trzeci dzień stan poprawiał się tak znacznie, że można było rozpocząć leczenie miejscowe. Najlepiej stosować helmitol w postaci kołaczyków po 0·5; do zalet jego zalicza Hellmer łatwą rozpuszczalność, miły smak i taniość.

Ab.

O maretynie i jej działaniu przeciwgorączkowem. (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 23, 1904). Maretyna jest antyfebryną, pozbawioną działania trującego; głównym jej wpływem na ustrój jest obniżenie gorączki, szczególnie u suchotników. Z doświadczeń, przeprowadzonych w klinice prof. Senatora, wysnuwa Barjansky następujące wnioski: 1) Maretyna należy do tych leków przeciwgorączkowych, które niezawodnie obniżają ciepłotę. Spadek ciepłoty następuje w przeciągu 3—5 godzin, a więc stosunkowo powoli, a za to trwa dosyć długo tak, że działanie jednej dawki działa w ciągu 15 godzin. 2) Wystarczającą dawką jest 0,25; jeden proszek podaje się przedpołudniem, drugą popołudniu, przed oczekiwanem podniesieniem się gorączki. Ponieważ maretyna nie rozpuszcza się prawie w wodzie, należy ją zawsze podawać w proszku. 3) Maretyna nie wpływa na krążenie krwi, albowiem liczba tętna zmniejsza się równocześnie z spadaniem gorączki. 4) Narządy oddychania, trawienia i moczowy nie przedstawiają zmian. 5) Poważniejszych pobocznych wpływów (sinicy, wysypki lekarstwianej i t. d.) nie zauważono; w jednym tylko przypadku spostrzegano objawy przemijającego zapadu. 6) Niema działania zbiorowego i dlatego można ją codziennie stosować. 7) Z powodu taniości (1 grm. kosztuje 25 fen.), może być przez dłuższy czas używaną. Niekiedy występują poty, jak przy wszystkich niemal lekach przeciwgorączkowych.

Baschkopf.

Styracol, związek gwajakolu z kwasem cynamonowym, jest proszkiem krystalicznym, nierozpuszczalnym w wodzie, rozcieńczonych kwasach i alkaliach, rozpuszczalnym zaś w 40 cz. wyskoku i w chloroformie. W ustroju dopiero w jelitach rozszczepia się on zwolna na gwajakol i kwas cynamonowy, przyczem gwajakol zostaje w znacznej części wessany. Doświadczenia Knappa i Suttera (*Archiv f. experim. Pathologie und Pharmakologie* 1903, T. 18, S. 332) dowiodły, że pod tym względem przewyższa styrakol nawet węglan gwajakolowy (duotal), gdyż z duotalu przechodzi do ustroju około 50% gwajakolu, ze styrakolu zaś 85%. Z innych związków, jak z tiokolu (sulfogwajakolanu potasu), oresonu, nic gwajakolu się nie wsysa. — Styrakol więc nadawałby się we wszystkich tych przypadkach, w których wskazanym jest gwajakol, lepiej od innych jego przetworów. Dawka styrakolu wynosi u oseskόw 0·25 4 razy dziennie, u starszych dzieci 0·5, 3 razy dziennie, u dorosłych 1·0, 3—4 razy dziennie w proszku. Dawki można podnosić, gdyż styrakol nie jest trujący i nie wywiera działania ubocznego. Engels (*Therapie der Gegenwart* 1904, Zeszyt 8) podawał styrakol w 17 przypadkach nieżytów jelit u dzieci i dorosłych, nawet na tle gruzliczem, i z małemi wyjątkami otrzymał wynik pomyślny. Szczególnie korzystne było działanie styrakolu w przewlekłych nieżytach u dzieci, nawet pomimo zaniedbywania przepisów dyetetycznych w niektórych przypadkach.

Al.

Maść Credégo zastosował Quinn (*Regular med. Visitor* 1904, Nr. 2) w zapaleniu sutka u chorej, która nie chciała się poddać leczeniu chirurgicznemu, z wynikiem tak dobrym, że użył tej maści odrazu u 2 dalszych chorych z równie dobrym skutkiem, wcierając po 1—4 grm. na raz.

Ah.

VI. Sprawozdanie z 29-go Zjazdu Towarzystwa dla higieny publicznej, odbytego w Gdańsku dn. 14—17 września b. r.

Zestawił
Dr. Leonard Bier.

Zeszłoroczny Zjazd w Dreznie zachęcał do udziału licznych członków Towarzystwa nietylko referatami z najżywotniejszych zagadnień higieny, lecz i wystawą miast, urządzoną w Dreznie z nadzwyczajnym nakładem pracy i kosztów. To też cieszył się Zjazd zeszłoroczny niebywałym w historyi Towarzystwa udziałem. Tem trudniejsze pod względem wyboru miejsca następnego Zjazdu miał wydział gospodarczy. Niemniej jednak szczęśliwym trzeba nazwać wybór Gdańska na siedzibę Kongresu, a to tak pod względem zawodowym, jak i towarzyskim. Jakkolwiek brakowało tu wspaniałej wystawy w rodzaju zeszłorocznej, w której zawodowy higienista znajdował skarby do studyów w swoim zakresie, niemniej jednak i na Gdańskim Zjeździe wybór tematów, zreferowanych przez najlepszych znawców poszczególnych kwestyi, poruszył najważniejsze sprawy higieny publicznej, a samo miasto dawało w swych licznych i przeważnie wzorowych urządzeniach higienicznych wiele sposobności do studyów zawodowych. Jeżeli zaś dodamy do tego, że Gdańsk tak pod względem architektury, jak i zabytków średniowiecznych należy do najciekawszych miast północy, zrozumieć łatwo, że Zjazd tegoroczny cieszył się niewiele mniejszym udziałem od zeszłorocznego. Polaka zaś w szczególności zachęcał tegoroczny Zjazd w Gdańsku do udziału, a to z powodu możności poznania licznych, z pietyzmem utrzymywanych zabytków z najlepszych czasów naszej samodzielności politycznej.

Posiedzenia Zjazdu obejmowały jak zawsze godziny poranne, do 2 wzgl. do 3 popołudniu, poczem czas poświęcano na zwiedzanie urządzeń miejskich.

Pierwszy dzień obrad poświęcony został 3 referatom: pierwszy z nich objęli prof. Kruse z Bonn i radca zdrowia Doepmer z Gumbinen; obejmował on temat: „Czerwonka i jej zwalczanie“.

Prof. Kruse, którego badaniom w głównej mierze zawdzięczamy bliższe poznanie zakaźnych własności czerwonki, zaznaczył na wstępie swego referatu, opracowanego na podstawie danych historycznych i dat statystycznych, szczególnie rosyjskich i austryackich, że czerwonka nie jest wcale tak łagodną i mało niebezpieczną chorobą, za jaką uchodzi u ogółu. W Niemczech prowincye pruskie, graniczące z Królestwem Polskiem i Austryą, a zatem polskie, najwięcej wykazują przypadków tej choroby. Dopiero w ostatnim lat dziesiątku pojawiła się czerwonka i na zachodzie Niemiec w okręgach rejencyi Arnsberg, Düsseldorf i Münster. W krajach podzwrotnikowych znaczenie jej jest nader ważne; w koloniach niemieckich stanowi obok zakażenia zimniczego chorobę najpoważniejszą. Jest zarazem chorobą, towarzyszącą wojnom; — żadna większa wyprawa wojenna nie jest od niej wolna; — w czasie wojny francusko-niemieckiej r. 1870/1 zapadło z tego powodu 38.000 żołnierzy, z których 2000 zmarło. Niemniej od czasów wojennych lubi czerwonka nagabywać wojsko podczas większych przemarszów i w stałych obozach. Śmiertelność na czerwonkę wynosi przeciętnie 10% i pod tym względem zbliża się ona do duru brzusznego. Jako choroba zakaźna zalicza się tem samem do tych, których można uniknąć. Z zarazków, które ją wywołują, wymienia Kruse 4: ameby, które powodują podzwrotnikową postać czerwonki; laseczniki czerwonki prawdziwej, powodujące najczęstszą jej postać; laseczniki dysenteryi rzekomej (Pseudodysenteriebacillus) i t. zw. „Paradysenteriebacillus“. Ostatnim zarazkom odpowiadają 2 postacie oddzielne choroby: — pierwszemu — spotykane w zakładach dla obłąkanych, — drugiemu zaś czerwonka z nasileniem bardzo słabem. Przenoszenie choroby odbywa się zdaniem Krusego wyłącznie przez zetknięcie się bezpośrednie z chorym lub jego wydalinami; rozmnażanie się zarazka poza ustrojem ludzkim uważa Kruse za mało prawdopodobne, zaś zakażenie się wodą w przeciwieństwie do duru i cholery jest wykluczone. Oczywiście miał tu na myśli Kruse epidemie czerwonki, spowodowanej przez spożywanie wody zakażonej. Jakkolwiek wyklucza referent możliwość epidemii przez spożycie zakażonych środków spożywczych (n. p. mleka), nie uważa jednak za niemożebne przeniesienie zarazka tą drogą. Wyklucza również przenoszenie się zarazka przez powietrze. Jako pośredników możliwych uważa muchy i inne owady. Za najwięcej zaś niebezpiecznych podejrzywa chorych, którzy nie są zmuszeni leżeć w łóżku, gdyż ci właśnie szeroko roznoszą zarazki. Usposobienie do choroby zależne od miejsca zdradza się tem, że w miejscowościach i domach, posiadających złe warunki mieszkalne, w szczególności wadliwe usuwanie nieczystości, czerwonka panuje częściej i silniej; w miejscowościach, posiadających wzorową kanalizacyę, nie znajduje ona gruntu dla siebie. Usposobienie czasowe do rozwoju epidemii czerwonki występuje z końcem lata i jesienią; — w innych zaś porach roku pojawia się mało, a przypadki poszczególne, występujące w tym czasie, zasługują na uwagę z tego względu, że stanowią prawdopodobnie ogniwa między poszczególnemi epidemiami, wzgl. endemiami. Najważniejszym środkiem do zwalczania zarazy jest zdaniem Krusego odkażenie wydalin chorego, uzdrowotnienie mieszkań i ścisły nadzór i zwalczanie pierwszych przypadków choroby.

W końcu omówił Kruse w krótkości doświadczenia nad leczeniem i uodpornieniem swoistą surowicę przeciwczerwonkową, wyrażając potrzebę wydatnej na te cele pomocy publicznej, bądź prywatnej, bądź państwowej.

W uzupełnieniu powyższego referatu skreślił obszernie Doepmer środki, które należy zastosować przy tłumieniu czerwonki i ogólne środki zapobiegawcze, polegające na poprawie mieszkań i sposobów usuwania nieczystości, na wczesnem odosobnieniu poszczególnych przypadków choroby w czasach nieepidemicznych i na gruntownem zniszczeniu wszelkich pozostałości po epidemii, umiejętną desinfekcyą.

Co się tyczy szczegółowych środków zapobiegawczych, to D. żąda 1) obowiązku donoszenia władzy o każdym przypadku choroby, — nawet lekkim, oraz śmierci; 2) by w razie stwierdzenia pierwszego przypadku czerwonki przez lekarza urzędowego zbadano obok przebiegu choroby bakteryologicznie wydaliny zakaźne, nadto o ile możliwe wykonano próbę surowicy chorego; 3) oddzielenia chorego o ile możliwe w szpitalu; 4) zakazu gromadzenia się ludności na jarmarkach, odpustach i t. d. oraz kwaterunku wojskowego; 5) uchylenia ze szkoły nauczycieli i dzieci chorych, podejrzanych o chorobę, oraz osób, które mogłyby ją przenieść; 6) odkażania bielizny, pościeli, ubrania i mieszkania; 7) środków ostrożności wobec zwłok; 8) opróżnienia mieszkań, szczególnie niezdrowych; 9) zamknięcia dostawy nieodpowiedniej wody; 10) urządzenia dostatecznej liczby odpowiednio urządzonych miejsc ustępowych; 11) zapobiegawczego stosowania surowicy.

Z bardzo ożywionej dyskusyi, jaka rozwinęła się po tych referatach, zaznaczyć należy przemówienie Dra Kriega, lekarza powiatowego w Barmen i tajnego radcy dworu prof. higieny z Jeny Gärtnera. Pierwszy z nich na podstawie planu, odpowiednio nakreślonego, miasta Barmen i tablic graficznych przedstawił przebieg epidemii w tem mieście w ostatnich kilku latach: — przemówienie jego było potwierdzeniem spostrzeżeń, przedstawionych w referatach. Prof. Gärtner potwierdził zdanie Krusego na podstawie doświadczeń z wojny francusko-niemieckiej, że czerwonka może stanowić bardzo poważną epidemię i żądał również wobec faktu, że czerwonka przenosi się na człowieka wyłącznie przez przewód pokarmowy, mianowicie przez przedmioty, zanieczyszczone wydalinami chorego, ścisłego oddzielenia chorych w szpitalach i domach izolacyjnych, których potrzebę odczuwać winny i małe gminy. Bardzo ważnem jest odoso-

bnienie również i osób podejrzanych o czerwonkę. O ile izolacya nie jest możliwą, należy przedsięwziąć ścisłą desinfekcyę w czasie choroby Z pouczenia szerszego ogółu o istocie czerwonki niewiele się G. spodziewa, — natomiast więcej z pouczenia kobiet. Dobre usuwanie nieczystości wpływać może na zapobieżenie chorobie nietyle przez wzorową kanalizacyę ulic, ile umiejętnie zarządzonym początkiem kanałów w domach i poszczególnych mieszkaniach, który powinien tak być urządzony, by ułatwiał jak najszybsze i najprostsze usuwanie nieczystości. W dalszej mierze żąda G. nadzoru produktów spożywczych, — jakkolwiek epidemie za pośrednictwem wody uważa za nader rzadkie; brak dotychczasowy spostrzeżeń, by epidemie powstawały z zakażonych produktów spożywczych, nie daje według G. podstawy do twierdzenia, jakoby gdzieniegdzie nie mogły i one w nich pośredniczyć. Poruczenie badań bakteryologicznych poszczególnych przypadków czerwonki lekarzom urzędowym uważa G. za nieodpowiednie ze względu na brak czasu i wprawy: — badania te należą do odpowiednich zakładów.

Tematem drugiego referatu była „Technika oziębiania na usługach higieny publicznej.“ Referentem tegoż był inżynier Stetefeld. Myśl przewodnią referatu wyraził Stetefeld w następujących zdaniach:

1. Wytwarzanie i zużytkowywanie sztucznie otrzymanego zimna przedstawia znaczną korzyść w stosunku do użytkowania lodu naturalnego. 2. Oziębianie produktów spożywczych i wytwarzanie lodu sztucznego w rzeźniach, browarach, chłodniach, oddanych do użytku publicznego, w spiżarniach hotelowych, okrętowych i ruchomych restauracyach kolejowych przyczyniło się wyraźnie do poprawy warunków zdrowotnych i wygody. Wprowadzenie oziębiania sztucznego w mleczarniach i przy przewozie mleka stało się bardzo ważnym czynnikiem, szczególnie w kwestyi żywienia niemowląt i należy dążyć, by jego zużytkowanie rozszerzyło się jeszcze więcej, niż to ma miejsce dotychczas. 3. Wprowadzenie sztucznego zimna w porze gorącej do ochładzania lokalów, przeznaczonych do pracy i zgromadzeń, spotęgowuje wybitnie indywidualną zdolność i chęć do pracy, a przez to służy i celom ogólnym; celom tym służy technika oziębiania również przez wytworzenie sztucznych placów sportowych, n. p. ślizgawki.

Zaznaczone powyżej przewodnie myśli swego wykładu uzasadniał Stetefeld licznymi rysunkami barwnymi, obrazkami i fotografiami, uzupełniającymi wykład, z którego pomijam ciekawe szczegóły techniki oziębiania, przedstawiającego już samodzielny przemysł, a ograniczę się do nakreślenia niektórych szczegółów ważnych dla lekarza, szczególnie, jeżeli może mieć wpływ przy tego rodzaju urządzeniach publicznych. Oziębianie mięsa w chłodniach powinno zapobiegać jego gniciu raz przez niską ciepłotę, powtóre przez wysuszenie powierzchni mięsa, co zapobiega zakażeniu mięsa z powierzchni w głąb. Umiejętnie urządzona nowoczesna chłodnia dla mięsa powinna przechowywać je bez zmiany do 6 tygodni, zaś koszt mięsa przy użyciu takiej chłodni nie powinien wznosić się ponad $^1/_2$ feniga od Kg. Do przechowania mięsa poza 6 tygodni winny być urządzone specyalne chłodnie Dopiero wprowadzenie sztucznego lodu i chłodzenia w browarnictwie umożliwiło otrzymanie dobrych gatunków piwa. Poza zastosowaniem oziębiania sztucznego w wymienionych dwóch kierunkach obejmuje ono coraz więcej i inne jeszcze środki spożywcze, za czem przemawia tworzenie wielkich chłodni w miastach Europy zachodniej, wynajmowanych do użytku publicznego Korzyści higieniczne tego rodzaju przedsiębiorstw uwydatniają się w rzadszem dziś pojawianiu się chorób, występujących po spożyciu zepsutych produktów tak u osób pojedynczych, jak i w formie nagminnej, — nadto w tem, że obecnie w miastach takich można dostać znacznie lepszych produktów. Dalszy bardzo ważny, jakkolwiek zbyt mało wyzyskany zakres użycia ochłodzenia sztucznego przedstawia mleczarstwo. Zastosowane w niem nizkie oziębienie daje wyniki znakomite; jeżeli w zwykłej ciepłocie sklepowej (15° C) mleko ścina się po 18 godzinach, to ochłodzenie zaraz po udoju do 2° wstrzymuje kiśnienie do 14 dni. Wobec znaczenia, jakie mleko silnie chłodzone posiada dla żywienia niemowląt, domagać się należy, zdaniem Stetefelda, uzyskania drogą rozporządzeń obowiązkowego chłodzenia w tym stopniu mleka sprzedawanego pod nazwą „mleka dla oseskówˮ.“

W ustępie końcowym swego referatu przedstawił prelegent urządzenia sztucznego ochładzania przybytków pracy i przyjemności w lecie (n. p. lokali naukowych, stacyi zoologicznej w Neapolu, nowego teatru w Kolonii), nadto trupiarni, morg i zakładów anatomicznych. Zaznaczając sposoby zużycia powietrza ciekłego w praktyce techniki oziębiania i do poprawy powietrza w salach dla chorych, zakończył Stetefeld swój referat wyrażeniem przekonania, że stan cywilizacyi już obecnej — a jeszcze więcej przyszłej — trudno sobie wyobrazić bez techniki sztucznego oziębiania.

Referat trzeci, wygłoszony tegoż samego dnia, dotyczył sprawy: „O ile dopuszczalna jest wolność wprowadzania mięsa bez obawy narażenia miast na dowóz mięsa, nieodpowiedniego pod względem zdrowotnym?“ Referentem był starszy burmistrz miasta Halberstadt Dr. Oehler. Wobec znaczenia tej kwestyi dla stosunków obecnie dla agraryuszy korzystnego ustawodawstwa pruskiego, ograniczę się w sprawozdaniu mojem do zaznaczenia myśli przewodniej referatu, przedstawionej we wnioskach, przedłożonych Zjazdowi przez referenta.

Jakkolwiek ogólnie zaprowadzone ustawą państwową z 3/VI 1900 r. oględziny bydła rzeźnego i mięsa uważać należy za wybitny postęp w dziedzinie higieny środków spożywczych, dają one jednak rękojmię co do dobroci mięsa jedynie przy spożywaniu go w miejscu bicia. W razie zezwolenia na wolny przewóz mięsa świeżego, — pożądany dla ogółu ludności ze względów ekonomicznych, — do innych miejscowości i bez dostatecznej kontroli urzędowej, zachodzi obawa przyniesienia szkody ludności pod względem zdrowotnym. Kontrola ta konieczną jest w celu stwierdzenia, czy wprowadzone mięso świeże było badane przy biciu; czy uznano je za odpowiednie do spożycia, na dowód czego wybity na niem ma być stempel; czy w drodze nie uległo zepsuciu, jak również czy nie nabrało żadnych własności szkodliwych zdrowiu Skuteczną będzie kontrola wtedy, gdy się zarządzi, że wszelkie mięso, wprowadzane (tak sprzedawane w jatkach, jak i zużywane w restauracyach i wszelkiego rodzaju kuchniach publicznych) będzie przed sprzedażą wzgl. przed użyciem przedłożone do urzędowych oględzin przez ukwalifikowanego weterynarza. Jeśli mięso posiadać będzie stempel, dowodzący, że było oglądane przy biciu, wtenczas oględziny mogą się ograniczyć do stwierdzenia, czy mięso to nie zepsuło się w drodze, względnie czy nie przybrało innych szkodliwych zdrowiu własności. W celu ułatwienia wolności w przewozie mięsa, oglądanego przez weterynarza, może być dozwolonym przewóz w częściach dowolnej wielkości, jeżeli każda z nich posiada stempel, dowodzący pierwotnej kontroli.

Od obowiązku zaprowadzenia tego rodzaju stacyi dla kontroli mięsa świeżego, wprowadzanego z zewnątrz, nie można zwolnić gmin, które wprowadziły u siebie przymus bicia bydła w rzeźni publicznej. Zaniechanie urządzenia takich stacyi w tych miastach zachęciłoby do wprowadzenia mięsa nieodpowiedniego, a organom policyi sanitarnej i targowej uniemożliwiłoby kontrolę w poszczególnych sklepach, restauracyach, garkuchniach, zwłaszcza po podzieleniu mięsa.

Zgromadzenie przyjęło powyższe wnioski referentów i uchwaliło wniosek wydziału Towarzystwa — wniesienia w tym celu odpowiedniej prośby, która ma być podaną do rządu pruskiego. (C. d. n.)

(C. d. n.)

* * *

VII. Pląsawica w stuleciu XI, XIII, XV i XVI.

Przez
Bł. p. prof. Dra Józefa Oettingera.

(Ciąg dalszy.)

Zjawiska tarantyzmu.

Obraz cierpienia, jakkolwiek w głównych rysach jednaki, mianowicie co do rozstroju nerwowego, wyuzdanych ruchów i właściwego oddziaływania na pewien rodzaj dźwięków muzycznych, wielką okazywał rozmaitość pod względem zjawisk szczególnych, zawisłych, jak podają autorowie, jużto od stopnia natężenia samej choroby, jużto od stosunków osobniczych, jużto nareszcie od gatunku lub odmiany samego owadu, a nawet ziemi i pory, w której następowało ukąszenie.

Zdaje się także, iż jak wszystkie cierpienia nagminne, tak i przebieg tej plagi w swych napadach pospólnych okazywał w swem rozpostarciu liczebnem i nasilnem porę stopniowego wzrostu, najwyższego rozwoju, czyli szczytu i kolejnego ubytku.

Baglivi, pragnąc kilku słowy określić zbiór najrozmaitszych pojawów tego osobliwego zboczenia, powiada, że gdy wielorakie, do uwierzenia prawie niepodobne, są przypady tarantyzmem dotkniętych, a wielka ich część zawisłą być się zdaje od zwichniętej wyobraźni, przeto sądzi, iż nie odstąpi od prawdy, jeżeli oświadczy, iż zakażenie jadem tarantuli po wybuchu w pierwszych dniach gwałtownych przypadłości, kończy się wreszcie właściwą zaduną, obarczającą chorych tak długo, aż tańcem, muzyką nie pozbędą się trującej skazy, który to obrót szczęśliwy rzadko się wydarza, albowiem raz ukąszeni, jak z pewnością wiadomo, już nie wracają do zdrowia.

Tarantula z północnej Apulii cięższe miała wywoływać dolegliwości, prócz tego szczególne upodobanie do pewnych barw, jako to: do czerwonej, zielonej, niebieskiej i t. p., rzadko zaś do czarnej. Tarantuli białawej przypisywano wywoływanie lekkiego bolu w miejscu obrażonem w towarzystwie świądu, kłucia w żołądku i biegunki. Tarantula gwiazdowata (stellata) zrządzać miała ból i świąd dotkliwszy, obok tego osłupienie, ciężkość i ból głowy, dreszcze i t. p. Sinoczerwona (*nvea*) tarantula zaś oprócz tego jeszcze znaczne obrzmienie i okropny ból części uszkodzonej, kurcz, stężenie i zimny pot ogólny, bezgłos, zrywanie do wymiotów, napięcie prącia i wzgórka łonowego, wzdęcie żywota i t. d. Samo ukąszenie daje się uczuć jakby ukłucie od pszczoły lub mrówki. Samo miejsce obrażone staje się siedliskiem jużto bolu, jużto otrętwienia, rankę otacza obwódka bądź sina, bądź czarna, bądź żółtawa. Pierwszy wybuch zatrucia bywał czasami tak nagły i gwałtowny, a żadnymi niepoprzedzony zwiastunami, iż zabijał w ciągu kilku godzin, niekiedy wcześniej, aniżeli zdążono z pomocą, niekiedy mimo odtrutek i zażegnywającej muzyki. Zwykle atoli zapowiadały go znaki ostrzegawcze, jako to: smutek, utrata łaknienia, duszność i trwoga, ciężkość głowy, pragnienie, łamanie w kościach. Udawało się niejednemu w tej już porze zapobiedz groźnemu napadowi, puściwszy się na odgłos zamówionej na ten cel właściwej muzyki w przesilne tany. Jeżeli zaś chory zaniedbał tych znamion uprzedzających, albo też zaskoczony był znienacka, bywało, iż padał półmartwy, jakby rażony gromem; ręce, twarz i odnogi zczerniały, nękała duszność i bezwładność, z której niepodobna mu było się podźwignąć, aż dopóki nie nadeszli grajkowie; dopiero, gdy właściwe a pożądane posłyszał dźwięki, stopniowo odzyskiwał władzę i jakoby życie, zabierając się do tańca, poruszając po kolei jedne członki po drugich i miotając je coraz żywiej i szaleniej. Wogóle wstępny napad odznaczał się: udręczeniem serca (angor cordis) dusznością i nagłem osłabieniem czynności krążenia i narządu nerwowego. Wczesne użycie odpowiedniej muzyki i tańca niekiedy, lubo rzadko, uzdrawiało zupełnie; w każdym zaś razie znakomitą, dłuższą, zwykle całoroczną przynosiło ulgę. Kto zaś w stosownej porze się nie wytańczył, przez rok cały mniej lub więcej niedomagał, okazując cerę żółkłą, doznawając ciężkości na piersiach, utraty łaknienia, napadów gorączki i t. p. dolegliwości, do których Baglivi zalicza jeszcze i tę, że spożycie skopowiny, ogórka lub soku cytrynowego wywoływało natychmiast dotkliwy ból żołądka.

Z tymi pojawami fizycznymi łączyły się jeszcze zboczenia w zakresie czynności umysłowych, a mianowicie: záduma w najrozmaitszy uwydatniająca się sposób, według nieskończonej liczby urojeń, jakie zwichnięta wytwarza wyobraźnia. Wspomniany wyżej autor za przykład przytacza: że wielu pragnie grobu i samotności, wyciągając się na marach, jakby zmarli; inni w rozpaczy rzucają się do studni; panny i niewiasty, skądinąd uczciwe, wyzuwszy się wstydliwości, wzdychając i jęcząc przeraźliwie, odbywają ruchy nieprzyzwoite, odsłaniają części sprośne. Inni grzęzną w błocie, jak świnie i tem się rozkoszują, inni żądają, by ich smagano po zadzie, piętach, nogach, grzbiecie.

Inni w biegu znajdują pomoc. Różna ich jest także tkliwość na barwy tak, iż jednemi zdają się być pokrzepieni, innemi znowu zrażani.

Wielu oprócz tego szwankowało na wzroku, słuchu i mowie. Same napady pląsawiczne odznaczały się w swych pojawach szczególnemi właściwościami, odróżniającemi je dobitnie od innych postaci nagminnej pląsawicy. Nie składały się z wyuzdanych bezładnie ruchów, ale mimo stopniowego coraz silniejszego rozpędu zachowywały harmonijną miarę, a w układzie i postawie ciała i jego członków widoczną była skłonność do przybierania kształtów malowniczych, nacechowanych pewnym wdziękiem i upiękniającą wystawnością teatralną. Znamię to estetyczne, które artystyczne usposobienie Włochów wrodzonym a mimowolnym popędem wycisnęło nawet na chorobie, wypływało koniecznie ze ścisłego jej stosunku do muzyki, która nie bezwzględnie, lecz w granicach pewnych, ściśle taktem czyli miarową chyżością określonych nut, zwanych z tego powodu „tarantellami", wywoływała owo osobliwe, silne, a jak wierzono, i zbawienne oddziaływanie.

W ogólności chorzy w chwili pląsów znajdowali się jakby w upojeniu, mieli umysł zamącony, nieświadomy zupełnie otaczających osób i stosunków. Za odezwaniem się pierwszych właściwych dźwięków chory, jeżeli przedtem dusił się i jęczał, powoli się uspokajał; jeżeli zaś leżał otrętwiały, rozwarł naprzód powieki i zaczynał stopniowo poruszać naprzód palcami, potem rękami, nareszcie nogami i innymi członkami; w miarę, jak rozbrzmiewały tony, zrywał się i śród najdziwaczniejszych postaw coraz szybsze i coraz silniejsze wykonywał skoki i obroty.

Taniec ten trwał bez przerwy dwie do trzech godzin, a po krótkiem wytchnieniu w łóżku dla obtarcia potu i przyjęcia posiłku chory wznawiał go i jakby demoniczną party potęgą po 12 godzin na dobę na podobnych spędzał harcach, nietylko nie doznając zmęczenia żadnego, lecz owszem, czując się potem rzeźwiejszym i silniejszym.

Częstokroć od wczesnego rana puszczali się w ten wir szalony, nie ustając aż na godzinę blizko przed samem południem.

Po wypoczynku dwugodzinnym, przeznaczonym na pielęgnowanie obfitych potów i pokrzepienie się polewką, pląsy ciągną się aż do samego wieczora. Powtarza się to samo przez 4, rzadko 6 dni, poczem następuje albo wyleczenie zupełne, albo znamienita ulga, zwykle na rok cały. Stosunek muzyki do tych pojawów jest tak ścisły, iż służy, jak podaje Baglivi, do rozpoznania nietylko tarantyzmu rzeczywistego od udawanego, ale szczególnych jego postaci, czyli odcieni. Komu jakakolwiek nuta i jakiekolwiek narzędzie wystarczało do tańca, podejrzany był raczej o pustotę lub swawolę, niż o chorobę, gdyż tarantyzm rzeczywisty oddziaływa jedynie na pewne nuty, a niekiedy i na pewne tylko narzędzia muzyczne. I tak jednym potrzeba było piszczałki, innym bębenka, cytry, liry, cymbałów, skrzypiec lub trąbek. Grajkowie też wprawni próbowali po kolei to tej, to owej nuty, aż na właściwą natrafili. Najwięcej przypadały do smaku tony, następujące po sobie z wrastającą aż do ostateczności chyżością. Według różnego nastroju chorych rozróżniano liczne rodzaje tarantel osobnemi nazwami. Jeden z nich, zwany *panno rosso* (sukno czerwone), odznaczał się żywymi, namiętnymi dźwiękami, którym wtórowały pieśni gwałtowne, pełne uniesienia; *panno verde* (sukno zielone) rzewniejszą miał nutę, opiewał po sielsku zielone gaje i niwy; trzeci rodzaj: *cinque tempi* (na 5 tempów); 4-ty *moresia* czyli *mauretanka* przygrywała tańcowi murzyńskiemu: 5-ty *catena*, a 6-ty *spallata* najpowolniejszy i najmniej lubiony, oznaczał swem mianem ciężkie niejako stąpanie konia ochwaconego.

Muzyka ta w ogólności naśladowała nutę turecką (*aria turchesca*), a do krótkich, urywanych, wesołych dźwięków piszczałki i bębna tureckiego nadawały się łatwo piosnki włościan apulskich. To też te narzędzia najpowszechniejsze znalazły zastosowanie po wsiach; flet także i cytra bardzo były lubione. Jeżeli się jakaś nuta chorym nie podobała, lub gdy muzyka nagle zamilkła, wyjawiali wstręt swój gwałtownymi, oburzenie i odrazę wyrażającymi ruchami, nie cierpieli również tonów fałszywych, a co najosobliwsze, że nawet muzyki nieświadomi, a nieraz i niedosłyszący, nader tkliwymi się okazywali na najmniejszy w tym względzie usterek.

I w zakresie innych zmysłów osobliwe objawiało się oddziaływanie, jużto przyciągające, jużto odpychające na pewne wrażenia. Wpływ różnych barw, to przyjemny, to przykry, wyrażają po części niektóre z przytoczonych wyżej nazw, służących pewnym rodzajem tarantel, jak *panno rosso* (czerwoniak), *panno verde* (zieloniak). Zachodziła w tym względzie wybitna różnica od tańca św. Jana

i św. Wita, w tymże albowiem chorzy mieli odrazę do barwy czerwonej, kiedy dotknięci tarantyzmem, przeciwnie wielki do niej okazywali pociąg, zwłaszcza do odcieni jaskrawych, płomienistych; miłą im była także niebieska, czasem zielona, wstręt zaś obudzała czarna.

Kiedy w Tarencie pląsawiczne napady jakiegoś kapucyna powszechną uwagę na siebie zwróciły, kardynał Cajetano, jak opowiada Kircher (*Musurgia univers. Romae 1650, 588, 589*) udał się do klasztoru, by rzecz sprawdzić. Jak tylko mnich śród pląsów spostrzegł księcia duchownego w czerwonem ubraniu, nie zważał już więcej na przygrywaną tarantelę, lecz osobliwymi ruchami usiłował zbliżyć się do kardynała, jak gdyby pragnął liczyć nitki purpury i wonią jej nasycić swoję tęsknotę do niej. Otaczające osoby i uszanowanie, jakie sam uczuwał dla kościelnego dostojnika, nie dozwalały mu dotknięcia się upragnionego przedmiotu, popadł przez to w taką trwogę i niepokój, że padł omdlały i nie ocucił się, aż dopóki kardynał miłosiernie purpurowego kołnierza swego mu nie podał. Pochwycił go z uniesieniem, przyciskał go to do piersi, to do czoła, to do policzków i rozpoczął na nowo pląsy, jakby w szale miłosnym.

Rozkoszowanie się ulubionemi barwami nie było wyjątkowe lub przypadkowe, lecz dość pospolite u takich chorych, którzy na ich widok, zwłaszcza świeży, rzucali się na nie, jak drapieżne zwierzęta, pochłaniali przedmiot barwny pożądliwym wzrokiem, całowali, ściskali, pieścili go wszelkimi sposobami i przechodząc stopniowo do rzewniejszych uczuć, przybierali wyraz tęskny zakochanych i obejmując w ramiona poddaną chustkę z gorącem upragnieniem i ze łzami w oczach tonęli całkiem w tem upajającem wrażeniu.

Widok zaś barw wstrętnych nietylko obudzał oznaki odrazy i niepokoju, lecz częstokroć gwałtowne wybuchy wściekłości, śród której dotknięci rzucali się na przedmiot dla nich przykry, by go podrzeć, zniszczyć, lub się go oddaleniem pozbyć.

Inni okazywali nieprzezwyciężoną żądzę do błyszczącego kruszcu, a zwłaszcza do gołych mieczy, którymi po szermiersku wywijali, a namiętnemu temu pragnieniu nie oparły się również i niewiasty; inni znowu gałązek winnych lub trzcinowych się imali, wdzięcząc się niemi śród tańca. Wiara ludu dopatrywała się w wyborze różnych przedmiotów rozpoznawczego znamienia: szukających miecza miał ukąsić niedźwiadek apulski, bawiących się zaś gałązką roślinną tarantula.

Poetycznym nastrojem tchnie inna osobliwość tarantyzmu, polegająca na jakiejś niewymownej tęsknocie do modrego morza. I w tym objawie idealizującej wyobraźni odbija się wyraźnie realizm włoski od giermańskiego spirytualizmu.

Pląsarze nadreńscy bowiem nie o rzeczach ziemskich marzyli, lecz widzieli otwarte niebo z chórami aniołów i świętych. Niektóre przechowane pieśni tchną tem pragnieniem. Jedną z nich razem z nutą ogłosił z Kirchera (*Magnes v. de arte magnetica. Romae 1654, fol. p. 591*) Hecker. Powtarza się w niej tęskna zwrotka: *Allu mari importali, — Se voleti che mi sanati — Allu mari, alla via: — Cosi m'ama la Donna mia — Allu mari, allu mari: — Mentre campo, l'aggio amari.* — (Do morza mię nieście, Jeśli chcecie, bym wyzdrowiał, Do morza, do drogi, — Jak mię kocha panna moja — Do morza, do morza między polem, a falą gorzką).

W niektórych żądza ta była tak wyuzdaną, iż się rzucali do fal morskich.

Inni w sposób łagodniejszy poprzestawali na pieszczeniu się wodą, zawartą w szklance lub dzbanku, z którym najdziwniejsze wyprawiali ruchy. Niektórzy znowu zwierciadeł pragnęli i przeglądając się w nich głęboko wzdychali, jakoby nad swoją postacią się litowali.

Jedną z głównych właściwości takiego napadu był jego skutek zbawienny, zwłaszcza jeżeli nie tamowano jego swobodnego rozwoju, lecz owszem starannie go pielęgnowano stosowną muzyką i podtrzymywaniem obfitych potów.

Udawało się wtedy albo przywrócić zdrowie na zawsze, co wszelako do arcyrzadkich liczyło się wyjątków, albo też — co bywało zwykle — uwolnić chorego na rok cały od dręczących dolegliwości.

Powtarzanie się tego widowiska coroczne było więc prawidłem, a jakkolwiek przeciąg ten czasu liczyć się był winien od chwili pierwszego wybuchu, a zatem i przypadać u różnych osób na różne pory, to jednakże z powodu, iż tylko gorące lato należało na owo złowrogie ukąszenie, ustaliła się kolej tych powrotów i to występujących pospólnie w miesiącach zwykle czerwcu, lipcu i sierpniu, a szczególniej w dwóch ostatnich.

Wyglądali z utęsknieniem tej chwili nietylko cierpiący, spodziewający się sami dla siebie pomocy, ale i ciekawa i ochocza gawiedź, dla której muzyka z pląsami była wesołą zabawą, z której choćby pod pozorem udanej choroby korzystać nie omieszkała.

Ulegały tej pokusie głównie niewiasty i dlatego to porę ową, w której zwykle grajkowie snuli się po okolicy, by przygrywanemi tarantellami zbawczą nieść pomoc, nazwano małemi zapustami pań »*il Carnavaletto delle donne*«. Kto tej dorocznej gimnastyki zaniedbał, lub rozpoczętą porywczo przerwał, przypłacał tę nieostrożność całorocznemi znowu dolegliwościami, a co gorsza, narażał się, jeżeli i w następnych latach uporcie pląsów przesilnych zaniechał, na nieuniknioną schorzałość, puchlinę wodną i inne zabójcze następstwa. (Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 3 listopada.

* Powołanie wielkiej liczby lekarzy z Królestwa Polskiego na pole walki, jak było do przewidzenia, spowodowało zupełny brak ich w niektórych miejscowościach, szczególnie w małych miasteczkach, gdzie praktykował tylko jeden lub dwóch lekarzy. By zaradzić dotkliwej potrzebie, rząd rosyjski, jak nas zapewniają, postanowił tolerować w takich miejscowościach lekarzy zagranicznych, nieposiadających ustawowo wymaganego dyplomu rosyjskiego. W ostatnich dniach kilku obywateli z Królestwa Polskiego poszukuje w Krakowie lekarzy dla objęcia praktyki w miejscowościach, pozbawionych z powodu wojny pomocy lekarskiej. Starania te nie mogą osiągnąć skutku, jak długo lekarze galicyjscy nie dostaną rękojmi, że stanowisko ich wobec rządu rosyjskiego będzie legalne, a jednocześnie, że znajdą tam warunki do pracy i do pokrycia trudu i kosztów przeniesienia się.

* Dr. Záhoř, zdając sprawę w „Časopisie lékářů českých“ ze Zjazdu lekarskiego w Belgradzie, czyni uwagę, że z narodów słowiańskich brakowało tylko Rosyan i Polaków: dlaczego nie przybyli Rosyanie, odgadnąć łatwo; co się zaś tyczy Polaków, to ci nie przybyli, bo nie tylko nie byli proszeni, ale nawet nie zostali zawiadomieni, że ten Zjazd miał się odbyć.

* Dnia 31 października odbył się w U. J. wykład habilitacyjny Dr. Stanisława Droby na temat: „Znaczenie mikrobów w chorobach, zwanych zatruciami mięsem“. Dr. Droba habilituje się do wykładów bakteryologii.

* Komitet, zajmujący się uczczeniem pamięci zasłużonego prof. Brodowskiego, na czele którego stoją lekarze warszawscy: Dmochowski, Janowski, Kryński, Radziwiłłowicz i Wróblewski, zwraca się do wszystkich, komu pamięć i zasługi zmarłego nie są obce, z prośbą o nadsyłanie ofiar na utworzenie funduszu, z którego odsetki będą przeznaczone albo na peryodycznie powtarzaną pracę z dziedziny anatomii patologicznej, albo na kształcenie młodego lekarza w zakresie medycyny teoretycznej.

* Docent M. W. Herman, asystent i długoletni spółpracownik prof. Rydygiera we Lwowie, a zaszczytnie znany chirurg i pisarz, ustąpił z kliniki lekarskiej i zamieszkał na stałe we Lwowie. Posadę Doc. Hermana nadał wydział lekarski Dr. Antoniemu Rydygierowi.

* Centralny związek niemieckiego Czerwonego Krzyża powołał nadzwyczajnego profesora Petersena z Heidelbergu do Irkucka w celu objęcia naczelnego stanowiska w organizacyi Czerwonego Krzyża. Docent Schäffer również z Heidelbergu udaje się do Mandżuryi.

* „Nowoje Wremia“ donosi, że wszystkie osoby należące do składu Czerwonego Krzyża, które dostały się do niewoli japońskiej, zostały uwolnione przez rząd Mikada.

* W Nr. 3 czasopisma „Archiw biołogiczeskich nauk“ Pani Ziber Szumowa ogłosiła „Szkic naukowej działalności ś. p. prof. M. Nenckiego.“

* Krajowa Rada zdrowia ukonstytuowała się na następujące 3-lecie, wybierając przewodniczącym prof. Czyżewicza, zastępcą przewodniczącego Dr. Festenburga.

* W liczbie spółpracowników paryskiego miesięcznika „La Revue de puericulture“ znajdujemy nazwisko Dr. Tadeusza Zeleńskiego, asystenta profesora krak. kliniki pedyatrycznej, czasowo dla studyów przebywającego w Paryżu.

* Cesarz nadał lwowskiemu okuliście, Dr. Teodorowi Bałabanowi tytuł radcy cesarskiego.

* Do Nr. dzisiejszego załączamy prospekt Zakładu wychowawczo-naukowego L. Szwejgiera w Zakopanem. Na Zakład ten zwracamy uwagę czytelników naszych, gdyż prócz celów pedagogicznych ma on zadanie higieniczne i jest jedyną instytucyą, w której dzieci chorowite, obarczone dziedzicznie i słabo rozwinięte mogą pobierać w kraju nauki śród najlepszych warunków sanitarnych, nieraz decydujących korzystnie o ich życiu.

* Między 9 a 15 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim, jaworowskim, przemyślańskim, stryjskim, tarnopolskim (po 1 gminie), rawskim (2 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Peter z Wrocławia mianowany został prosektorem porównawczej anatomii i histologii w Würzburgu.

Nekrologia. Dr. Jan Stockman, lat 59, — w Warszawie. Dr. Guilleton, prof dermatologii, — w Lugdunie. W Berlinie zmarł w 61 r. życia prof. Bartels, głośny antropolog.

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr. 43. Goldflam: Przypadek przepukliny płucnej. Gaszyński: Nowa metoda mierzenia miednicy przyrządem własnym (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr. 19. Biehler: Przyczynek do działania zastrzykiwań podskórnych arszeniku u dzieci.

— *Gazeta lekarska* Nr. 43. Malinowski: O leczeniu płonicy surowicą przeciwpłoniczą wyrobu pracowni Dr. Palmirskiego. Szmurło: O klimatycznem znaczeniu stepów na południowym wschodzie Rosyi, oraz leczeniu kumysem (dok.). Sterling: Badania nad czuciem wibracyjnem i jego znaczeniem klinicznem (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 21 zawiera: Położenie materyalne i stanowisko społeczne lekarzy w Galicyi. — Akcya Izb lekarskich w sprawie specyfików. — Sprawozdanie z III-go Zjazdu lekarzy okręg. galic. — Uregulowanie płac i emerytury lekarzy okręgowych w powiecie dobromilskim. — Strejk lekarzy w Tarnowie. — Z niwy dziennikarskiej.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 43. Frankenberger: O nálezech bakteryi w hrtanu se zvláštním zřetelem k bacillu tuberkulosnímu (c. d.). Jerie: Sectio caesarea vaginalis sec. Dührssen (c. d). Kopfstein: Vrozený defekt prsních s valů levé strany.

— *Lékařské rozhledy* Z. 10. Bakeš: Cholelithiasis.

— *La Presse médicale* Nr. 84 Zjazd chirurgów francuskich (17—22 X).

— Nr. 85. Lermoyez i Bellin: Zasady operacyjne w leczeniu ropnego, ostrego i ogólnego zapalenia opon mózgowych. Lapersonne: Urazowo-histeryczne zaburzenia oczne a wypadki przy pracy. Jayle: Wywiady u chorej z punktu widzenia ginekologicznego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 43. Wernicke: Przypadek nerwicy kurczowej. Baumgarten: Próby uodporniania przeciw gruźlicy. Küster: O nader skutecznem leczeniu suchot i innych ciężkich chorób zakaźnych środkami odkażającymi, zastosowanymi wewnętrznie. Immelmann: Znaczenie promieni Röntgena dla ekspertyzy lekarskiej. Wolff: Badania nad niektóremi zagadnieniami odporności (c. d.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 43. Seiller: Leczenie wziewaniami. Eisenberg: O pokrewieństwie różnych typów bakteryi czerwonkowych. Jellinek: O dotychczas przeoczonym objawie choroby Basedowa. Schultz: Uwaga, dotycząca oddziaływania prawidłowej wydzieliny gruczołu krokowego.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 43. Jesionek i Kiolemenoglou: Znalezienie tworów protozoowych w narządach dziedzicznie kiłowatego płodu. Hoffmann i Küster: Przyczynek do bakteryologii raka wodnego. Kelling: Przyczyny, zapobieganie i rozpoznanie za pomocą surowicy krwi raka żołądka i jelit. Grunert: Przypadek skręcenia powrózka nasiennego. Mohr: Niezupełne skręcenie powrózka nasiennego z samoistnem odkręceniem. Krannhals: O graficznem uchwyceniu wyników fizykalnych. Künzel: Ropne zapalenie otrzewnej w następstwie ostrego zapalenia migdałków. Langemak: Opaski z juty wełnianej. Avel: Leczenie dychawicy środkami tajemnymi i patentowanymi. Kaufmann: Przyczynek do leczenia łuskowatej cewki moczowej.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 44. Levin: Istotna podstawa działania leków, zwłaszcza przetworów odkażających. Citron: O ilościowem oznaczaniu cukru w moczu ze szczególnem uwzględnieniem jodometrycznego oznaczania cukru. Wormser: Użycie rękawic kauczukowych przy ręcznem oddzieleniu łożyska, oraz uwagi nad przyczynami zatrzymania łożyska. Bröse: O sztucznem ropieniu podług metody Fochiera w sprawach ropniczych. Herhold: Przypadek wyworczenia gardła na szyi („laryngocele“ Virchova). Liermann: Leczenie złamań kości (dok.).

Redakcya otrzymała. Landau: Die Schulärztefrage in Österreich. Hicner: Uwagi nad zawodem lekarskim w chwili obecnej.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 43 (od 23/X do 29/X) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 28, dz. 31; nieżywo: chł. 3, dz. 2. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 12 kob. 13; zamiejscowych: męż. 12, kob. 10.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 5, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. —. 4) dławiec i błonica: miejsc. 1, ob 3. 5) krztusiec: miej. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —. ob. —. 7) płonica: miej. —. ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —. ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 3, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —. ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 5. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 6, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 25, obcych 22.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 9 listopada, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Nowotny mówić będzie „O ciałach obcych w nosie, gardle i przełyku“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Fersan. Z dołączonego do dzisiejszego numeru ogłoszenia wiedeńskiej fabryki fersanu wynika, że lek ten w postaci proszku i kołaczyków można obecnie dostać we wszystkich aptekach także w prostszem opakowaniu (expeditio simplex) po tańszej cenie. Przetwory fersanowe w prostem opakowaniu zostały przez wiele kas chorych, np. przez okręgową kasę chorych w Wiedniu, urzędowo dopuszczone do ordynacyi.

Sławne na cały świat źródła:

VICHY

własność francuskiego Państwa.

Administracya

Paryż, 24 Boulevard des Capucines 24.

Polecane przez pierwsze powagi lekarskie:

Celestins: w chorobach nerek, cierpieniach dróg moczowych, w dnie i cukrzycy.

Grande-Grille: w kolkach wątrobnych i kamykach żółciowych, w zastojach w zakresie organów jamy brzusznej.

Hôpital: we wszystkich niestrawnościach.

Przetwory: sole do kąpieli i picia, pastylki.

Składy we wszystkich składach wód mineralnych i aptekach.

Prawdziwe tylko wtedy, jeśli kapsle i etykiety noszą firmę źródła.

Należy zawsze podawać dokładnie nazwę żądanego zdroju. 101

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia **0·10**, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005, i **strychiny** 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrwewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej **w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.**

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin"

Budapeszt, VI, Waitzner Bolevard 17.

Sapomenthol

nagrodzony dyplomem honorowym i złotym medalem na wystawach międzynarodowych w Paryżu i Londynie 1901, Marsylii 1902.

(Maść Sapomentholowa)

nacieranie ból uśmierzające wyrobu **Eugeniusza Matuli**, aptekarza **w Radomyślu** koło Tarnowa



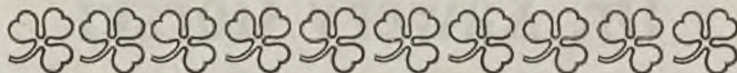
Maść ta z najlepszym skutkiem używana w cierpieniach reumatycznych, gośćowych, nerwobólach itp. poleca się jako środek zewnętrzny, szybko działający! 81

Sposób użycia: miejsce zbolałe, naciera się 2—3 razy dnia, poczem je owija watą lub flanelą.

Expedyowaną bywa, tylko w słoikach oryginalnych po cenie **1** kor. **40** i większych po **5** koron.

Broszury i próbki dla WPF. Lekarzy na żądanie franko, przesyła **apteka Eugeniusza Matuli Radomyśl koło Tarnowa.**

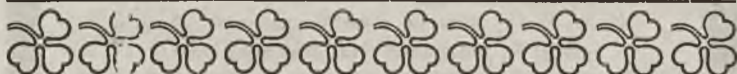
Składy we wszystkich aptekach.



Ważne dla Panów Lekarzy!

Tylu lekarzy pada corocznie ofiarą zawodu, pozostawiając rodziny niezaopatrzone. Złemu dałoby się zaradzić, gdyby pp. lekarze pamiętali o ubezpieczeniu się podług najtańszej taryfy na przeżycie w asekuracyi **„THE STAR" w Londynie.** Asekuracya ta najtańsza w świecie przyjmuje ubezpieczenia za opłatą tylko połowy wkładek. 218

JENERALNA REPREZENTACYA dla GALICYI
EDWARD KLEIN, Lwów, ul. Kopernika l. 24.



Xeroform

Najlepszy przetwór zastępujący skutecznie jodoform.

W użyciu bezwonny, jałowy, nie trujący podany nawet wewnętrznie w dużych dawkach jako środek odkażający jelita. Koi bole tamuje krwotoki, nie drażni, nie wywołuje wyprysku. Znakomity środek odwaniający, działa osuszająco i pobudza przybłonek do bujania. **Środek swoisty w ulcus cruris, intertrigo, wyprysku sączącym i oparzeniach.** W zastosowaniu tani, gdyż mało go się zużywa.

— Brunsa pasta xeroformowa. —

Creosotal

Creosotal »Heyden«, nietylko znakomity środek **przeciwgruźliczy**, lecz również **lek swoisty** w zakaźnych niegruźliczych chorobach dróg oddechowych. **Szybkie wyleczenie zapalenia płuc** (zapalenia płuc ogniskowego, odrowego, grypowego, błoniczego) po zastosowaniu dużych dawek Creosotalu: 10 do 15 g dziennie w 4 dawkach, dla dzieci dawka dzienna 1 do 6 g.

Próbki i literaturę wysyła 2b
Chemiczna fabryka Heydena, Radebeul-Drezno.

Rok XLIII. Kraków 12 Listopada 1904. Nr. 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Drugi mój sposób wycinania żołądka.

Podał

L. Rydygier,

c. k. Radca Dworu.

Zastanawiając się w czasie ubiegłych wakacyj nad wynikami naszych operacyj na żołądku, przyszedłem do przekonania, że mogłyby być lepsze i to tak co do bezpośredniego niebezpieczeństwa dla chorych, jak i co do trwałości wyleczenia. Podzielam bez zastrzeżeń przekonanie tych, którzy twierdzą, że wyniki w jednym i drugim kierunku jużby się poprawiły, gdybyśmy tylko chorych we wcześniejszym okresie cierpienia dostawali do operacyi. Jest to wdzięcznem zadaniem panów internistów rozpoznać cierpienie możliwie wcześnie, nad czem też — przynajmniej dotychczas — niestety może z większym wysiłkiem, niż skutkiem, usilnie pracują. Wszakżeż niemałe to i niełatwe zadanie mają do rozwiązania: co ważniejsza — rzadko tylko chorzy w pierwszych początkach cierpienia chcą posłuchać rady lekarza i poddać się operacyi. A lekarz internista nie napiera, — rozumując, przyznaję, nie bez słuszności, tak: „Gdyby niebezpieczeństwo operacyi samej było mniejsze, a trwałe uleczenia po niej częstsze, i my przemawialibyśmy wcześniej i gorręcej za operacyą i chory decydowałby się na nią chętniej i bez dłuższego namysłu.“ Wpadamy w błędne koło: chirurdzy powiadają: wykażemy się lepszymi wynikami, gdy nam przysyłać będziecie wcześnie chorych do operacyi, interniści zaś, a za nimi chorzy, powtarzają: na operacyę w samym początku cierpienia zgodzimy się, gdy nam udowodnicie, że potraficie dojść do lepszych wyników. Trzeba zatem przerwać to błędne koło, a inicyatywę dać muszą chirurdzy.

Zastanawiając się nad szeregiem operacyj, przezemnie na żołądku wykonanych od r. 1880, — a zatem w ciągu 24 lat, — przyznać muszę, że wycięcie odźwiernika mimo wszelkie zmiany i poprawki techniczne, nad któremi obok wielu innych i ja z moimi uczniami pracowałem, jest operacyą niebezpieczną dla chorego, trudną dla chirurga. Wyjąwszy dwa przypadki, operowałem zawsze wedle własnej metody, opisanej przezemnie w pierwszem dotyczącem ogłoszeniu, którą, jak wiadomo, z czasem nieznacznie w szczegółach zmieniałem. Nie wdając się w spór o pierwszeństwo w podaniu tej metody, powtórzę tu tylko to, co swego czasu, odpowiadając panu Stieda w *„Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“*, napisałem: „Ten sposób okrężnego wycięcia odźwiernika, w którym: otwieramy jamę brzuszną w linii środkowej; w którym dwunastnicę przyszywamy wprost do resekcyjnej rany w żołądku, i to *de regula* do krzywizny większej; w którym zbywającą część rany resekcyjnej w żołądku zaszywamy osobnym szwem; wreszcie w którym do szycia używamy szwu kuśnierskiego (ciągłego) — ten sposób, powtarzam, powinien być nazwany mojem nazwiskiem.“

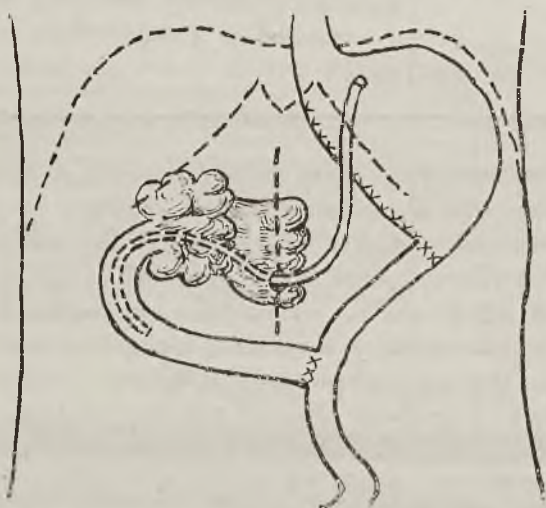
Wzbogacony jednak doświadczeniem ubiegłych lat 24, przyznaję, że metoda ta, zwłaszcza w przypadku dalej posuniętego raka odźwiernika, i mnie niezupełnie zadawalnia. Z powodu trudności technicznych (połączenie cienkich ścian dwunastnicy z grubemi ścianami żołądka; *punctum minoris resistentiae* tam, gdzie szew zamykający krzyżuje się ze szwem okrężnym), sposób ten nie jest bez niebezpieczeństwa, a potem nie zawsze może być doszczętnym. Zdarzają się bowiem przypadki, w których nowotwór przerasta na dwunastnicę. A w tych razach po doszczętnem wycięciu tkanki, nietylko już zmienionej, ale i podejrzanej, — a tylko po takiej operacyi liczyć możemy na trwałe wyniki, — napotkać możemy na niepokonalne trudności techniczne. W przypadkach początkowych raków i cierpień niezłośliwych, zwłaszcza wobec wrzodu okrągłego, i w przyszłości, jak dotychczas, temu sposobowi dam pierwszeństwo przed każdym innym. Przy tej sposobności raz jeszcze z naciskiem chcę zaznaczyć, że we wrzodzie okrągłym odźwiernika uważam wycięcie odźwiernika za metodę z wyboru, stanowczo lepszą, niż zakładanie przetok żołądkowo-jelitowych i cieszę się, że w ostatnich czasach Jedlička[1]) w pracy znakomitej i przekonywającej zajął to samo stanowisko.

Dla tych jednak przypadków, w których nowotwór odźwiernika przerósł już daleko na żołądek i na dwunastnicę, ze wszystkich dotychczas znanych metod najlepszą wydawałaby mi się właściwa Billrothowska metoda wycięcia odźwiernika (t. j. gastroenterostomia bezpośrednio po resekcyi odźwiernika), gdyby nie miała pewnych i to niemałych wad. Wykonana na jednem posiedzeniu, jest zabiegiem ciężkim, z pewnością za ciężkim dla chorych, rozporządzających tak małym zasobem sił odpornych, jak właśnie chorzy, dotknięci rakiem odźwiernika; rozłożona zaś na dwa posiedzenia (a więc na pierwszem gastroenterostomia, a dopiero na drugiem resekcya odźwiernika), zwykle chybia celu. Mnie przynajmniej nie udało się nigdy nakłonić chorych po pierwszej operacyi (t. j. po gastroenterostomii), po której zawsze (oczywiście o ile poprzednio istniało zwężenie odźwiernika) następuje znaczna poprawa podmiotowa i przedmiotowa, do zgody na drugą. Nawet pewien kardynał, operowany przezemnie z powodu raka odźwiernika, który przecież — *sit venia verbo* — z urzędu niejako nie powinien żywić trwogi przed możliwą śmiercią, po pierwotnej gastroenterostomii nie zgodził się na wtórną resekcyę.

[1]) Zur operativen Behandlung des chronischen Magengeschwürs. Prag 1904. Verlag v. Bursik u. Kohout.

Aby więc sposób wycięcia żołądka jak najmniej niebezpiecznym i radykalnym uczynić, a chorych zmusić niejako do poddania się zabiegowi wtórnemu, obmyśliłem następujący program postępowania, który poniżej opisuję.

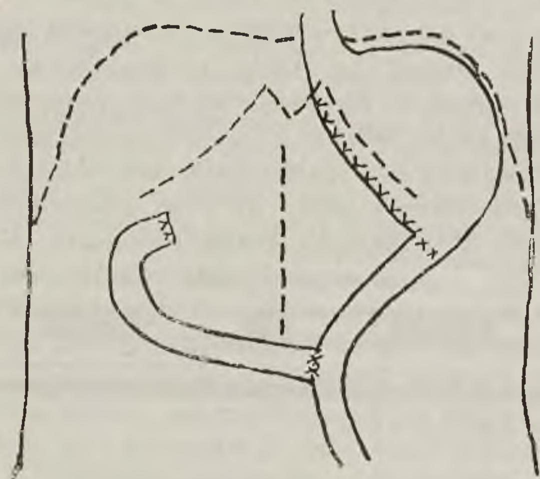
Rycina I.



Stosunki po zabiegu pierwszym.

Zabieg I. (Ryc. I). Otwarcie jamy brzusznej cięciem w linii białej; po założeniu uciskadeł, przecięcie żołądka zdala od guza i zajętych gruczołów, a zatem blizko wpustu; przecięcie jelita czczego w odległości 30—40 ctm. od *plica duodenojejunalis*; wszycie doprowadzającego końca przeciętego jelita czczego w otwór, zrobiony na ramieniu odprowadzającem tegoż jelita w odległości 15 ctm. poniżej przecięcia; wszycie odprowadzającego ramienia przeciętego jelita czczego w dolną, a więc tuż przy krzywiźnie większej położoną,

Rycina II.



Stosunki po zabiegu drugim.

część rany resekcyjnej żołądka, oczywiście w jego części wpustowej, z zaszyciem pozostałej części światła przeciętego żołądka; przeprowadzenie sondy żołądkowej przez całą część żołądka, położoną po stronie odźwiernika i przez sam odźwiernik aż do dwunastnicy; wszycie części odźwiernikowej żołądka w ranę połaparotomijną, którą zamykamy, pozostawiając w niej jedynie przetokę, konieczną do przepuszczenia sondy.

Ten pierwszy zabieg nie jest oczywiście tak ciężkim do zniesienia dla chorego, jak rozległa resekcya ścian żołądka. Bezpośrednie niebezpieczeństwo zmniejsza się jeszcze dzięki temu, że przez wprowadzoną sondę możemy chorego bezpośrednio po operacyi forsownie odżywiać, pomijając zupełnie żołądek i nie wystawiając na próbę wytrzymałości dopiero co założonego szwu żołądkowo-jelitowego.

Pozostawiona przetoka żołądkowa skłonić powinna chorych do zgody na zabieg II (Ryc. II): Powtórne otwarcie jamy brzusznej; oddzielenie ścian żołądka od ścian powłok brzusznych; rozległa resekcya guza, przyległych ścian żołądka, dwunastnicy i zajętych gruczołów; zaszycie i zapuszczenie dwunastnicy; szew powłok brzusznych.

Ten sposób wycinania rozległych nowotworów okolicy odźwiernikowej żołądka jest 1) mało niebezpiecznym, rozdzielić go bowiem możemy na dwa zabiegi i dozwala bezpośrednio po pierwszym, kiedy to jeszcze siły chorego bardzo wiele pozostawiają do życzenia, rozpocząć forsowne odżywianie chorego z pominięciem żołądka i bez troski o wytrzymałość szwu żołądkowo-jelitowego; 2) dozwala na jak najdoszczętniejsze wycięcie nowotworu, choćby przechodził na dwunastnicę; 3) zmusza chorego do poddania się drugiemu zabiegowi z powodu pozostawionej przetoki.

Spodziewam się, że w każdym przypadku da się przesunąć choćby bardzo cienka sonda żołądkowa przez rakowato zwyrodniały odźwiernik po przecięciu żołądka i szerokiem otwarciu światła.

II. Kilka uwag o dychawicy oskrzelowej *(asthma bronchiale).*

Podał

Prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy).

Dychawica, tak napadowa, jak i przewlekła lub stała, cechuje się podobnie, jak nieżyty przebiegające z dusznością, o których powyżej była mowa, głównie utrudnieniem wydechu, gdy wdech odbywa się o wiele łatwiej. Skutkiem tego powietrze wdechem wciągnięte do płuc uchodzi z nich przy wydechu wolniej i może nawet nie wyjść całkowicie, lecz pozostawać w nich częściowo nawet po ukończeniu wydechu, a wtedy, nagromadzając się stopniowo coraz bardziej, rozdyma płuca i nie dozwala klatce piersiowej powrócić do pojemności, jaka odpowiada końcowi wydechu, lecz utrzymuje ją na pewnym stopniu wdechowego rozszerzenia. Samo to sprzeciwia się przyjęciu kurczu oskrzelek za przyczynę napadu dychawiczego; jeżeli bowiem oskrzelka kurczowo ściągnięte zostaną, to przechodzące przez nie powietrze takiej samej doznawać musi przeszkody podczas wdechu w drodze do pęcherzyków płucnych, jakiej doznaje w powrocie z nich podczas wydechu; musiałby zatem wdech i wydech być równo utrudnionym. Jeżeli natomiast przyjmiemy obrzmienie błony śluzowej za przyczynę zwężenia oskrzelek, to wydech doznać musi większego utrudnienia, niż wdech. Podczas wdechu bowiem rozszerza się klatka piersiowa, a powietrze, wchodząc do płuc, rozdyma wszystkie ich części podatne, t. j. tak dobrze pęcherzyki płucne, jak i błoniaste

rurki oskrzelowe, a nawet błoniaste części ścian tych oskrzeli, które zawierają jeszcze chrząstne pierścienie; przytem odsuwać się też muszą i grzebienie podziałowe od końców rurek oskrzelowych. W ten sposób droga dla powietrza wdechowego rozszerza się w miarę głębokości wdechu coraz bardziej. Podczas wydechu natomiast, t. j. skoro tylko mięśnie wdechowe działać już przestaną, niknie siła, która płuca trzymała w rozdęciu; skutkiem tego pęcherzyki płucne i rozdęte oskrzelka ściągają się coraz bardziej, wypychając z siebie nagromadzone powietrze. Jeżeli błona śluzowa oskrzeli jest obrzmiała, to w miarę wydechowego ściągania się światła oskrzelek mogą się stać tak wązkie, że będą przejście powietrza utrudniać; ponieważ jednak siła wypychająca powietrze, t. j. elastyczność pęcherzyków płucnych i ścian oskrzelek, pozostaje ta sama, co przedtem (gdyż wydech odbywa się biernie), przeto powietrze uchodzić musi wolniej i potrzebować będzie więcej czasu, niż w stanie prawidłowym, by wyjść w całej ilości, w jakiej poprzednio zostało do płuc wciągnięte. Grzebienie podziałowe wsuwać się teraz będą w końce rurek oskrzelowych, utrudniając tem bardziej odejście z płuc powietrza, a przy większem obrzmieniu zatkać je nawet mogą zupełnie, wstrzymując przez to dalsze jego wychodzenie. Przytem i bez tego zajść może potrzeba nowego wdechu, zanim powolny wydech jest w stanie wydalić całą ilość wciągniętego poprzednio do płuc powietrza. Przez to część jego zostanie zatrzymaną w płucach, które będą więcej, niż zwykle po ukończeniu wydechu, rozdęte, a stąd i klatka piersiowa będzie bardziej rozszerzoną. Następujący teraz wdech nie napotka jednak takiej przeszkody, bo przy ponownem rozszerzeniu się klatki piersiowej oddalą się zaraz grzebienie podziałowe od wylotów oskrzelek, a oskrzelka same będą się rozszerzać coraz więcej, a choć nie dojdą do tej wielkości światła, co w stanie prawidłowym, to przecież mniej przeszkody stawiać będą wchodzącemu do płuc powietrzu, niż stawiały powietrzu wychodzącemu z płuc, gdy się coraz bardziej ściągały. Łatwo pojąć, że tu wydech doznawać będzie coraz bardziej wzmagającego się utrudnienia, gdy wdech odbywać się będzie w miarę głębokości coraz łatwiej; gdyby zaś oskrzelka były kurczowo ściągnięte, to nie dopuszczałyby rozszerzania się ich światła podczas wdechu, a wtedy wdech, napotykając taką samą przeszkodę, jak wydech, musiałby być tak samo jak wydech utrudnionym. Że błoniaste ściany oskrzeli rozdymają się podczas wdechu, a ściągają podczas wydechu, wnosić mogę z tego, co po tracheotomii przy dolnej tracheoskopii, zwłaszcza u małych dzieci, noszących długo kaniulę, nieraz widzieć miałem sposobność. Już przy lekkiem oddychaniu zauważyć można pewne zwiększanie się światła tchawicy podczas wdechu, a zmniejszanie podczas wydechu, pochodzące od odchylania lub wpuklania się tylnej jej ściany; podczas wydechu nasilonego zaś, jak n. p. przy napieraniu dzieci, tylna ściana wtłacza się tak silnie, że światło tchawicy przybiera kształt półksiężyca, a przy rozmiękczeniu końców chrzęstnych pierścieni przychodzi nawet do zetknięcia się ściany tylnej z ścianą przednią. Podobnież zauważyć można, zwłaszcza u dzieci, podnoszenie się grzebienia podziałowego tchawicy ku jej światłu przy nasilonym wydechu. W jednym przypadku miałem nawet sposobność (u K i l l i a n a w Fryburgu) oglądać przy górnej bronchoskopii początki oskrzeli trzeciorzędnych u osoby zupełnie zdrowej, a wyćwiczonej umyślnie do badania bronchoskopijnego. Widziałem wtedy, jak przy zupełnie lekkiem oddychaniu oskrzela te rozszerzały się podczas wdechu, a zwężały podczas wydechu; na oko wydawały mi się one przy wdechu przeszło dwa razy większe, niż przy wydechu tak, żem się zdumiał, iż przy spokojnem oddychaniu tak wielka zmiana w ich wielkości powstawać może. Są to potwierdzenia z obserwacyi naocznej tego, co już *a priori* jako konieczne się przedstawia.

Przy pewnym stopniu obrzmienia oskrzelek doznać jednak może i wdech pewnego utrudnienia, które jednakże zawsze będzie mniejsze, niż przy wydechu. I tak, jeżeli obrzmienie osiągnie wyższy stopień, to mimo wdechowego rozszerzania się oskrzelek światła ich mogą być za wązkie, by wdychane powietrze bez przeszkody do płuc się dostało; przeszkoda ta jednak przez silniejsze działanie mięśni wdechowych łatwo będzie pokonaną, zwłaszcza, że w miarę siły wdechu oskrzelka bardziej się rozszerzają; to też wdech nie dozna przez to znaczniejszego wydłużenia. Przytem, zanim obrzmienie dojdzie do tego stopnia, żeby i wdech był wyraźnie utrudnionym, utrudnienie wydechu osiągnąć musi stopień o wiele wyższy tak, że i rozdęcie płuc przez nagromadzone powietrze będzie znaczne i klatka piersiowa będzie wybitnie rozszerzona. Skutkiem tego wdech nie będzie już mógł być tak głębokim, jakimby mógł być w razie potrzeby w stanie prawidłowym i nie zdoła nawet przy najwyższym stopniu działania mięśni wdechowych wciągnąć tyle powietrza, ileby mógł, rozpoczynając się przy zupełnem wydechowem opadnięciu klatki piersiowej i ileby chory pragnął w danej chwili wciągnąć z powodu duszności, jakiej doznaje.

Tak przy większej, jak i mniejszej ilości wdychanego, a tem samem i wydychanego powietrza wydech będzie w porównaniu z wdechem zawsze wydłużony, gdyż odbywa się biernie i przepiera powietrze przez coraz bardziej zwężające się oskrzelka, gdy wdech odbywa się czynnie i wciąga powietrze przez oskrzelka, które się w miarę jego nasilenia coraz bardziej rozszerzają. Gdy siła elastyczności pęcherzyków płucnych nie zdoła dość szybko wydalić powietrza, wspomaga ją w tem działaniu opadająca przy wydechu klatka piersiowa, która wprawdzie przy prawidłowem oddychaniu podąża tylko za kurczeniem się płuc, gdy płuca jednak napotykają przeszkodę w wydaleniu powietrza, przyczynia się także do jego wydalania, a przez to zwiększa ciśnienie w klatce piersiowej. Siła jej jednak przy opadaniu skutkiem li tylko jej elastyczności nie jest wielką, nie podniesie więc ciśnienia tak znacznie, a tem samem nie będzie utrudniać spływu krwi żylnej do prawego serca. To też nie spotykamy podczas napadu dychawiczego sinicy, podobnie jak jej nie spotykamy i w innych rodzajach zwężeń dróg oddechowych, jak długo wydech odbywa się biernie, a serce zadaniu swemu sprostać może. Jeżeli chory usiłuje pozbyć się nadmiaru powietrza z płuc za pomocą czynnego wydechu, to udaje mu się to częściowo tylko, gdyż wkrótce zwiększone parcie zaciska także szczelniej oskrzelka, tamując dalsze wychodzenie powietrza; zawsze jednak potem klatka piersiowa będzie mniej niż przedtem rozdęta, a następujący potem wdech może być głębszym, niż był poprzednio. Przy nasilonym wydechu rośnie ciśnienie w klatce piersiowej znacznie więcej tak, że spływ krwi żylnej do prawego

serca doznaje przez to wyraźnego utrudnienia; skutkiem tego nabrzmiewają żyły, a jeżeli nasilenie wydechu jest znaczne, powstaje sinica. Ponieważ największe nasilenie wydechu przychodzi przy kaszlu, przeto i sinica najłatwiej przy kaszlu wystąpi, zwłaszcza gdy jest on silny i uporczywy; po ustaniu kaszlu i wogóle nasilonych wydechów ustępuje też i sinica niebawem; jest ona zatem przypadem, który w dychawicy powstać może pod wpływem tych samych czynników, które ją i w innych stanach chorobowych wywołać mogą, nie jest jednak wcale objawem należącym do obrazu chorobowego dychawicy. To też nie spotykamy w napadzie dychawiczym sinicy (chyba przemijającą po kaszlu), a jedynie żyły szyjne bywają wypełnione więcej, niż po za napadem. Ten brak sinicy w dychawicy podnosi także w pracy powyżej wymienionej Goldschmidt, wykazując zarazem, jak błędne pod tym względem spotyka się opisy, które tradycyonalnie z książki do książki przechodzą. Jeżeli jednak po długiem trwaniu dychawicy stałej zwyrodniałe serce zaczyna słabnąć, wtedy powstaje z powodu braku odpowiedniej „*vis a tergo*“ zastój krwi żylnej i wytwarza się sinica, zwłaszcza pod koniec życia.

Wyżej opisanym zaburzeniom w sprawie oddychania odpowiada stan chorego, oraz wyniki badania. Chory odczuwa duszność, t. j. brak tlenu, bo powietrze zatrzymane w nadmiernej ilości w płucach, zmieszawszy się z powietrzem wdychanem, wpływa na obniżenie odsetka tlenu, jaki w powietrzu płucnem po dokonanym wdechu znajdować się powinien; prócz tego odczuwa chory rozdęcie płuc i klatki piersiowej, oraz to, że przy wdechu więcej niż w stanie prawidłowym rozszerzać ją musi, zwłaszcza, że pod wpływem duszności stara się więcej powietrza wciągnąć. Z powodu wydłużenia wydechu cały akt oddychania trwa dłużej, a stąd zwykle zmniejsza się liczba oddechów; zmniejszenie to jednak nie jest tak wielkie z powodu, że wdechy nie bywają wydłużone, ani też zbyt głębokie; z powodu duszności chory stara się przytem jak najczęściej powietrze wciągnąć, a dzieje się to na koszt pauz między oddechami, które się skracają i nikną w końcu zupełnie; przy wydechu przedłużonym może nastąpić potrzeba nowego wdechu nawet przed jego ukończeniem, a w ten sposób może nawet częstość oddechów doznać pewnego zwiększenia. To też spotykamy w napadach dychawiczych nieraz przyśpieszenie oddychania, jakkolwiek niewielkie, gdyż je ogranicza dłuższe trwanie wydechów; zazwyczaj jednak oddychanie bywa wolniejsze, niż w stanie prawidłowym, rzadko jednak opóźnienie wydechów osiąga wyższy stopień. Z powodu duszności wdechy bywają głębsze, po kaszlu bardziej jeszcze głębokie; głębokość ich jednak nie może dojść wysokiego stopnia, bo ogranicza ją rozszerzenie klatki piersiowej skutkiem rozdęcia płuc przez zatrzymanie w nich powietrza. W stanach przewlekłych uczucie duszności występuje słabiej, a przy spokojnem zachowaniu się może go wcale nie być tak, że dopiero przy ruchu powstaje. Pochodzi to stąd, że ustrój stopniowo może przywyknąć do znacznie mniejszej wymiany gazów, niż w stanie prawidłowym. To też i oddech bywa tu zwykle zwolniony i niezbyt głęboki; przy małym ruchu jednak staje się szybszy i głębszy, niż w stanie prawidłowym. Przy opukiwaniu chorego podczas napadu dychawicy odgłos zazwyczaj bywa nad całemi płucami mniej lub więcej wyraźnie bębenkowy; stwierdzić przytem można odpowiednio rozdęciu powietrzem rozszerzenie się granic płuc na koszt stłumienia serca i wątroby. Przy osłuchiwaniu uderzają obfite szmery, towarzyszące wydechowi, o charakterze syków, świstów, pisków i t. p., nie robiące jednak wrażenia poruszania się cząstek płynu. Szmery te są nad różnemi częściami płuc rozmaite: niektóre z nich dają się czasem usłyszeć już przy zbliżeniu się do chorego; inne występują dopiero przy końcu wydechu. Jeżeli chory wykonuje czynny wydech, szmery występują silniej tak, że je zwykle w pobliżu już usłyszeć można; stają się przytem obfitsze, a w części przyjmują nieraz charakter skrzypienia, które robi wrażenie, jakby się powietrze przedzierało przez rurki oblepione gęstą masą na pół płynną. Szmery wydechowe są odpowiednio do wydłużenia wydechu mniej lub więcej przeciągłe. Podczas wdechu słyszymy natomiast krótsze, a czasem nawet bardzo krótkie szmery o charakterze szumu, który zazwyczaj w początku bywa wyraźny, a następnie słabnie, czasem jednak trwa nieco dłużej i bywa przez cały czas trwania wcale głośny; pokrywa on szmer pęcherzykowy, którego zazwyczaj nie słychać wcale. Gdy napad mija, można stwierdzić obok ustępowania rozdęcia płuc zwykle wytwarzanie się rzężeń, które najczęściej dają się słyszeć zrazu w dolnych częściach płuc, a potem i w górnych, zamiast poprzednich suchych szmerów; niebawem jednak po wykrztuszeniu nikną zupełnie tak, że badanie prawidłowy już stan wykazuje. Przy krótkotrwałych napadach może nie przyjść do wytworzenia się rzężeń i wykrztuszenia wydzieliny, a suche szmery towarzyszące napadowi słabną i w końcu znikają. Podobne wyniki daje także badanie w dychawicy przewlekłej lub stałej. Spotykamy tu także różne obfite szmery suche przy wydechu, a obok nich często i przy wdechu szmery dość silne i względnie długie, a przytem czasem niezbyt obfite rzężenia i to najwięcej w dolnych częściach płuc. Odpowiednio do tego następuje rzadziej lub częściej wykrztuszanie wydzieliny, która bywa skąpą a gęstą i z trudem się tylko odrywa; rzadziej nie bywa jej wcale przez czas dłuższy.

Opisane powyżej objawy przysłuchowe pozwalają stanowczo twierdzić, że dychawica polega na zwężeniu gałązek oskrzelowych, że to zwężenie jednak występuje głównie przy wydechu, a zmniejsza się przy wdechu tak, że jeżeli i wdech doznaje jeszcze przeszkody, to ją bez trudu pokonywa. Charakter szmerów oddechowych podczas napadu dychawiczego pozwala twierdzić, że w oskrzelach nie znajduje się wydzielina płynna, nie pozwala on jednak na twierdzenie, że niema w nich wogóle żadnej wydzieliny; wydzielina bowiem gęsta, oblepiająca ściany oskrzeli, może być powodem zupełnie podobnych szmerów oddechowych, jak długo od ścian nie zostanie oderwana; przy czynnym wydechu powstają nawet szmery, które za obecnością takiej wydzieliny przemawiają. Wreszcie w dalszym przebiegu napadu powstają rzężenia, dowodzące wytworzenia się wydzieliny, która już nie jest tak gęstą, by się od ścian oskrzeli oderwać nie mogła, w końcu też zostaje ona wykrztuszoną. W wydzielinie tej spotykamy obok kryształków Leydena i ciałek wypocinowych barwiących się łatwo eozyną najbardziej dla dychawicy charakterystyczne twory, t. j. t. zw. skrętki Curschmanna, które, jak to już dziś stanowczo stwierdzono, nie są niczem innem, jak tylko gęstym śluzem, który oblepiał ściany oskrzelek. Nie możemy jednak przypuścić, że cały napad dychawiczy zostaje wywołany jedynie przez

oblepienie błony śluzowej oskrzelek tym śluzem, na wzór błon włóknikowych oblepiających oskrzela w dławcowem ich zapaleniu; musimy tu przyjąć i obrzmienie błony śluzowej, które już samo zwężenie oskrzelek wywołuje tak, że wytwarzająca się na ich ścianach powłoka gęstego śluzu zwężenie to potęgować tylko jeszcze może. Za tem przemawiają te przypadki, w których przy mijaniu napadu nie wytwarzają się ani rzężenia, ani nie następuje wcale wykrztuszenie wydzieliny. Wreszcie trudno przypuścić, by wytworzenie podobnej wydzieliny na zdrowej, zupełnie nie obrzmiałej błonie śluzowej powstać mogło; owszem przyjąć musimy, że i tu, podobnie jak w sprawach nieżytowych ostrych, naprzód powstaje jedynie obrzmienie, a potem wytwarza się skąpa, szklista i lepka wydzielina *(sputum crudum)*, która następnie, zwiększając się, staje się mniej lepką i mętną skutkiem domieszki ciałek wypocinowych *(sputum coctum)* i łatwiej się już odrywa. To też i w wydzielinie wykrztuszonej przez chorych na dychawicę spotykamy obok skrętków Curschmanna, przedstawiających wydzielinę zupełnie szklistą, także komórki wypocinowe (barwiące się eozyną). Tak więc cała sprawa chorobowa w dychawicy okazuje się pokrewną nieżytowi, i to t. zw. nieżytowi suchemu, który się cechuje silniejszem obrzmieniem błony śluzowej, a skąpą tylko wydzieliną. Jeżeli napad trwa krótko, może nie przyjść do wytworzenia wydzieliny wcale, a jedynie powstaje obrzmienie, które też w niedługim czasie ustępuje (podobnie jak t. zw. *„oedema angioneuroticum"* Strübinga); jeżeli zaś napad trwa przez czas dłuższy, to wytwarza się wydzielina lepka w niewielkiej ilości, a dopiero przy końcu napadu staje się obfitszą skutkiem domieszki ciałek wypocinowych. Wydzielina bywa wreszcie nawet w przewlekłej dychawicy zwykle skąpą tak, że zawsze zwężenie oskrzeli w części tylko do niej, a w części do obrzmienia błony śluzowej odnosić musimy. Gdybyśmy napady dychawicze tłómaczyć chcieli kurczem oskrzelek, to trudnoby było pojąć, w jaki on sposób powstanie wydzieliny wywołać może; a jeżeliby rzeczywiście wydzielina pod wpływem kurczu oskrzelek się wytwarzała, to trudno zrozumieć, dlaczego ona się zwiększa wtedy, gdy napad przemija, gdy zatem według tego przypuszczenia i kurcz ustępuje. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Wyciągi.

Wolff. **O istocie gruźlicy na podstawie nowszych badań i doświadczeń klinicznych.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 34). Cała nowsza nauka o etyologii, przebiegu, istocie i zwalczaniu gruźlicy wyszła od bakteryologów, higienistów, wogóle teoretyków i spoczywa w ich rękach; z tego powodu doświadczenia kliniczne lekarzy, którzy począwszy od Brehmera zajmowali się specyalnie gruźlicą, nie odpowiadają w całości wynikom badań bakteryologicznych. Nigdy też nie mogli oni podzielić przesadzonej trwogi przed prątkami, tak rozpowszechnionej przez bakteryologów, jakoteż nie mogą nie liczyć się z usposobieniem dziedzicznem, zaprzeczanem przez bakteryologów. Dogmata, głoszone przez bakteryologię, nie sprawdzają się i bakteryologowie sami zwalczają dogmat, jakoby gruźlica, co do powstania jej i przebiegu, była już zupełnie wyjaśnioną chorobą zakaźną. Koch sam zburzył swoją nową teoryą (o nieszkodliwości gruźlicy bydlęcej dla człowieka), znaczną część swego własnego dzieła. Behring wystąpił z teoryą, wręcz przeciwną nauce Kocha, a jego znowu zwalczają inni uczeni. Rozstrzygnięcie zaś tych spraw spornych jest zadaniem jedynie doświadczenia klinicznego, które potwierdza niektóre nowsze wyniki badań bakteryologicznych, lecz wykazuje zarazem, że wiele ważnych punktów co do istoty gruźlicy nie zostało jeszcze wyjaśnionych i że obraz gruźlicy może się jeszcze inaczej przedstawić, niż to dotychczas czyniono. I tak Wolff na podstawie swoich doświadczeń klinicznych już dawno wypowiedział to samo, co niedawno Behring, mianowicie, że zakażenie gruźlicą jest prawie ogólne i że prawie zawsze następuje ono już w dzieciństwie; że choroba zostaje potem często utajoną i jeśli w wieku późniejszym się rozwija, to nie z powodu ponownego zakażenia. Zakażenie i początek choroby, szczególnie w wieku dojrzałym, są czasowo rozdzielone. Tak samo Heubner uważa obecnie każdą postać zołzów, tak bardzo rozpowszechnionych u dzieci, za zakażenie gruźlicze. Trafne i zgadzające się z spostrzeżeniem klinicznem jest też rozróżnienie Behringa między gruźlicą a suchotami, a sanatorya nowoczesne nie są bynajmniej lecznicami gruźlicy, lecz czynią ją utajoną i mają tylko chronić gruźliczego osobnika od suchot. Wyleczenie zaś jest zawsze względne, a nieczynna z powodu leczenia gruźlica może przy każdej sposobności rozwinąć się w suchoty. Behring twierdzi również, że ponowne zakażenie osobników, już od dzieciństwa gruźliczych, nie jest możebnem, a jeśli się wydarza, to chyba tylko wśród pewnych nadzwyczajnych warunków. Lecz właściwie ani Koch, ani też Behring i inni bakteryolodzy, klinicyści i lekarze nie zajmowali się bliżej tem ważnem zagadnieniem, czy człowiek, który już przebył zakażenie gruźlicze, może mu uledz po raz wtóry? Schwarzkopf na podstawie swego materyału poliklinicznego doszedł do wniosku, że dla rozwoju jawnej gruźlicy płuc zakażenie prątkami gruźliczymi, wywołane przez nieostrożne obcowanie z suchotnikami, odgrywa ważną rolę, że dla powstania gruźlicy płuc po największej części wymagane jest częste i ciągłe zakażenie, że zaś samo obciążenie dziedziczne na powstanie jawnej gruźlicy niema najmniejszego wpływu. W. jednak sądzi, że w rzeczywistości tak nie jest, gdyż pomimo że w warstwach wykształconych panuje przeciwnie przesadzona trwoga przed zarażeniem się, pomimo że dwudziestoletnia walka przeciw niechlujności suchotników nie została bezowocną tak, że w sferach wykształconych wprost trudno o sposobność ciągłego zarażania się, zdarzają się ciągle przypadki gruźlicy u osób młodocianych, dzieci właśnie bogatych rodziców, które od młodości były dobrze pielęgnowane i odosobnione tak, że od urodzenia zakażenie było utrudnione, a nawet uniemożebnione. Nie inaczej więc, tylko że już najmniejsza i przejściowa sposobność zakażenia może potem wywołać suchoty. Statystyka z materyału poliklinicznego nie może też udowodnić, że obciążenie dziedziczne niema najmniejszego wpływu na powstanie jawnej gruźlicy płuc. Tu należy badać dokładnie każdy pojedynczy przypadek i codzienne doświadczenie lekarzy zakładów sanatoryalnych wykazuje przeciwnie, że usposobienie dziedziczne, albo lepiej powiedziawszy rodzinne, wywiera ogromny wpływ na schorzenie suchotnicze; lecz trzeba zawsze uwzględnić nietylko przypadki śmierci z gruźlicy, ale także wszelkie przypadki podejrzane i wyleczone, a pokaże się, że im więcej wyrażone jest usposobienie rodzinne, tem mniejsze przyczyny wystarczą dla wywołania choroby i przeciwnie. Co się zaś tyczy możliwości ponownego zakażenia, to W. sądzi, że gruźlica, która pod względem zakażenia przewlekłego, a często utajonego przebiegu, rozmaitego umiejscowienia, równa się kile i trądowi, i pod tym względem nie różni się od nich. I w gruźlicy ponowne zakażenie niema miejsca, a jeśli lekarz dokładnie bada, to zawsze stwierdzi, że pierwsze ślady chorobowe ukazały się już dawniej przed zjawieniem się widocznych objawów choroby; zołzowe schorzenia w dzieciństwie, skłonność do zapaleń i nieżytów płucnych, przejściowe wychudnienia, czasowe krwioplucie, bóle „gośćcowe", ograniczone do jednego barku i boku i t. p., są to objawy, które już dawno poprzedziły wybuch choroby i ukazują się później jako objawy utajonej gruźlicy lub początkowych suchot, a wskazują zarazem, jak choroba powoli i wśród wahań stanu zdrowia się rozwinęła. W licznych przypadkach wyraźniejsze schorzenie rozwinęło się pod wpływem cielesnych uszkodzeń i duchowego przygnębienia. W tem jednak zgadzają się spostrzeżenia kliniczne i badania bakteryologiczne, że świeże zewnętrzne zakażenie u gruźliczych może nastąpić, lecz zostaje lekkie i powierzchowne, n. p. na skórze toczeń, wrzód gruźliczy i t. d. Tak też powstają zakażenia wtórne na miejscach usposobionych. Sprawy gruźlicze powstają i szerzą się na drodze krwionośnej i nagabują przytem narządy, skądinąd już osłabione, jak schorzałe wskutek innych spraw płuca, upośledzone przez zniekształtnienie klatki piersiowej, lub osłabione przez cukrzycę i t. d.; musimy więc jeszcze uznawać usposobienie miejscowe różnych narządów i ich części. Wrota zakażenia zaś są różnorodne; odgrywają tu rolę i gruźlica zwierzęca i mleko krowie, wdychanie jak i pożywienie, a zakażenie przez skórę i błony śluzowe również jest prawdopodobnem, jak we wszystkich innych chorobach zakaźnych. Błędem jednak jest wnioskować z umiejscowienia rozwiniętej już choroby o sposobie jej wkroczenia i szerzenia się, jak to chcieliby właśnie czynić patologowie przy gruźlicy. Gruźlica więc jest

przewlekłą i zakaźną chorobą konstytucyjną, szerzącą się drogą krążenia na wszystkie narządy; jednorazowe zakażenie, które najczęściej następuje w dzieciństwie, wystarcza dla późniejszego schorzenia na suchoty, a wtórne zarażenie zostaje tylko sprawą powierzchowną bez dalszych następstw. *Dr. J. Fels.*

Prof. Wilms (Lipsk). **Przeczulica strefowa przy ranach postrzałowych głowy.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 36, 1904). Head wykazał, że w przeważnej liczbie chorób narządów wewnętrznych można znaleźć na powierzchni skóry okolice dotknięte przeczulicą, których położenie zależne jest od narządu zajętego chorobą. Z różną dla różnych narządów pewnością zdołano dotychczas oznaczyć położenie tych przeczulic; najmniej dokładnie jest ono znane przy zmianach w mózgu. Autor opisuje przypadek rany postrzałowej, w którym pocisk, przebiwszy kość czołową nieco na prawo od gładyszki, wszedł w płat czołowy prawej półkuli mózgu, mniej więcej $1^1/_2$ ctm. pod jej powierzchnią środkową i dostał się do komory mózgowej. W ślad za tem można było wykazać przeczulicę skóry na dolnej części kości potylicznej, na karku i szyi. Przeczulica ta była rozłożona symetrycznie po obu stronach, a sięgała aż do obojczyków. Tę zmianę czuciową uważa autor za strefę Heada i tłómaczy jej powstanie analogicznie do powstawania innych podobnych stref podrażnieniem śródczaszkowych splotów nerwu spółczulnego, które, przenosząc się przez górny zwój szyjny na pierwszy odcinek szyjny, promieniuje stąd przez nerwy odśrodkowe na odpowiednie okolicy skóry. Przypuszczano, iż takie strefy przeczulicy na szyi występują tylko w tych przypadkach, w których zatoka poprzeczna została uszkodzoną. Ponieważ jednak nie we wszystkich przypadkach, w których zatoka ta była uszkodzoną, znaleziono taką przeczulicę, w przypadku zaś opisanym przeczulica wystąpiła, mimo że zatoka była nienaruszoną, zatem autor przypuszcza, iż do jej powstania potrzebnem jest albo zniszczenie splotów okołonaczyniowych nerwu spółczulnego na bardzo dużej przestrzeni, albo też uszkodzenie opon w miejscu wyjątkowo bogatem we włókna tego nerwu. Należy przypuszczać, iż dalsze tego rodzaju przypadki nadadzą przeczulicom strefowym wartość przy oznaczaniu lokalizacyi zmian mózgowych. *Dr. A. Rydel.*

Leick. **Leczenie moczówki prostej wstrzykiwaniami strychniny.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 33, 1904). Przypadek ten dotyczy 49-letniego zdrowego dotychczas człowieka, który po upadnięciu ze schodów doznał silnego wstrząśnienia ośrodkowego układu nerwowego, w następstwie czego rozwinęła się typowa moczówka prosta (*diabetes insipidus*). Pod wpływem wstrzykiwań strychniny — (razem otrzymał chory w 20 dniach 0·0905 tego leku w 15 wstrzykiwaniach) — spadła ilość moczu z 8000 ctm.³ do 3400 ctm.³. Wkrótce wystąpiły objawy zatrucia, wobec czego przerwano lekowanie, a mimo to ilość moczu ciągle opadała, dochodząc wreszcie do 1700 ctm.³. Znamienną jednak w tym wypadku jest ta okoliczność, że nader nizki (1·005) ciężar gatunkowy moczu nie zmienił się, co wielce przemawia na korzyść strychniny; — gdyby bowiem wyleczenie nastąpiło samoistnie, możnaby bezwątpienia wraz z opadnięciem ilości moczu stwierdzić wzrost ciężaru gatunkowego. Ile jednak z tego kłaść na karb działania strychniny, autor nie rozstrzyga: w każdym razie przypadek ten wielce zachęca do dalszych prób. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Opitz. **Widoki na wyzdrowienie, oraz leczenie posocznicy połogowej.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1904, Nr. 27). Chirurgiczne leczenie gorączki połogowej, polegające na podwiązaniu i usunięciu schorzałych żył według Trendelenburga, lub wycięciu macicy według B. S. Schultzego, jest zdaniem autora możliwe tylko wyjątkowo, gdyż ustalenie wskazań, a czasem nawet rozpoznanie natrafia na wielkie trudności. O wiele lepiej jest usiłować wzmocnić ustrój i przygotować go do walki z chorobą, a więc leczenie zapobiegawcze. W razie wybuchu choroby należy się starać o bezwzględny spokój, staranne odżywianie ciałami białkowatemi, cukrem, mlekiem, (mało napojów wyskokowych), lewatywami odżywczemi, wlewaniami roczczynu fizyologicznego, wreszcie leczyć lekami, jak piramidon, fenacetyna, salipiryna, w razie potrzeby kamfora i naparstnica. Leczenie w razie potrzeby można wzmocnić podawaniem nukleiny według Hofbauera, antypiryny i śródżylnemi wstrzykiwaniami kolargolu, które dawały autorowi bardzo dobre wyniki, podczas gdy wcierania maści Credégo były w dwóch przypadkach zupełnie bezskuteczne. Wielki nacisk kładzie autor na dobrą i staranną opiekę. *B. Żmigród.*

Ganghofner i Langer. **O wessaniu rodzimych** (*genuin*) **ciał białkowatych w przewodzie pokarmowym nowonarodzonych zwierząt i osesków.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 34). Autorowie streszczają wyniki swojej pracy w następujących zdaniach: 1. Wprowadzone przez usta gatunkowo obce białko zostaje po części w przewodzie pokarmowym nowonarodzonych zwierząt wessane bez zmiany. Właściwość ta dała się doświadczalnie wykazać do końca pierwszego tygodnia życia. Począwszy od ósmego dnia życia nigdy jej nie stwierdzono. 2. Także u oseska można było stwierdzić podobny stosunek; możliwe jest, że u oseska przejście niezmienionego białka do krwi trwa nieco dłużej, co da się wyjaśnić dopiero przez dalsze tego rodzaju badania. 3. Przewód pokarmowy zwierząt starszych nie przepuszcza wśród prawidłowych warunków obcego gatunkowo białka, wprowadzonego przez usta. Jeśli się zaś wprowadza białko w nadmiarze, lub jeśli zachodzi anatomiczne, względnie czynnościowe, uszkodzenie nabłonka pokarmowego, wtedy i u zwierząt starszych można stwierdzić przejście niezmienionego białka do krwi obiegu. 4. Wessanie niezmienionego białka w przewodzie pokarmowym wywołuje, jak to autorowie mogli wykazać w jednym przypadku u nowonarodzonego koźlęcia, tworzenie się niweczników (*Antikörper*). Sprawa ta, jako następstwo jelitowego wprowadzenia białka, wywołuje u zwierząt najczęściej schorzenie, zawsze zaś wychudnienie, a często i zgon. Z tego punktu widzenia należy o tem pamiętać, że wprowadzenie gatunkowo obcego białka tak u prawidłowego noworodka, jak i u starszego oseska z chorym przewodem pokarmowym, może działać szkodliwie przez to, że przechodzi ono niezmienione do krwi i wywołuje swoisty odczyn ustroju. *Dr. J. Fels.*

Dr. Klingmüller. **Przyczynki do gruźlicy skóry.** (*Archiv für Dermat. und Syph.* t. 69, z. 1 i 2, 1904). Liszaj zołzowatych jest chorobą skóry, występującą u osób gruźliczych i powstającą nie w następstwie bezpośredniego działania prątków gruźliczych, lecz przez jady, wytwarzane przez prątki gruźlicze. Cierpienie to występuje tylko u takich ludzi, którzy zresztą dotknięci są gruźlicą, a mianowicie jej postaciami przewlekłemi. Co się tyczy patogenezy jednego przypadku wyprysku zołzowatych (*eczema scrophulosorum*), przypisuje autor, że możebną jest taż sama etyologia, co w liszaju zołzowatych. Przypadki, które autor nazywa postaciami przejściowemi, mają jako wspólną cechę to, że ich wyrzuty mają budowę guzkową. Szybkie gojenie się ich po zastosowaniu tuberkuliny poucza, że tylko jady prątków gruźliczych mogą patogenetycznie być przyczyną powstawania takich postaci. Przynależności ich do gruźlicy dowodzi z drugiej strony miejscowy odczyn na tuberkulinę. Przypadki, opisane jako „tuberkulidy“, należy pod względem etyologicznym również wprowadzić w związek przyczynowy z gruźlicą i jadami prątków gruźliczych, podczas gdy prawdziwy liszaj żrący z pewnością zostaje wywołany prątkami gruźliczymi, zdolnymi do mnożenia się. *Baschkopf.*

Calcar. **Skład jadu błoniczego.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 39, 1904). Ehrlich rozróżnia w jadzie błoniczym toksynę i tokson. Obie te substancye są wytworami wydzielniczymi laseczników błoniczego. Podczas gdy toksyna po okresie wylęgania, który trwa zaledwie kilka godzin, wywołuje objawy ostrej choroby błoniczej, to tokson dopiero po tygodniach działa na układ nerwowy i wywołuje charakterystyczne porażenia błonicze. Ponieważ tokson trudniej się łączy z antytoksyną, aniżeli toksyna, dlatego też działanie jego występuje szczególnie wtenczas, kiedy toksynę zobojętniamy antytoksyną. Calcarowi udało się oddzielić tokson i toksynę zapomocą modyfikacyi w dyalizie. Dyaliza pewnej substancyi przez błonę jest zależną od stosunku objętości molekularnej tej substancyi do szerokości przestworów międzykomórkowych danej błony. Przestwory międzykomórkowe błony możemy powiększyć przez podwyższenie napięcia. Calcar, dając bulion jadu błoniczego do naczynia, uwalnia najprzód przez dyalizę sole, potem powiększa napięcie błony i przy pewnej granicy napięcia przechodzą toksyny. Gdy po przejściu toksyn badamy bulion, wstrzykując jad błoniczy królikowi, to przekonamy się, że miejscowo nie występują żadne zmiany, a dopiero po sześciu tygodniach porażenia błonicze. Jeżeli jeszcze zwiększymy napięcie błony, wówczas przechodzą także i toksyny, które wywołują ostre objawy błonicy. *Dr. Jakób Sokal*, Lwów.

Prof. Pel (Amsterdam). **Myastenia rzekomoporaźna z zanikiem języka.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 35, 1904). P. opisuje typowy przypadek myastenii u 22-letniej dziewczyny. Niezwykłem było to, iż język dotknięty był wybitnie zanikiem, a żaden z licznych mięśni, chorobą zajętych, nie przedstawiał elektrycznego myastenicznego odczynu. Aczkolwiek Oppenheim, pierwszorzędny znawca tej choroby, zalicza przypadki przebiegające z zanikiem mięśni do atypowych, to jednak wśród najnowszych prac coraz częściej zaczyna się pojawiać zapatrywanie, iż w każdym dostatecznie długo trwającym przypadku mogą wystąpić zaniki mięśni. Przypadek opisany przedstawia interes jeszcze i pod tym względem, iż zwykle zupełnie ciemna etyologia zdawała się tym razem polegać na nadmiernej (dziennie 15 godzin trwającej) pracy, wykonywanej w warunkach bardzo niekorzystnych. *Dr. Adam Rydel.*

Doc. Neumann. **O chorobach zapalnych wewnętrznych narządów kobiecych.** (*Centralbl. f. d. ges. Therapie*, z. 6, 1904). Zachowawcze leczenie zapalenia okołomacicznego i przydatków polega przeważnie na stosowaniu ichtyolu, gliceryny z jodem, heroiny i innych leków kojących. W szczególności chlorek heroiny, w rozczynie 1: 1000 gliceryny, wprowadzony na tamponie do pochwy, poleca autor gorąco. Działanie heroiny podobne jest do działania innych przetworów makowca i chloralu. Własności usypiających przy stosowaniu przez pochwę autor nie zauważył, heroina działa kojąco jedynie miejscowo i to, jak się zdaje, przez wessanie. Wpływ kojący jest często nadzwyczaj szybki, szczególnie w rzeżączkowem schorzeniu przydatków i otrzewnej miedniczej. Ale i w zapaleniu otrzewnej miedniczej z innych przyczyn okazał się chlorek heroiny bardzo skutecznym, jak również przy obrzmieniu jajników. Już w godzinę po wprowadzeniu tamponów znikają dolegliwości, a polepszenie to trwa 12—18 godzin. *Baschkopf.*

M. Koch. **Ciało obce (żelazo) wrośnięte w lewej komorze serca.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1904, Nr. 28). Przy sekcyi zwłok 72-letniego mężczyzny znaleziono w miejscu, położonem między przednią ścianą lewej komory i przegrodą komór ciało metaliczne, spiczaste, wrośnięte w mięsień sercowy. Dokoła tego ciała nie było żadnych śladów jakiegokolwiek odczynu; sekcya też nie dała w tym kierunku żadnego wyjaśnienia; wykazała ona gruźlicę, a nadto miażdżycę tętnic. W wywiadach, wziętych z historyi choroby, nie znaleziono żadnych szczegółów, któreby wytłómaczyły znalezienie tego ciała obcego w mięśniu sercowym. Objawy chorobowe również nie przemawiały za istnieniem takiego ciała obcego. *B. Żmigród.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

W odczycie wygłoszonym w Towarzystwie otologów wiedeńskich oświadczył Urbantschitsch, że doświadczenie dotychczasowe przekonało go o wielkiej skuteczności tigenolu w chorobach usznych. W ropnych i na tle żółciołojakowem powstałych zapaleniach zapuszczał on krople podług następujących wzorów:

1) *Thigenol 5·0*
Spir. rectif. 20·0
Aq. destil. 10.

2) *Thigenol 5·0*
Aq. hydrogenii peroxydati (6%) 20·0
Spir. rectif. 10·0.

Tigenol przez swoje działanie uśmierzające ból korzystnie wpływa i w ostrych zapaleniach bez przedziurawienia bębenka tak, że przy zastosowaniu tego leku zapobiega się często konieczności przekłucia bębenka. W tym celu Urbantschitsch poleca:

Thigenol 2·0—4·0
Aq. destil. }
Glycerini } *aa 10·0.*

Krople te również są skuteczne w rozlanem zapaleniu ucha zewnętrznego, połączonem z silnem swędzeniem. W 5%-owej maści (z waseliną) tigenol leczy wyprysk w uchu zewnętrznem. *A. K.*

O niebezpieczeństwach wstrzykiwań śródmacicznych. (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 17, 1904). Przepłókiwania śródmaciczne już nieraz wywołały groźne objawy: tłómaczono je to wessaniem trującego przetworu odkażającego, to znowu (Olshausen) dostawaniem się powietrza do żył, a czasem ogólnem gnilnem zakażeniem ustroju. Prof. Zweifel sądzi, iż wszystko to nie wyjaśnia jeszcze w zupełności takich objawów, jak krwioplucie, hemoglobinurya i t. d. Stan ten można wytłómaczyć jeszcze w ten sposób, że woda, dopływająca do macicy, rozpuszcza krew, co prowadzi do jej krzepnięcia, do zawałów płucnych i do hemoglobinuryi; dlatego do przepłókiwań macicy należy używać nietylko przegotowanej wody, ale także przegotowanego fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. Wstrzykiwać trzeba tylko bardzo małą ilość, by zwilżyć jedynie błonę śluzową macicy. Ważnym jest też wybór przetworu do wstrzykiwań śródmacicznych: 2—5% rozczyn azotanu srebrowego, 5—20% protargolu, 5—10% alumnolu, 20—30% formaliny (z 25% zawartością HCHO); jodyna w różnem rozcieńczeniu, 5—20% chlorku cynkowego, rozczyn półtorachlorku żelaza. Ze wszystkich rozczyn chlorku żelaza jest najniebezpieczniejszy. Rozumie się samo przez się, iż dozwolone są wogóle zabiegi śródmaciczne, jeżeli nie istnieje zapalenie macicy, lub jej otoczenia. *Baschkopf.*

Burhardt i Schlockow. **Arhovina, nowy środek przeciwrzeżączkowy.** (*Medizinische Woche* 1904, Nr. 48). W pierwszej części swej pracy stwierdzają autorowie, że arhovina działa w moczu silnie bakteryobójczo. Mętny mocz wyjaśnia się już po kilku dniach. Zaletą arhoviny ma być własność zamieniania się już w ustroju na związki, działające bakteryobójczo. Nie bez znaczenia jest to, że arhovina zdaje się zapobiega rzeżączkowym zapaleniom stawów i wsierdzia, powstającym przerzutowo, a niema wątpliwości, że większa część tych zapaleń rozwija się właśnie w ten sposób.

Autorowie podawali trzy razy dziennie 1 do 3 kapsułek z arhoviną, zależnie od ciężkości przypadku, i opisują szereg przypadków rzeżączki, leczonych tym środkiem tylko wewnętrznie. Oprócz ostrego i przewlekłego rzeżączkowego zapalenia cewki moczowej, leczyli autorowie arhoviną rzeżączkowe zapalenie pęcherza, a nadto proste zapalenie pęcherza. Wyleczenie następowało zazwyczaj wcześniej, niż po dawniej używanych w tym celu środkach; skutków ubocznych, jak np. zaburzeń żołądkowych, podrażnienia nerek, nie zauważano.

Zdaniem autorów nadawałaby się arhovina szczególnie w postaci oliwy arhovinowej (*Arhovin 2·0, Ol. olivar ad. 100·0*) do napajania tamponów pochwowych w leczeniu rzeżączki u kobiet (co rzeczywiście potwierdziły dalsze badania). Można także zamiast oliwy arhovinowej używać pręcików i czopków (*globuli vaginales*) arhovinowych, które wyrabia zakład chemiczny Dr. Horowitza w Berlinie. *Z.*

* * *

V. Sprawozdanie z 29-go Zjazdu Towarzystwa dla higieny publicznej, odbytego w Gdańsku dn. 14—17 września b. r.

Zestawił

Dr. Leonard Bier.

(Dokończenie).

Drugi dzień Zjazdu wypełniły referaty prof. Esmarcha z Getyngi, prof. Rietschla z politechniki berlińskiej, Dr. Mugdana i G. Meyera. Temat pierwszego referatu brzmiał: „Jakie wymagania stawia higiena metodzie ogrzewania centralnego“. Kwestya ogrzewania centralnego, omawiana kilkakrotnie już na zebraniach Towarzystwa higienicznego, w tym roku wziętą została na porządek dzienny w celu zastanowienia się nad nią pod względem zasadniczym. Wybrani referanci Esmarch i Ritschel przedstawili ją nietylko pod względem wymagań teoretycznych, ale i w kierunku, o ile wykonanie w praktyce odpowiada żądaniom teoretycznym. Wywody swoje ugrupowali referenci około następujących wytycznych: Pod względem higienicznym żądać należy od każdego urządzenia, służącego do ogrzewania centralnego, jak i przy użyciu pieców w poszczególnych ubikacyach, by I) ciepłota w ogrzewanej przestrzeni niezależnie od pogody była zawsze jednostajną i odpowiadała przeznaczeniu danej przestrzeni; by II) ogrzewanie ubikacyi nie oddziaływało ujemnie na jakość zawartego w nich powietrza; by III) działalność urządzenia była prosta, pewna, bezpieczna i nie narażała na jakiekolwiek przykrości mieszkańców i ich sąsiadów. Zadania te trudno w praktyce w całości przeprowadzić; dobrze obliczone i wykonane urządzenie do ogrzewania centralnego winno jednak spełnić następujące warunki:

ad I) 1) Przy dobrej obsłudze ogrzewania centralnego ciepłota ubikacyi, mierzona na wysokości głowy dorosłego człowieka, nie powinna przekraczać ani w kierunku podniesienia, ani obniżenia, zakreślonej poprzednio ciepłoty więcej nad 1 stopień. Dozwolić tylko można, aby w galeryach i innych wysokich ubikacyach (salach, teatrach, kościołach) ciepłota, mierzona na wysokości głowy, przekraczała — z góry określoną — najwyżej do 2 stopni

2) Ilość ciepła, dostarczanego do izb, sal i t. p. winna się dać regulować w szerokich granicach: a) regulacya winna być, o ile idzie o wyrównanie różnic, zależnych od pogody, centralną (tj. dla wszystkich ubikacyi jednoczesną), o ile zaś czynić ma zadość zmiennym żądaniom w poszczególnych ubikacyach, winna być zdecentralizowaną; b) należy dążyć do regulowania ciepłoty urządzeniami automaty-

cznemi; c) w ubikacyach, w których jednocześnie znajduje się znaczna liczba osób (w szkołach, teatrach, salach zgromadzeń i t. d.), jakoteż ogrzewanych palnikami lamp, ciepło tych nowych źródeł cieplika winno być uregulowane szybko osobnemi urządzeniami. Jeżeli w ostatnim przypadku nie można osiągnąć ciepłoty, z góry wymaganej, zmniejszeniem lub przerwą ogrzewania centralnego, należy doń dążyć wydatniejszem przewietrzaniem, wzgl. odpowiednią zmianą w sposobie oświetlenia, albo wreszcie ochłodzeniem sztucznem.

3) Rozmieszczenie ciepła w pokojach, wprowadzonego ogrzewaniem centralnem, winno być równomierne w kierunku poziomym; — w kierunku zaś pionowym nie powinna zachodzić różnica między ciepłotą przy podłodze, a na wysokości głowy, wyżej nad 1—2 stopni.

ad II) Ogrzewanie centralne nie powinno oddziaływać ujemnie na jakość powietrza w ogrzewanych ubikacyach, ani przez gromadzenie śmieci, ani przypalenie zawartych w powietrzu pyłków organicznych, ani wytworzeniem gazów lub wprowadzeniem dymu, sadzy, pyłu i jakichkolwiek woni; nie powinno też wpływać na obniżenie, ani zwiększenie zawartości w powietrzu wilgoci poza granicami 40—60% wilgotności bezwzględnej.

ad III) Obsługa znajdujących się w ubikacyach ogrzewalników (piecyków) i przyrządów winna być łatwą, nie wymagającą szczególnej biegłości. Toż samo odnosi się również i do palenisk, o ile rozmiary całego urządzenia nie wymagają osobnej obsługi. Urządzenia większe wymagają posługi osobnej; — w nich należy wykluczyć posługę dorywczą (nie stałą). Urządzenia co do centralnego ogrzewania nie powinny wydawać przy działaniu szelestu, a paleniska mają wszystko spalać możliwie bez dymu. Rodzaj i sposób rozpisywania konkursów na urządzenia do ogrzewania centralnego odgrywa rolę nader ważną wobec wymagań higienicznych i technicznych. Zaleca się współubieganie na podstawie z góry nakreślonego programu, stawiającego wykonawców na równi bez ograniczenia swobodnego przedstawienia swych wiadomości i doświadczenia praktycznego; zwalczać zaś należy rozpowszechnione współubieganie ze zniżką kosztów.

Referaty powyższych dwóch prelegentów, uznane ogólnie przez Zjazd za znakomite, zawierały bardzo wiele pouczających wskazówek do tego przedmiotu. Ze względu, że sprawozdanie moje przeznaczone jest dla ogółu lekarzy, pominąć muszę nader trafne uwagi teoretyczne i praktyczne co do ogrzewania centralnego; ograniczę się przeto do szerszego omówienia tych ustępów z powyższych referatów, które dla lekarza mogą przedstawiać większe zainteresowanie pod względem fizyologicznym i higieny indywidualnej. Zdaniem Esmarcha ogrzewanie centralne winno ogrzewać ubikacye nie przez promieniowanie, lecz przez krążenie powietrza ciepłego, przyczem jednak ruchu powietrza nie powinniśmy odczuwać; w mieszkaniach przeto ruch powietrza nie powinien przekraczać $^1/_2$ m. na sekundę; w innych ubikacyach można się zgodzić na szybkość 2 m Przyczyny, dla których powietrze przy ogrzewaniu centralnem się psuje, polegają na zanieczyszczeniu tlenkiem i bezwodnikiem węgla, na wnikaniu kurzu i sadzy przewodami wentylacyjnymi, na dostawaniu się gazów cuchnących i materyałów trujących. Szczególnie zawartość kurzu może wpływać nader ujemnie na jakość powietrza i przez produkta przypalenia wzgl. przez suchą destylacyę na przegrzanym piecu centralnym lub na poszczególnych piecykach powodować te nieprzyjemne następstwa, które określa się zwykle, jako pochodzące rzekomo ze znacznego wysuszenia powietrza. Unika się w tym kierunku zepsucia powietrza przez urządzenie piecyków, ogrzewanych systemem prof. Nusshauma, przy którym ciepłota dochodzi 70°, najwyżej 80°, a nie jak zazwyczaj spotkać można, prawie 100°. Ujemnego wpływu na zdrowie ludzkie przez zmniejszenie wilgotności powietrza nie należy się obawiać przy ogrzewaniu centralnem, jeżeli tylko ciepłota ubikacyi utrzymuje się w granicach z góry zakreślonych. Stąd też nie zachodzi wogóle potrzeba ustawiania miseczek z wodą przy piecykach ogrzewanych centralnie Wyjątek w tym kierunku zachodzić może jedynie czasami przy równoczesnem urządzeniu wentylacyi. Nie należy się bowiem w przeciętnych warunkach obawiać obniżenia wilgotności powietrza poniżej 30% wilgotności względnej; natomiast częściej przekroczenia górnej granicy, przy której ustrój nasz czuje się dobrze, a będącej w pobliżu 60% wilg. względnej.

Prof. Rietschl ze stanowiska technicznego uzasadniał, że prawie wszystkie przez poprzednika jego zaznaczone wymagania teoretyczne dadzą się spełnić przy ogrzewaniu centralnem, oraz przedstawił sposób ich spełnienia.

W dyskusyi nad powyższymi referatami zabierali głos prof. Nusshaum z Hannoweru i Schneider z Magdeburga.

Drugim tematem tego dnia było „Wykształcenie i organizacya personalu dla opieki nad chorymi“; referowali: Dr. Mugdan i prof. G. Meyer z Berlina. Temat to nader ważny nietylko dla lekarzy szpitalnych, lecz i prywatnych; pragnę go przeto omówić szerzej.

Dr. Mugdan przedstawił projekt stosunków prawnych osób, trudniących się zawodowo opieką nad chorymi. Od pragnących nosić tytuł „egzaminowanego (nej) posługacza (posługaczki) chorych“ „*Krankenpfleger(in)*“ wymaga się w Niemczech świadectwa odpowiedniego. Każdy szpital publiczny i prywatny zakład leczniczy musi posiadać na 10 łóżek jedną tego rodzaju osobę, ogółem zaś najmniej dwie; w służbie gminnej zajęte być winny tylko osoby ukwalifikowane. Osoby pełniące posługi przy chorych winny być ustawowo ubezpieczone na wypadek choroby; pełniące zaś tę czynność bez przerwy przez lat 10 winny mieć prawo do emerytury 500—600 marek rocznie. Na fundusz emerytalny składać się mają szpitale w stosunku do ruchu chorych w szpitalu i liczby zajętych łóżek, sami posługacze kwartalną kwotą 4—5 marek, zaś gminy (również wyznaniowe), zajmujące swych funkcyonaryuszów do opieki nad chorymi poza szpitalem, za jednego funkcyonaryusza kwotą w wysokości tej, jaka wypada w stosunku za 5 łóżek szpitalnych. Za członków zakonów i stowarzyszeń religijnych, zajmujących się pielęgnowaniem chorych, płaci zarząd, wzgl. stowarzyszenie religijne i na te też stowarzyszenia przechodzi prawo pobierania emerytur i wynagrodzeń w razie choroby którego z ich członków. Gdyby taki posługacz dla chorych po 10-letniej służbie w szpitalu powszechnym przeszedł do prywatnego zakładu, wzgl. samoistnego zajęcia, przysługiwać im również winno prawo do emerytury.

Drugi referent prof. Meyer zaznaczył na wstępie, że dążyć należy do powierzenia opieki nad chorymi głównie kobietom. Tylko w pewnych przypadkach nie można się obejść bez służby męzkiej w oddziałach dla obłąkanych i męzkich oddziałach chorób wenerycznych. Wykształcenie posługaczów (posługaczek) winno być teoretyczne i praktyczne; teoretyczne winno trwać co najmniej $^1/_2$ roku i obejmować naukę anatomii, fizyologii, nauki o objawach chorób, higieny indywidualnej i nauki o pielęgnowaniu chorych. Szczególny nacisk położyć należy na wykształcenie służby tej w mięsieniu, zabiegach wodoleczniczych, w udzielaniu pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, oraz w układaniu i przewożeniu chorych. Tak teoretycznej, jak i praktycznej nauki udzielać należy w szpitalu, a całość wykształcenia zajmie 2 lata. Ćwiczenia praktyczne obejmować mają wyćwiczenie w pielęgnowaniu we wszystkich poszczególnych działach medycyny praktycznej na oddziałach wewnętrznych, chirurgicznych, chorób ocznych, usznych, kobiecych, skórnych i płciowych, jakoteż i położniczych. W czasie tej nauki winien lekarz wraz z przełożoną nad służbą udzielać zasad etyki osób, zajmujących się pielęgnowaniem chorych, przełożona zaś nadto wszystkich zabiegów, odnoszących się do pielęgnowania wyłącznie kobiet. Po ukończonych kursach od-

bywać się ma egzamin przy uczestnictwie reprezentanta rządowego. Osoby uzdolnione otrzymują atest, uprawniający je do tytułu egzaminowanego posługacza dla pielęgnowania chorych, wzgl. masażysty (masażystki). Osoby, nie zajęte w szpitalach (prywatnie lub w służbie miejskiej, gminnej), winny być obowiązane w pewnych określonych odstępach czasu do uzupełniających kursów, najmniej 2-miesięcznych w szpitalach.

W dyskusyi nad powyższym tematem przedstawił Lütter z Berlina szereg ciekawych wiadomości o społecznem, materyalnem i naukowem stanowisku „sióstr“ Charité berlińskiej i zarządzeniach, korzystnych dla umiejętnej opieki nad chorymi. I on skarżył się również na bardzo lichy materyał wśród posługi męzkiej i zaznajomił zgromadzonych z pewnymi urządzeniami odnośnie do omawianego tematu, które napotkał w Skandynawii. Dr. Jakobsohn i Freymut potwierdzili żądania referentów, zaś prof. Petersen uważał egzamin za niepotrzebny.

Ostatni dzień Zjazdu wypełniły referaty, dotyczące „Miejskich zakładów do czyszczenia wody kanałowej i ich odpadków.“ Temat ten nader żywotny dla higieny miejskiej i absorbujący od szeregu lat umysły i siły wielu higienistów i pracowni higienicznych, posiadał w inżynierze Bredtschneiderze i profesorze Proskauerze, kierowniku jednego z oddziałów w berlińskim zakładzie dla badania chorób zakaźnych znakomitych referentów. Nie nadaje się jednak temat ten, jako interesujący głównie zawodowych higienistów do obszerniejszego streszczenia w piśmie wyłącznie lekarskiem; ograniczę się przeto do przedstawienia wyłącznie myśli referatów powyższych.

1. Zanieczyszczenia miejskich wód ściekowych organiczne i nieorganiczne można według ich ciężaru właściwego rozdzielić na takie, które łatwo opadają i na takie, które utrzymują się w płynie, — zaś według masy na wielkie, drobne, rozdzielone w postaci zawiesiny i najdrobniejsze (wzgl. rozpuszczone). Zanieczyszczenia organiczne ulegają w ciepłej wodzie ściekowej przemianie częściowo drogą gnicia i butwienia, częściowo mechanicznie przez roztarcie i rozdrobnienie mas.

2. Urządzenia służące do „wyjaśniania“ wody ściekowej *(Klärlagen)* pozbawiają ją zanieczyszczeń jedynie tylko do pewnego stopnia, pozostawiając w niej przeważającą część ciał najdrobniejszych (wzgl. rozpuszczonych); urządzenia, służące do czyszczenia wody ściekowej *(Reinigungsanlagen)* pozbawiają ją zanieczyszczeń w stopniu bardzo wybitnym, odpowiadającym wymaganiom higieny.

3. Według dzisiejszego stanu nauki i techniki zaliczyć można do sposobów oczyszczania wód ściekowych jedynie irygacyę gruntu i tak zwany sposób biologiczny. Oba sposoby pozwalają na całkowite wydzielenie z wody ściekowej wielkich i drobnych składników zanieczyszczających i stosunkowo bardzo znacznej ilości składników najdrobniejszych (wzgl rozpuszczalnych); wydzielenie składników ostatnich przez irygacyę jest pewniejsze i gruntowniejsze, aniżeli w urządzeniach biologicznych.

4. Jakkolwiek do czyszczenia miejskiej wody ściekowej można użyć wymienionych metod czyszczenia, wskazanem jest jednak tak ze względów praktycznych, jakoteż i kosztów, poddawać wodę ściekową wstępnym manipulacyom czyszczenia w osobnych urządzeniach. Zaliczone do wstępnych urządzeń siatki pozwalają na zatrzymanie jedynie większych zawieszonych składników, osadniki zaś piaskowe na oczyszczenie większych składników opadających; zbiorniki, wieże i studnie używane do podczyszczania wody ściekowej, spełniać mogą zadanie swe tylko w myśl punktu 2-go (część pierwsza), jako urządzenia „wyjaśniające“, przyczem dodatek związków chemicznych i innych ciał mogą w pewnych warunkach bardzo wybitnie wspierać działalność wyjaśniania cieczy ściekowych.

Metodę oczyszczania, używającą węgla brunatnego zaliczyć można jedynie w tym przypadku do właściwych metod czyszczenia, jeżeli dodatek węgla będzie w jakości i ilości odpowiedniej.

5. Czy i o ile wodorosty oraz grzyby, rosnące we wodzie, mogą rozłożyć i tem samem niszczyć zawarte w oczyszczanej wodzie ściekowej najdrobniejsze (wzgl. rozpuszczone) składniki organiczne, dotychczas nie stwierdzono. W stanie martwym roślinne te twory mogą ponownie zanieczyszczać wodę i przez to dawać powód do skarg co do czystości wody; nie można przeto obecności ich w oczyszczonej wodzie ściekowej uważać za ostatni wyraz jej oczyszczenia.

6. Wydzielone z wody ściekowej urządzeniami do wyjaśniania i oczyszczania składniki (odpadki) znajdują się aż do chwili całkowitej mineralizacyi w stanie ciągłego rozkładu. To też przedstawiają te odpadki materyał niebezpieczny pod względem higienicznym i estetycznym, — winny być przeto pozbawione swych własności szkodliwych na najkrótszej drodze.

a) Zużytkowanie odpadków tych tak w stanie wilgotnym jak i suchym dla celów rolniczych, jako nawozu, zaleca się; korzyści ekonomicznej spodziewać się można zeń jedynie przy odpowiednim gruncie i wielkich kosztach przewozu.

b) Wyzyskanie zawartej w odpadkach tych siły mechanicznej przez spalenie wzgl. zamianę na gaz udaje się pod względem technicznym; korzyści ekonomicznej ten sposób zużytkowania odpadków nie daje.

c) Przeróbką chemiczną odpadków, szczególnie przez wyciągnięcie z nich tłuszczu, osiągnąć można produkta handlowe znacznej wartości; ekonomicznie jednak i ten sposób zużytkowania jest dotychczas wątpliwym

d) Zatapianie odpadków w morzu, o ile gdzie to jest możliwem, niszczy ich wartość ekonomiczną, nie przedstawia jednak przy zachowaniu potrzebnych środków ostrożności żadnego niebezpieczeństwa dla zdrowia ogólnego.

Dyskusya nad referatami powyższymi była nader ożywiona, odbywała się jednak w zakresie zbyt specyalnym. Zabierali w niej głos Genzmer z Halli, Grohe z Berlina i Lentze z Barmen.

VI. Pląsawica w stuleciu XI, XIII, XV i XVI.

Przez

Bł. p. prof. Dra Józefa Oettingera.

(Ciąg dalszy.

Przyczyny Tarantyzmu.

Jeżeli nauka o przyczynach chorób jest pod bardzo wielu względami dzisiaj jeszcze krainą nieznaną, jeżeli nigdzie więcej nie napotykamy niepewności, więcej chwiejnych i wypierających się nawzajem mniemań, to w dziejach nauki tem większa jest ich mnogość, ile że każda chwila, każda świeża fala czasu nowe przynosi poglądy i obrazy. Choćby wątpliwe lub nawet doświadczeniem późniejszem zmienione i sprostowane, dziejopis z obowiązku uwzględniać winien, należą bowiem do rozwoju umiejętności, jako jedno z ogniw w długim łańcuchu doświadczenia. Podać nam też wypada również przyczyny mniemane, jak i rzeczywiste, o ile nam są wiadome i o ile w nich odbija się naukowe znamię pewnej epoki.

Pomijając więc w tym przypadku wzgląd na wpływ niewątpliwy jużto uprzedzenia, jużto przesady, jużto wreszcie mimowolnego czy umyślnego uwiedzenia, — przyznać winniśmy, że wskazywana naprzód przez prosty lud włoski, a za nim i przez wielu pisarzów, pomiędzy którymi i znakomite znajdowały się powagi naukowe, przyczyna tarantyzmu, acz wątpliwa i dotychczas jeszcze stanowczo nie wyjaśniona, odznaczała się samą przyrodą swoją korzystnie od tej, z jakiej wywodzono dawniej pląsawicę nadreńską i nadmozelską. Już tu niema mowy, jak tam, o opętaniu i złych duchach; spirytualne to źródło ustępuje działaczowi fizycznemu, materyalnemu, znajdującemu się w zakresie doświadczenia umysłoworozumowego, a który już w XVII stuleciu poddany był dość ścisłemu badaniu przez słynnego Bagliviego.

Namacalnym sprawcą choroby uznawano jad zwierzęcy i to pochodzący od dwojakiego rodzaju owadów, z tych najczęściej ją

wywoływała tarantula (*Lycosa tarantula* — krzeczek tarantula), rzadziej niedźwiadek.

Wzmiankowany powyżej badacz z naukową, a nawet ścisłą gruntownością zastanawiał się nad tarantyzmem, jego przyczyną, pojawami, co większa, pilnemi spostrzeżeniami i umyślnem doświadczeniem usiłował sprawdzić i wyjaśnić rozpowszechnione w tym względzie mniemania. W pracy temu przedmiotowi poświęconej opisuje według znamion przyrodniczych tarantulę, jej budowę anatomiczną, objaśnioną rycinami, okolicę Włoch, w której jedynie jadowite posiada własności; skutki ukąszenia, teoryę działania jadu z dołączeniem doświadczeń własnych i obcych, sposób leczenia, wreszcie 8 przypadków tarantyzmu, a nakoniec tłómaczenie skuteczności muzyki i tańców. Według podanej przezeń wiadomości tarantula nie w każdej okolicy i nie w każdej porze roku jest jadowitą, lecz w Apulii jedynie i to w lecie, zwłaszcza podczas kanikuły. Oprócz tego jadowitość pająka tego zawisła także od wysokości miejsca: z nizin i równin Apulii jest szkodliwa, z gór granicznych niewinna, podczas parzenia się ukąszenie ma być najzgubniejsze.

Ta sama tarantula, która w Apulii ukąszeniem groźne wywołuje przypady, przeniesiona do Neapolu lub Rzymu traci zupełnie szkodliwość.

O różnicy skutku i objawów, zawisłych od odmian i barw tarantul, wspomniałem wyżej, kreśląc obraz cierpienia.

Też same stosunki odnoszą się również do niedźwiadka, który w Apulii jedynie zdolen jest wywołać tarantyzm. W ludzie włoskim panowało zresztą przekonanie, że nietylko samem ukąszeniem udziela się jad właściwy, lecz że zawarty jest także w cieczach, w których owad ten został uduszony.

Baglivi przytacza doświadczenie, wykonane przez siebie w Neapolu na króliku, celem przekonania się raz o jadowitym wpływie ukąszenia tarantuli, drugi raz o zbawiennym skutku muzyki. Pod pierwszym względem wypadek był dodatni, zwierzę bowiem ukąszone w wargę we dwie godziny już okazało na miejscu obrażonem obrzmienie zgorzelinowe, do którego niebawem przyłączyły się oznaki zakażenia i otrucia nerwowego ogólnego, objawiającego się odurzeniem, śpiączką, dusznością i upadkiem sił; 5-go dnia nastąpiła śmierć. Przy rozbiorze zwłok napotkano naczynia mózgowe (żyły i tętnice) krwią przepełnione, sam mózg zajęty lekkiem zapaleniem, a tu i owdzie sinemi plamami jakby obsypany. W płucach i sercu krew skrzepłą i czarniawą, wiele surowicy w oponach mózgowych. Pod drugim względem spostrzeżenie było ujemne, bo jakkolwiek wezwano grajków i jak najrozmaitszych próbowano dźwięków i najżwawszych tarantel, królik pozostał cichy i nieruchomy.

Wnioskuje z tego autor, że tylko w samej Apulii tego skutku zapewne oczekiwać można. Usiłuje również wytłómaczyć teoretycznie sposób działania właściwego jadu, opierając się na zasadach panującej wówczas we Włoszech szkoły lekarskiej jatromatematycznej i mechanicznej, której znakomitymi przewodnikami i zwolennikami byli Borelli i Bellini. Rozróżniając jady zwierzęce na ścinające i rozkładające, do pierwszych zalicza tarantulny, przypisując mu nadto wpływ przeważnie na układ nerwowy, czyli jak go Galeniści pierwej nazywali, na tchy duchowe (*spiritus animales*). Coroczne powroty wywodzi z tak głębokiego wniknięcia jadu w soki ustroju, iż pozbyć go się zupełnie nigdy nie mogą, a pozostałe ślady skutkiem gorąca takiego znowu nabierają rozprężenia, iż przesilnych a gwałtownych wymagają pląsów.

Do powstania choroby jednakże oprócz przyczyny powodowej, jaką jest ukąszenie tarantuli, potrzeba jeszcze właściwego usposobienia ustroju, polegającego na pewnych własnościach tkanin, zwłaszcza też na kształcie i rozkładzie ich najdrobniejszych otworków, czyli dziurek, zwanych po łacinie *pori*, stosownie usposobionych do przyjmowania w siebie jadowitego pierwiastka. Dodajmy tu jeszcze uwagę, iż jakkolwiek wielu autorów, począwszy od wieku przeszłego, cały tarantyzm poczytało za istne urojenie, należące do dziedziny baśni, to przecież i dziś jeszcze rzecz ściśle naukowo nie została rozstrzygnięta, zwłaszcza że i w najnowszych czasach nie zbywa na spostrzeżeniach, stwierdzających rzeczywistość tego zjawiska chorobowego. I tak jeszcze w roku 1845 Gazza podał wiadomość o przypadkach, przez siebie uważanych, w dzienniku *Echo du monde savant* z 15 maja tegoż roku, w których atoli nie wyszedł na jaw ów namiętny popęd do tańca i do muzyki, lecz inne tężcowe przypady. Jakkolwiekbądź — dzieje nie mogą przemilczeć o zboczeniu, choćby i polegać miało na urojeniu, jeżeli w takich rozmiarach ogarniało pewną okolicę; zwłaszcza że i przesądy i błędy, towarzyszące rozwojowi nauki, wchodzą również w tło jej historyi.

Oprócz tej szczególnej przyczyny niemały zapewne udział w rozszerzeniu tarantyzmu, a zwłaszcza w rozpostarciu się jego nagminnem, pospólnem, miała rozpowszechniona wiara w szkodliwy wpływ wzmiankowanych pająków na ustrój, a w zbawienny pląsów, skutkiem której niejedno cierpienie nerwowe, głównie też różne odmiany macinnicy, zadumy i t. p. ten kształt przybrały, do którego mylnie częstokroć je odnoszono i naciągano. Jest to zresztą jeden z licznych przykładów, dowodzących, jak przesąd i uprzedzenie wyciska swoje piętro aż na pojawach chorobowych, zwłaszcza jeżeli należą do dziedziny czynności nerwowych i umysłowych. Pominąć tu także nie można i popędu naśladowniczego, który w tego rodzaju cierpieniach staje się nierzadko pobudzającą i zarażającą podnietą, wreszcie i rozmyślne udawanie celem zaspokojenia jakiejś żądzy zmysłowej przyczyniało się także do pomnożenia liczby pląsających obłąkańców.

Zebrawszy więc w jeden ogólny treściwy pogląd wszystkie okoliczności i stosunki odnoszące się do tarantyzmu, dojdziemy do wyniku, iż skutkiem poprzedzających wielkich wstrząśnień w zakresie fizycznym i moralnym rozwinęła się jak w reszcie Europy, tak i w południowych Włoszech rozpowszechniona skłonność do rozdrażnienia układu nerwowego, która miejscowymi stosunkami topograficznymi i etnograficznymi, jako to podniebiem, suchością apulskich równin, żywością wyobraźni mieszkańców do wysokiego posunięta stopnia, za wpływem szczególnej pobudki, upatrywanej słusznie czy niesłusznie w ukąszeniu tarantuli lub niedźwiadka, a spotęgowanej uprzedzeniem i łatwowiernością, rozwinęła się we właściwą postać pląsawicy zwanej tarantyzmem, która tę okazywała osobliwość, iż na nią dźwięki pewne, wywołując przesilne ruchy pląsawiczne, zbawienny wywierały skutek.

Leczenie. Jak całe pojmowanie choroby i jej przyczyn opierało się na warunkach fizycznych, tak i sposób leczenia, jakkolwiek może na wątpliwych, jeżeli nie całkiem mylnych osnuty przypuszczeniach, miał cechę materyalną, rozumowo-doświadczalną. Nie słyszymy tu, jak w pląsawicy krajów północnych, o zalecanej pomocy duchowej i duchownej, ani słowa o zażegnywaniu lub potrzebie odbycia pielgrzymki do obrazu lub ołtarza, świętemu jakiemuś poświęconego, jakkolwiek ten sam Baglivi, który z taką naukową ścisłością usiłował zbadać tarantyzm pod względem innego otrucia albo raczej zakażenia zwierzęcego, t. j. wścieklizny, zajmuje stanowisko spirytualno-religijne, gdyż oparte na wierze w pomoc nadprzyrodzoną, cudowną.

Badacz bowiem ten, skądinąd surowy i fizycznych lub matematycznych wymagający dowodów, jako zwolennik kwitnącej wówczas we Włoszech szkoły jatromechanicznej, wyraża się nagle, jakby nie ten sam, chociaż w tejże samej rozprawce o tarantyzmie (*Oper. ed. Kühn 1828. Lipsiae T. II. 232*) w sposób następujący:

„Z łaski jednak najwyższego Boga ludzie od psów wściekłych pokąsani prędko do zdrowia powracają, jeżeli przed 40-tym dniem od ukąszenia udadzą się do miasteczka św. Wita, na 40 staj odległego od Aletium, gdzie zasławszy z czystą myślą modły do Boga za jego pomocą wnet się uwalniają, jak każdemu w Apulii wiadomo“. Mamy więc rzeczywisty przykład, jak nietylko w jednej i tej samej osobie, ale i w tej samej nauce dwa różne objawiają się kierunki: ściśle naukowy, rozumowo-doświadczalny obok spirytualnego, na samej polegającego wierze. A jednakże pisarz ten przyznaje się do zasady: „W rzeczach fizycznych łatwowierności raczej ciężarów, niż skrzydeł dodawać należy“.

Pomiędzy środkami postrzegamy jedne ludowe, lecz zachwalane również i przez lekarzów jako najskuteczniejsze; inne wyłącznie tylko naukową mające podstawę, lecz mniej upowszechnione, a nawet przez samych zwolenników sztuki zbawiennej uważane raczej za pomocnicze i uboczne, niż za istotne i główne.

Do pierwszych należy przedewszystkiem muzyka i pląsy. Już wyżej mówiąc o objawach choroby, wskazałem bliżej i rodzaj pomocniczych dźwięków, zwanych tarantelami i właściwości ruchów pląsawicznych. Tu tylko dodam jeszcze, że wogóle rozróżniano dwojaką nutę: jedną z rytmem żywszym, ognistszym, właściwą „tarantellę“, a drugą z łagodniejszym, powolniejszym, zwaną „pastorale“. Podtrzymywanie i podniecanie ruchów nieustannem przygrywaniem aż do zmęczenia poczytywano za tak niezbędne, iż zwykle najmowano większą liczbę grajków, aby gdy jedni się znudzą, drudzy natychmiast ich luzowali, by najmniejszej niedopuścić przerwy.

Znalazło się wprawdzie pomiędzy samymi chorymi kilku niedowiarków, wątpiących o potrzebie i konieczności tej leczniczej gimnastyki, lecz i ci w końcu oprzeć się nie mogli, jak twierdzono wówczas, doświadczonej na sobie po długiem wahaniu skuteczności niezawodnego środka; my zaś sądzimy, że ulegli raczej porywającemu prądowi rozpowszechnionej wiary, któremu zwykle i najświatlejsi stawiać z wytrwałością czoła nie mają odwagi. Do takich należał między innymi dostojny prałat Jan Chrz. Quinzato, biskup Foligniański (Foligno), który śmiejąc się z tego niby prze-

sądu i umyślnie dawszy się od tarantuli pokąsać, mimowolnymi pląsami odpokutować musiał tę swawolę.

Żaden z nich nie ochraniał od tej konieczności, sprowadzonej ukąszeniem pająka. Ferdinando wspomina o chłopcu 5-letnim, jak i o starcu, który już 90-ty rok wieku przekroczył, a co najdziwniejsze głusi nawet (zapewne tylko niedosłyszący) nie stanowili wyjątku. Wprawdzie już w starożytności zalecano muzykę w niektórych cierpieniach nerwowych, jak n. p. w bólu biodrowym według Pliniusza *(Hist. nat. L. XVIII. c. 2. p. 447. Ed. Hard.)*, w szale obłąkańców za świadectwem Caeliusa Aureliana *(Chron. l. I. c. 5. p. 335. Ed. Amman)*, a nawet jako ochronę od skutków jadowitego ukąszenia żmii *(Gell. Nort. Attic. L. IV. c. 13)*, ale nie używano jej w tak rozległym rozmiarze, nie przypisywano jej takiej wagi nieodzownej, ani jej nie łączono z konieczną potrzebą pląsów.

Baglivi usiłuje naukowo i na podstawie fizycznej wytłómaczyć działanie zbawienne dźwięków. Przypuściwszy naprzód, że jad tarantulny ma wprawdzie własność ścinania płynów ustrojowych, lecz że z powodu wielkiej lotności swych składowych cząstek usposabia raczej tylko do krzepnienia, niżby tę zmianę nagle sprowadzał, wyobraża sobie, że ów ruch szybki, jaki muzyka powietrzu nadaje, zwłaszcza muzyka, odznaczająca się chyżością rytmu, jak tarantella, udziela się przez ucho, a nawet i skórę tchom, czyli pierwiastkom nerwowym, tudzież krwi i drganiami swojemi wstrzymuje poczynające się krzepnienie. Następnie dalszem działaniem skłonność tę chorobową zupełnie usuwa; czynność ruchowa podnieca się, dopóki wywołanymi skutkiem tychże potami zarodów jadu ustrój nie wydali.

Lekarze zresztą sztuki swej świadomi trzymali się wskazań naukowych, jużto zwróconych, o ile można, przeciwko przyczynie, jużto przeciwko istocie choroby i jej zgubnym następstwom.

Pod względem pierwszym usiłowano zapobiedz głębszemu wtargnięciu jadu w cały ustrój, wydalając go lub niwecząc w miejscu jego zaszczepienia, czyli ukąszenia. Zwykle nożykiem nacinano okolicę uszkodzoną, a potem przystawioną bańką starano się wywierać wpływ wyciągający, czyli wysysający, a następnie opatrywano ranę dryjakwią, tłuczonym czosnkiem, niekiedy sławną odtrutką mitrydatową, albo też zaprawą orwietańską (lek tajemniczy, wymyślony przez matacza Hieronima Ferrantesa, skuteczny przeciw wszelkim truciznom. Nazwa pochodzi od miasta Orvieto. Steph. Blancardi. *(Lexicon med. Lugd. Bat. 1756. pag. 682)*.

Baglivi zaś sam zaleca przyżeganie, jako bodziec najgwałtowniejszy, niedopuszczający wstrząśnieniem włókien, udzielającem się wszystkim sokom, skrzepnienia tychże ostatnich od ścinającej własności jadu, dodaje atoli, że sam jeszcze skutku tego środka nie doświadczył.

Wewnętrznie podawano środki pobudzające i potne, a zatem leki wonne, lotne, jak wyskok rozmarynowy, macierzankowy, izopowy obok polewek, zaprawnych sławionemi odtrutkami. Do wina wreszcie powszechne miano zaufanie, odpychając ze wstrętem wodę zimną. Jednakże powiada wzmiankowany co dopiero autor, iż i te i inne leki są daremne, jeżeli nie będzie muzyki, *(ut constans et infallibilis nostrarum regionum evincit experientia)*, jak przekonywa stałe i nieomylne doświadczenie naszych okolic. Znajduje nawet powód teoretyczny na wytłómaczenie niedostateczności leków rozgrzewających, potnych, a skut czności dźwięków, albowiem powiada, tamte leki, zanim dojdą do krwi, tracą po największej części moc swoją, prócz tego działają jedynie na soki, nie zaś na części zsiadłe. Przeciwnie muzyka jednocześnie porusza i części stężałe i ciekłe, a to w sposób nader dzielny, zapomocą wstrząśnień, udzielanych włókienkom mózgowym, w których wykonywa się wytwarzanie i rozdział sieci nerwowej i tchów, czego oczekiwać nie można po lekach wewnętrznych. (Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 10 listopada.

* Niezbędną podstawą wydatnej działalności zbiorowych prac autonomicznych jest rozumny podział pracy. Sejm galicyjski składa poszczególne gałęzie gospodarki krajowej w ręce Komisyi sejmowych, wybranych przez Sejm i złożonych z członków wyspecyalizowanych zawodowo do rozstrząsania i stanowienia w zakresie tych działów poszczególnych. Ze względów ogólnych Sejm może nie uchwalić tego lub innego wniosku którejś Komisyi, ale między Sejmem, jako całością, a Komisyą, jako organem „fachowym", nie powinna istnieć żadna inna władza pośrednia, któraby była uprawomocniona do odrzucania wniosków Komisyi sejmowych, w skład których wchodzą, jak wspomnieliśmy, ludzie biegli w zawodzie. Nawiązujemy te uwagi do nieprawidłowego i nieuzasadnionego postąpienia Komisyi budżetowej, która na posiedzeniu dnia 3 b. m., nie trzymając się zadania ściśle finansowego, wypływającego z jej mandatu, wkroczyła na cudze i obce dla siebie pole Komisyi sanitarnej, skreślając uchwałę tej ostatniej. Komisya sanitarna uchwaliła przedstawić Sejmowi wniosek, domagający się polecenia Wydziałowi krajowemu, by zakupił od gminy m. Skawiny grunta pod Zakład dla obłąkanych, tudzież by na najbliższej już sesyi Sejmu przedłożył plany tego Zakładu; Komisya budżetowa przekreśliła wniosek Komisyi sanitarnej, a przedstawiła Sejmowi swój własny, mianowicie, by wybór miejsca pod Zakład pozostawić Wydziałowi krajowemu, a termin do przedstawienia kosztorysu i planów przedłużyć do r. 1906.

Godziłoby się raz przecie, ażeby Sejm i kraj dowiedzieli się, dla jakich właściwie powodów i korzyści ogólnych Wydział krajowy obstaje przy zakupnie gruntów w Lusinie? Komisya sanitarna, oświadczając się za gruntami skawińskimi, popiera swój wniosek tem, że Skawina jest węzłowym punktem kilku kolei, że znajduje się blizko Krakowa, co ma wielkie znaczenie dla uczniów i młodych lekarzy, chcących wyćwiczyć się w chorobach umysłowych, że posiada sąd w miejscu, że konfiguracya parceli wyjątkowo nadaje się pod tego rodzaju zakład, że okolica zdrowa, posiada dobrą wodę, no... i że grunta te dużo są tańsze od gruntów w Lusinie. To są argumenta, przeciw którym Wydział krajowy ma obowiązek sformułować i ogłosić swoje, bo w państwie konstytucyjnem i w instytucyi autonomicznej zasada rządzenia na podstawie „sic voleo" jest niedopuszczalna i musi trafić, a nawet powinna trafić na opór.

Wracając do Komisyi budżetowej, zdumiewa ona wprost bezkrytyczną odwagą stawiania swego zdania ponad dojrzale rozważone wnioski „fachowej" Komisyi sanitarnej. W służącego Dr. Klausa wmówili pacyenci, że to on właściwie jest tu ordynującym; więc ordynował, ale czy tylko ku wielkiej korzyści chorych, lub przynajmniej uciesze własnej? Przesadnie też może twierdził mędrzec, że „jedyna rzecz, którą on wie na pewno, to jest świadomość, że nic nie wie": Komisya budżetowa niepowinna stawać w biegunowem przeciwieństwie do mędrca starożytności i niepowinna ulegać podmiotowemu a szkodliwemu złudzeniu, że wszystko wie.

Posłowi hr. Ant. Wodzickiemu należy się szczera wdzięczność nie tylko od lekarzy za rozumne i przedmiotowe postawienie w Sejmie sprawy zakładu dla obłąkanych w zachodniej części Galicyi, lecz i uznanie od obywateli kraju za męzkie i dosadne wystąpienie przeciw dyletantyzmowi Komisyi budżetowej, której wskazał naturalne granice działania.

* W Wiedniu dnia 29 z. m. otwarty został zakład dla leczenia tocznia (lupus). Stosowanie metody Finsena odbywać się będzie ambulatoryjnie. Wszyscy chorzy zostaną spisani i kolejno będą poddawani leczeniu. Opłata dość znaczna i będzie wymagana z góry za 80 dni leczenia.

* W lwowskiej klinice chirurgicznej wakują bezpłatne posady jednego asystenta i dwóch elewów. Zgłaszać się należy do dyrekcyi kliniki chirurgicznej.

* Towarzystwo nauczycieli szkół wyższych mianowało prof. Dr. Henryka Jordana członkiem honorowym za niespożyte zasługi, położone koło fizycznego wychowania młodzieży polskiej.

* Dr. Cačković, redaktor miesięcznika kroackiego „Liečnički Viestnik", zawiadamia autorów polskich, że sprawozdawcą z piśmiennictwa polskiego do rzeczonego czasopisma jest Dr. Justyn Karliński (Cajnica — w Bośni), na którego ręce zechcą autorowie przesyłać swe rozprawy, o ile życzą, by były zreferowane w „Viestniku".

* Kalendarz lekarski pod przeszłoroczną redakcyą wyjdzie na początku grudnia.

* Dotychczas kobietom w Rosyi przyznawany był tylko stopień lekarza; na ostatniem posiedzeniu wojskowej Akademii lekarskiej zapadła uchwała, nadająca kobietom prawo do egzaminu na stopień doktora medycyny.

* Między 16 a 22 października doniesiono władzy o jednym przypadku ospy w Brzeżanach, oraz o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim (2 gm.),

dobromilskim, horodeńskim, jarosławskim jaworowskim, kałuskim, kamioneckim, kolbuszowskim, nadwórniańskim, przemyślańskim (po 1 gm.), rawskim (2 gm.), stryjskim, turczańskim, zaleszczyckim i złoczowskim (po 1 gminie).

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 44. Goldflam: Przypadek przepukliny płucnej (c. d.). Dąbrowski: Przypadek braku wrodzonego tęczy.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 10. Krakowski: O postępowaniu bezgnilnem przy wyjmowaniu zębów (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 44. Malinowski: O leczeniu płonicy surowicą przeciwpłoniczą wyrobu pracowni Dr. Palmirskiego (c. d.). Sterling: Badania nad czuciem wibracyjnem i jego znaczeniem klinicznem (c. d.).

— *Postęp okulistyczny* (październik). Reis: Ropień blaszki sitowej nerwu ocznego jako powikłanie w przebiegu ropówki oczodołu. Dybuś-Jaworski: Lenti globus anterior i powstawanie tegoż. Wicherkiewicz: Niezwykłe położenie przetrwałej błony źrenicznej.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 11. Szulisławski: Z higieny oka. Wzrok a okulary (c. d.). Panek: arstwo wobec nowoczesnej wiedzy (c. d.). Piasecki: Ćwiczenia siłowe wobec higieny.

— *Krytyka lekarska* Nr. 11. *R.:* Opinie biegłych Bieliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.). *Asystent:* Słów kilka w sprawie asystentów szpitalnych.

— *Biblioteka lekarska* Z. X. Landerer: Dyagnostyka chirurgiczna (Cz. II). Dieulafoy: Choroby mózgu (T. III).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 44. Jerie: Sectio caesarea vaginalis sec. Dührssen (c. d). Kopfstein: Vrozený defekt prsních svalů levé strany (dok.). Frankenberger: O nálezech bakteryi v hrtanu se zvláštním zřetelem k bacillu tuberkulosnímu (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 86. Chantemesse: Leczenie surowicze duru brzusznego. Romme: Cięcie poprzeczne przy laparotomiach ginekologicznych.

Nr. 87. Mignon i Dopter: Pierwotne zakrzepicze zapalenie żył krezkowych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 44. Bumm: Surowicze leczenie gorączki połogowej. Preisich i Flesch: Wartość rozpoznawcza cytologicznych badań wypocin. Hausmann: Jelito ślepe wędrujące. Hoennicke: Przyczynek do teoryi rozmiękczenia kości, oraz do nauki schorzeń gruczołu tarczykowego. Wolff: Badania niektórych zagadnień odporności (dok.).

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 44. Askanazy: Początek i los bezbarwnych komórek krwi. Prym: Leczenie gruźlicy hetolem. Schrage: Leczenie gruźlicy płucnej metodą Landerera. Frey: Doświadczenia z surowicą przeciwgruźliczą Marmorka. Gessner: Resorpcya w zakresie żyły bramnej u noworodków w pierwszych dniach życia. Weik: Kiła złośliwa z przyczynkiem do jej kazuistyki. Hoffmann: O chorobie wywoływanej pierwiosnkami i o zapaleniach skóry spowodowywanych roślinami. Dornblüth: Nowoczesny podział chorób umysłowych Moritz: Nienadający się do operacyi rak jelita grubego, jako przeszkoda połogowa. Dreuw: Wyjaławiacz cewników. Herff: Poświęcenie żyjącego dziecka dla ratowania matki. Feer: Zmiany w paznogciach po płonicy i odrze.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 44. Anton: O chorobach nerwowych i umysłowych w wieku pokwitania. Polland: Lecznicze próby z radem i substancyami uczulającemi. Schwarz: Pochodzenie jednojądrzastych komórek wypocinowych w zapaleniach. Förster: Objawy zakrzepu żylnego. Teleky: O nowych środkach zapobiegawczych w celu zwalczania gruźlicy.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 45. Edinger: Choroby układu nerwowego z wyczerpania. Jürgens: Etyologiczne uzasadnienie rozpoznania ospy. Strauss: Postępy w leczeniu cukrzycy. Hevesi: Doszczętne leczenie krzywiczej i statycznej stopy płaskiej za pomocą plastyki ścięgien. Witte: Zmniejszenie i leczenie mięśniaków za pomocą faradyzacyi. Wormser: Użycie rękawic kauczukowych przy ręcznem oddzieleniu łożyska, oraz uwagi nad przyczynami zatrzymania łożyska (dok.) Glauner: Przypadek szwu tętnicy ramieniowej.

Redakcya otrzymała. Cercha: O borowinie, kąpielach borowinowych krynickich i zastosowaniu ich do leczenia chorób kobiecych. Dr. Bier: 1) Nowoczesne sposoby odkażania mieszkań. 2) Organizacya desinfekcyi w miastach większych. 3) Sprawozdanie w sprawie usuwania nieczystości w Zakopanem. 4) O desinfekcyi po chorobach zakaźnych. 5) Instytucya lekarzy szkolnych dla szkół miejskich m. Krakowa. 6) Ujemne strony higieniczne targu mlecznego w miastach większych i środki zaradcze przeciw nim. 7) O metodach fotometryi, stosowanych w higienie wzroku. 8) O oczyszczaniu miejskich wód kanałowych ze szczególnem uwzględnieniem metod biologicznych. 9) Zakład do czyszczenia wody kanałowej w Sanatoryum zokopańskiem.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 44 (od 30/X do 5/XI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 36, dz. 18; nieżywo: chł. 2, dz. 3. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18. kob. 14; zamiejscowych: męż. 14, kob. 6.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych 2. 2) gruźlica: miej. 5, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 7, ob. 1. 4) dławieci błonica: miejsc. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —. ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 5, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —. ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3. ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 2. 21) nowotwory: miej. —, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 5, ob. 8. 23) śmierć przypadkowa: miej —. ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob —. **Razem** miej. 32, obcych 20.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 16 listopada, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem Dr. Teodor Heryng (z Warszawy) mówić będzie „O najnowszych metodach inhalacyjnych" i przedstawi przyrząd do inhalacyi własnego pomysłu.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIII. Kraków 19 Listopada 1904. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Na czem polega obecne histopatologiczne rozpoznanie niedowładu postępującego? [1]).

Podał

Dr. med. i fil. P. Pręgowski (Lwów).

Ostateczne wnioski moje i wywody z tej pracy pragnę poprzedzić ogólniejszemi uwagami. Jak wiadomo, psychiatrya, jako nauka kliniczna, stoi pod względem stopnia swego rozwoju najniżej ze wszystkich działów medycyny praktycznej i to tak w zakresie terapii, jak niemniej nozologii i wiedzy podścieliska anatomicznego.

Co się tyczy terapii psychiatrycznej, to — chcąc się wyrazić dosadnie, należałoby powiedzieć, że właściwie psychiatrzy nie leczą zupełnie. Obłąkanie pierwotne, niedowład postępujący, obie postacie obłąkania starczego (zwykła i miażdżycowa), obłąkanie padaczkowe, okresowe, wczesne, alkoholiczne, tudzież większość przypadków opilstwa przewlekłego, — cały więc zbiór chorób umysłowych, z jakiemi zazwyczaj mamy do czynienia, nie znajduje u nas wyleczenia. I tylko co najwyżej cierpiącego na lżejsze postacie opilstwa przewlekłego jesteśmy w stanie doprowadzić drogą bardzo długo trwającego powstrzymania od napojów wyskokowych do trwalszego stanu prawidłowego, albo też możemy złagodzić zbyt silne stany podniecenia dzięki długotrwałym ciepłym kąpielom, zawijaniu w koce, oraz podawaniu hyoscyny lub innych środków podobnych. Poza tem spełniamy wobec naszych chorych jedną tylko, choć zresztą bardzo ważną rolę, mianowicie rolę pielęgnujących, w czem wyręczamy domowe otoczenie chorych. A że czynimy to zwykle o wiele lepiej, niż to ma miejsce w domu, stąd dość skutecznie ochraniamy tak samych chorych, jak i społeczeństwo od niebezpieczeństw, z jakiemi są połączone choroby umysłowe.

Psychiatrzy nietylko nie leczą typowych chorób umysłowych, lecz nie leczą oni nawet tych stanów pośrednich między zdrowiem a chorobą umysłową, za jakie uważać należy neurastenię, histeryę, nerwicę urazową i t. d. W schorzeniach neurastenicznych co najwyżej mogą oni doprowadzić chorego do miernego stanu samopoczucia, — na to jednak, aby po krótszym lub dłuższym czasie przyszedł do nas znowu z tymi samymi objawami, lecz już w spotęgowanym stopniu i abyśmy stwierdzili u niego neurastenię ciężką, nieuleczalną. Tak niedołężnego stanu w zakresie terapii nie przedstawia żadna inna nauka kliniczna.

Ale niemniej niewesoło przedstawia się i nozologia psychiatryczna. Co do etyologii chorób umysłowych, to ta znana nam jest na pewne tylko w tych, które pochodzą z zatrucia. Co do chorób umysłowych, nie pochodzących z zatrucia, to nawet patogeneza niedowładu postępującego nie jest ostatecznie ustalona. Twierdzenie, iż psychoza ta powstaje na tle przebytej kiły, nie jest jednomyślnie przyjęte, a z drugiej strony nie może być uważane za zupełnie udowodnione. Znane doświadczenie ze szczepieniem kiły paralitykom, wykonane przed kilkunastu laty w klinice Kraft-Ebinga, u których szczepienie nie przyjęło się, nie może być uważane za fakt, niewątpliwie rozstrzygający sprawę na korzyść wspomnianego twierdzenia, że kiła jest przyczyną niedowładu postępującego. Zawsze bowiem może ktoś odwrócić rzecz i powiedzieć, iż nie dlatego ci porażeni nie ulegli zakażeniu kiłowemu, że go już przebyli, lecz dlatego n. p., że niedowład postępujący wywołuje takie zmiany w ustroju, które czynią go odpornym na zakażenie kiłowe. Mniejsza, o ile twierdzenie to jest prawdopodobne; musi jednak ono być wpierw zbite, zanimby można było uważać przytoczone doświadczenie Kraft-Ebinga za zupełnie przekonywujące. Ale przypuśćmy nawet, że rzeczywiście przebyta kiła może prowadzić do niedowładu postępującego, to nie wiemy wcale, na jakiej drodze to się dzieje i ewentualnie w jaki sposób dochodzi do wytwarzania owej przypuszczalnej istoty patogenetycznej, mającej sprowadzać dalsze zaburzenia.

Źródło i istota pozostałych psychoz, więc obłąkania pierwotnego, okresowego, wczesnego, padaczkowego, zadumy właściwej, chorób umysłowych starczych, a nawet wspomnianych nerwic stanowią dla psychiatryi dotąd „terra ignota“, co nam też po części daje wytłómaczenie wyżej wspomnianego smutnego stanu terapii psychiatrycznej. Jeżeli idzie o moje osobiste zdanie w tej sprawie, to po pierwsze uważam za wyjaśnioną sprawę istoty i patogenezy, a przeto i terapii z jednej strony chorób neurastenicznych, z drugiej zaś strony powstającego na ich tle, jak na to wskazują moje spostrzeżenia, Kraepelinowskiego obłąkania wczesnego (*dementia praecox*), które, jak wiadomo, obejmuje trzy, dotąd uważane za odrębne jednostki chorobowe, lub do takich sprowadzane schorzenia, jak: *katatonia, hebephrenia, dementia paranoides*. Powtóre zaś mam nadzieję, że jesteśmy niezbyt dalecy od poznania istoty tak obłąkania okresowego, jak i nerwic i psychoz urazowych. Ale gdy mówię o spółczesnym stanie nozologii psychiatrycznej, nie mogę tu oczywiście uwzględniać wyników badań własnych, jak długo wyniki te nie zostaną powszechnie przyjęte.

Lecz nie znając istoty i źródła chorób, można przecież mieć zupełnie wykończone, jasne i prawdziwe ich obrazy kliniczne. Wszak to ma miejsce z naszą wiedzą n. p. o rozedmie płuc lub o ostrym gośćcu stawowym, których patogenezy wprawdzie należycie nie znamy, a jednak klinicznie,

[1]) Odczyt miany dnia 7/X 1904 w Towarz. lekar. lwowskiem.

co do przebiegu, zejścia i t. d. znamy dostatecznie. W psychiatryi tego nawet nie możemy powiedzieć. Gdy rozejrzymy się w najnowszych podręcznikach psychiatryi, a wymienię kilka tylko z niemieckich: Kraft-Ebinga, Ziehena, Wernickego, Kraepelina, przykonywamy się, że niemal każdy psychiatra ma własną, odrębną klasyfikacyę i własne odrębne pojmowanie i określanie różnorodnych chorób umysłowych. Prawie niema jednej postaci chorobowej w psychiatryi, co do której byłaby powszechna zgoda między psychiatrami.

A wreszcie, co się tyczy naszej wiedzy anatomicznego podkładu chorób umysłowych, to ta dopiero w ostatnich latach zaczyna się wytwarzać. Na ten niedostateczny rozwój histopatologii kory mózgowej złożyły się głównie dwie przyczyny: po pierwsze — musiało to być, przyzna każdy, wielką przeszkodą dla anatoma w wyszukiwaniu podkładu anatomicznego dla obrazów klinicznych, jeśli te obrazy kliniczne były wytworem fantazyi i dowolności klinicystów; powtóre w znacznym stopniu przyczyniło się do powstrzymania rozwoju histopatologii metafizyczne przekonanie dawniejszych badaczy, według których, tak, jak rzekomo wszystkie zjawiska umysłowe są tylko wrażeniami i wyobrażeniami, tudzież różnorodnymi stanami i ich stosunkami, tak też i cała różnorodność funkcyi środkowego układu nerwowego polega tylko na różnorodnych połączeniach między komórkami nerwowemi, na różnorodnych szlakach nerwowych. Poznanie tych ostatnich stało się wobec tego głównem zadaniem badań anatomopatologicznych, wobec którego badanie kory mózgowej i komórek nerwowych zeszło na plan drugorzędny.

Przegląd krytyczny obecnego stanu psychiatryi wykazuje, że znajduje się ona ciągle jeszcze, rzec można, w pieluchach. Wszystko niemal jeszcze tu jest do zrobienia. Zaprawdę nęcący to obraz dla umysłów badawczych i twórczych. Ale do tego ważnego zadania potrzeba odpowiedniego i trudnego do zdobycia przygotowania. Czyż można n. p. oczekiwać zbyt wielkich wyników w zakresie psychopatologii od badaczy, którzy nie posiadają należytego przygotowania psychofizyologicznego i psychoanatomicznego? A takimi są najwybitniejsi współcześni psychiatrzy, jak Ziehen, Kraepelin, Wernicke i inni, którzy zresztą na każdym kroku niemal podnoszą całą doniosłość psychologii dla psychiatryi i chociaż oni uważają siebie za posiadających należyte przygotowanie psychologiczne.

Wszak Ziehen we wstępie do ostatniego wydania swego podręcznika pisze, że niech kto co chce twierdzi, jednak psychologia assocyatywna w zupełności wystarcza do wyjaśnienia faktów psychiatrycznych. Kto zna psychologię choć trochę zawodowo, ten wie, że psychologia assocyatywna, głoszona przez Herbarta, utrzymuje, jak już to napomknęliśmy, iż wszystkie zjawiska duchowe dadzą się sprowadzić do wrażeń i wyobrażeń, tudzież do stosunków i połączeń między nimi. Ale nie potrzeba już wiedzy zawodowej psychologii; wystarczy tylko umieć stwierdzać i spostrzegać własne stany duchowe, aby twierdzenie, że nasze radości i smutki, nasze pożądania i popędy, nasze postanowienia i sądy — są tem samem, co wrażenia i wyobrażenia, tudzież ich związki i stosunki, że twierdzenie to należy do kategoryi takich, jak n. p. to, że lampa jest książką lub jakimś stanem czy stosunkiem tej książki.

Kraepelin po 1-em czy 2-ch półroczach pobytu w pracowni psychologicznej Wundta, począł stosować doświadczenia psychologiczne do psychiatryi, w czem był pierwszym i co jest rzeczą bardzo ważną. Atoli czyni to w tem przekonaniu, że już całkowicie opiera psychiatryę na psychologii. Dla znającego zawodowo psychologię rzecz ta przedstawia się w następujący sposób: popierwsze — psychologia doświadczalna to nieznaczna cząstka całej psychologii opisowej, będącej obecnie nauką przedewszystkiem empiryczną. — po drugie — psychologia doświadczalna oprzeć się musi na wszystkich innych działach psychologii; przyzna bowiem każdy, żeby dobrze módz pojąć i ocenić wyniki doświadczeń n. p. nad wrażeniami lub wyobrażeniami, a dotąd zresztą niemal tylko do badania tej nieznacznej cząstki naszego życia duchowego stosowane bywa doświadczenie, do tego bardzo przydałoby się wiedzieć coś nie coś o tem, czem są owe wrażenia i wyobrażenia.

Wernicke, jak wiadomo, opiera swoje podziały psychologiczne na podstawach anatomicznych!

Mendel w krótkim czasie po pojawieniu się hipotezy psychologicznej, sprowadzającej pożądania do uczuć, głosił w prelekcyach uczniom swoim to twierdzenie, jako ostatnie słowo nauki. Jeżeli zwrócimy uwagę na to, że nasze uczucia cechuje pewien pierwiastek bierny, podczas gdy pożądania nasze posiadają charakter czynny, wtedy twierdzenie, iż pożądania są co do swej istoty tem samem, co uczucia, będziemy musieli uznać nietylko za hipotezę, ale nadto za hipotezę, mającą za sobą niezbyt wiele prawdopodobieństwa. Gdy nadto uwzględnimy, że jak z anatomią ciała ludzkiego nie można się zapoznać li tylko z książek lub obrazków, lecz do tego potrzeba samemu oglądać na zwłokach narządy ciała, tak samo i zjawisk duchowych nie można poznać li tylko z książek, a obrazków już tutaj nawet wcale niema, lecz trzeba samemu umieć stwierdzać te zjawiska, — zgodzi się wtedy, sądzę, każdy z przytoczonem powyżej twierdzeniem o niedostatecznem przygotowaniu wspomnianych luminarzy spółczesnej psychiatryi — w dziedzinie psychologii, tej normalnej anatomii i fizyologii ducha. Przyczyn tego stanu rzeczy roztrząsać tu bliżej nie będę, zaznaczę tylko, iż jedną z głównych jest oczywiście to, że ta empiryczna psychologia, to dzieło ostatnich lat kilkunastu.

O tem, że powyższe wywody zawierają w swej konsekwencyi uznanie potrzeby zaprowadzenia wykładów psychologii na wydziałach lekarskich, rozwodzić się nie zamierzam, mając zamiar uczynić to na innem miejscu.

Ale nietylko brak należytego przygotowania psychologicznego był i jest istotną przyczyną słabego postępu psychiatryi. W większym jeszcze stopniu jest nią niedostateczne uwzględnianie przez psychiatrów jednej podstawowej zasady, na której oddawna już opierają się wszystkie inne nauki kliniczne, a mianowicie, że stwierdzenie jakiegoś stanu nie daje nam jeszcze obrazu całej postaci chorobowej. Nie wystarczy, stwierdziwszy podniecenie, przygnębienie, czy myśli niedorzeczne, uważać je za jednostkę chorobową: obłęd, zadumę lub obłąkanie pierwotne

Przy określaniu jednostek chorobowych należy patrzeć nietylko na to, jak się chory przedstawia w danym czasie, lecz także na to, jak on się przedstawiał wczoraj lub przed rokiem i jak on się będzie przedstawiał jutro lub po roku, należy ściśle badać cały przebieg i zejście. Tę myśl, wypo-

wiedzianą przed kilkudziesięciu laty przez Kahlbauma, propagowaną przez Heckera, podjął Kraepelin i na jej to podstawie dokonywa w naszych oczach przewrotu w psychiatryi.

Na czem polega ten nowy kierunek w psychiatryi, noszący nazwę „Kraepelinizmu“ lub „szkoły Kraepelinowskiej“, mówić tu szczegółowo nie będę. Uczyniłem to na innem miejscu. Korzystam natomiast ze sposobności, aby zauważyć, że gdy podnoszę często całą doniosłość tego nowego kierunku psychiatryi, nie chcę jeszcze przez to utrzymywać, jakoby wszystko, co wychodzi ze szkoły Kraepelinowskiej, zasługiwało na bezwzględne przyjęcie. Pragnę tu przestrzedz przed zbyt jednostronnem i krańcowem stosowaniem zasady Kahlbauma, jakie ma miejsce np. w Kraepelinowskiej nauce o histeryi. Jak wiadomo, Kraepelin stosuje myśl Kahlbauma także i do zakresu histeryi i utrzymuje, że w niej należy wyraźnie odróżnić objawy t. zw. histeryczne od histeryi, jako jednostki chorobowej. Objawy t. zw. histeryczne mogą występować w przebiegu najróżnorodniejszych chorób umysłowych, stanowiąc ich część składową.

Już może to wniknięcie w wspomnianą naukę nasunęło niejednemu z lekarzy łatwość zrozumienia, na czem tu polega błąd. Błąd tkwi w tem, że zasady Kahlbaumowskiej stosować nie można do dziedziny histeryi, histerya bowiem nie jest procesem chorobowym: histerya polega, jak to zresztą i sam Kraepelin wspólnie ze wszystkimi utrzymuje, na zmienionej konstytucyi nerwowej i umysłowej.

Wspomniany zaś fakt, który naprowadził Kraepelina na owo odróżnianie objawów histerycznych od histeryi, jako choroby, tłómaczy się sam przez się w sposób następujacy: raz spotykamy osobniki, u których ma miejsce li tylko wspomniana zmieniona konstytucya układu nerwowego; innym razem znowu mamy do czynienia z osobnikami, którzy, posiadając w powyższy sposób zmienioną konstytucyę newową, np. wskutek nadużywania napojów wyskokowych ulegli, zaburzeniom pochodzenia alkoholicznego, bądź, przebywszy np. kiłę, zapadli na porażenie postępujące itd. Nie wchodzę tu w inne strony Kraepelinowskiej nauki o histeryi, a przedewszystkiem w to, o ile histerya nie może być tłem, na którem rozwijać się mogą inne psychozy.

Obok wspomnianej zasady Kahlbauma zasługuje na szczegółowe uwzględnienie w psychiatryi druga przewodnia kliniczna, która w medycynie somatycznej oddawna jest uważana za zrozumiałą sama przez się; jest nią zasada, że różnorodne schorzenia mogą się kojarzyć ze sobą i występować równocześnie. Jak np. w zakresie chorób somatycznych płuco rozdęte może uledz zapaleniu; albo, jak znane są przypadki równoczesnego występowania duru brzusznego i osutkowego, tak również w badaniu kliniczno-psychiatrycznem musimy się liczyć z tą możliwością równoczesnego występowania różnych schorzeń. Do powstania też wspomnianej Kraepelinowskiej nauki o histeryi przyczyniło się również zapewne nieuwzględnianie przez Kraepelina tej napozór tak prostej zasady; a że Kraepelin jej nie uwzględnia, miałem sposobność o tem wielokrotnie osobiście się przekonać. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Kilka uwag o dychawicy oskrzelowej *(asthma bronchiale).*

Podał

Prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy.)

Wykazawszy powyżej, że hipoteza kurczu oskrzelek w dychawicy wobec faktów rzeczywistych ostać się nie może, zapytać jeszcze można, do czego służą włókna mięsne gładkie, które w oskrzelkach podłużnie i okrężnie przebiegają? Według mego zdania służą one jedynie do tego, aby oskrzela czynić bardziej odpornemi na wpływy dążące do ich rozszerzania, a tem samem, aby je chronić od rozdęcia. Doświadczenie nas uczy, że tak tkanki twarde, jak elastyczne, nie długo opierać się mogą zwiększonemu na nie parciu; pierwsze ulegają powoli zanikowi, jak mostek i żebra pod wpływem tętniaka, drugie utracają swą elastyczność i dają się rozdąć, jak płuca. Większą natomiast odporność okazują tkanki kurczliwe, jak mięśnie, czy to prążkowane, czy gładkie, które, napotykając na większy opór przeciw swemu działaniu, działają silniej, a w końcu przerastają. Mięśnie już w stanie spoczynkowym znajdują się w pewnym stopniu napięcia (tonus), skutkiem którego są elastyczne tak, że do pewnej granicy (t. j. granicy ich elastyczności), im bardziej zostaną rozciągnięte, z tem większą siłą ściągają się napowrót. Siła tej elastyczności w stanie spoczynkowym jest mała; rośnie jednak znacznie w razie powstawania stanu czynnego, a znika przy zupełnem zwiotczeniu mięśnia, jakie powstaje skutkiem obwodowych porażeń lub zwyrodnienia. Tak więc i mięśnie gładkie są elastyczne; elastyczność ich jednak doznaje w kurczliwości ich takiej podpory, że staje się trwalszą i do pewnego stopnia wzmaga się nawet w miarę oporów, jakie musi przezwyciężać, o ile pokonać je może. To też i błoniaste oskrzela są skutkiem znajdowania się mięśni gładkich w ich ścianach elastycznemi i podobnie jak płuca rozszerzają się przy wdechu, a ściągają napowrót przy wydechu. Gdyby oskrzelka zawierały tylko włókna elastyczne, to co najmniej równie łatwo podlegaćby musiały rozdęciu, jak pęcherzyki płucne przy rozedmie płuc. Tymczasem rozdęcie oskrzelek spotykamy względnie do częstości rozedmy płuc rzadko i to zwykle dopiero w późnym wieku i przy wysokim stopniu rozedmy płucnej. Daleko częściej musielibyśmy także spotykać rozdęcia oskrzelek ograniczone, jakie pod wpływem nagromadzenia w nich śluzu przy utrudnionem wykrztuszaniu łatwoby się wytwarzały. Mojem zdaniem od tak częstego powstawania rozdęcia chroni oskrzelka to, że posiadają one mięśnie gładkie, których kurczliwość przybywa w potrzebie z pomocą ich elastyczności, a skutkiem tego rozdęcie oskrzelek wtedy dopiero wytworzyć się może, gdy mięśnie gładkie ich ścian utraciły swoją kurczliwość, albo też uległy zanikowi. Wtedy tracą jednak ściany oskrzelka także swoją elastyczność, a stąd i rozdęcie może się już szybko rozwijać i osiągnąć znaczny stopień.

Obok obu powyżej podanych teoryi powstawania dychawicy spotykamy jeszcze pewne hipotezy dodatkowe dla wytłómaczenia wdechowego rozdęcia klatki piersiowej podczas napadów: I tak Bamberger, który napady dychawicze, podobnie jak Stoerk, odnosił do obrzmienia błony

śluzowej oskrzelek, przyjmował oprócz tego kurcz mięśni wdechowych, a mianowicie przepony, dla wytłómaczenia obniżenia stłumienia wątroby i zniknięcia stłumienia serca. Wykazawszy, że przy obrzmieniu błony śluzowej oskrzelek część wdychanego powietrza w płucach bywa zatrzymaną, a tem samem i klatkę piersiową rozdymać musi, zwlaszcza na koszt przepony, uważam przypuszczenie kurczu mięśni wdechowych, a z niemi przepony, za zupełnie zbyteczne. Przytem mięśnie te działają i podczas napadu dychawiczego, co stanowczo sprzeciwia się ich kurczowi, któremu odpowiadać powinien najwyższy stopień skurczenia. Drugą hipotezę stawia Goldschmidt (w pracy powyżej wymienionej), który przyjmuje kurcz oskrzelek za przyczynę napadów, uznając, że napady te mogą jeszcze potęgować skrętki Curschmanna. Twierdzi on mianowicie, że mięśnie wydechowe pod wpływem poprzednich wysiłków ulegają podczas napadu dychawicy znacznemu osłabieniu tak, że mięśnie wdechowe osiągają nad nimi przewagę; w ten sposób tłómaczy on tak rozszerzenie się klatki piersiowej, jak i powolne odbywanie się wydechu podczas napadu. I tę hipotezę uważać muszę za zbyteczną, gdy mechaniczne zatrzymanie powietrza w płucach dostatecznie tłómaczy rozszerzenie klatki piersiowej i gdy przy biernym wydechu powietrze do przedostania się przez zwężone oskrzela z natury rzeczy więcej czasu potrzebować musi. Że zaś mięśnie wydechowe nie są osłabione, widzimy z tego, że pod wpływem woli łatwo czynny wydech wykonać mogą, a przy kaszlu w całej pełni działają. Goldschmidt w rozumowaniu swem opiera się na fakcie, że pierwsze napady dychawicy rozpoczynają się od bardzo silnego kaszlu, a czasem kichania i, że nawet później kaszel lub kichanie początek napadu stanowią. Mnie się to tłómaczy daleko lepiej tak, jak przy wszystkich zwężeniach dróg oddechowych: Wytwarzające się obrzmienie, a ztąd i zwężenie oskrzelek, daje się uczuć choremu dopiero przy głębszych oddechach, jakie kaszlowi lub kichaniu towarzyszą; wciągając powietrza więcej, może on nie być już w stanie wydalić go całkowicie, zwlaszcza że przy długotrwającym wydechu jeszcze przed jego ukończeniem zajść może potrzeba nowego wdechu. Forsowne przepieranie powietrza przez zwężone już oskrzelka może obrzmienie ich, a tem samem i zwężenie jeszcze zwiększyć (tak jak wogóle świeżo powstające obrzmienia natury zapalnej można przez drażnienie szybko powiększyć), a stąd i po napadzie kaszlu i kichania pozostanie duszność, której chory przedtem przy spokojnem zachowaniu się nie odczuwał. Podobnież można podczas napadu dychawiczego pogorszyć stan przez wywołanie silnego kaszlu lub nawet przez umyślne nasilanie wydechów; w chwilach jednak od dychawicy zupełnie wolnych napadu dychawiczego w ten sposób wywołać się nie da. Wreszcie trzeba tylko uwzględnić, jak wielką pracę wykonywać mogą mięśnie wydechowe, np. w krztuścu, aby nabyć przekonania, że nie ulegają one tak łatwo wyczerpaniu.

Wykazawszy powyżej, że dychawica oskrzelowa polega na zmianach w błonie śluzowej oskrzeli, które są bardzo do nieżytowych podobne, zapytać musimy, czem się te zmiany odróżniają od prawdziwie nieżytowych i dlaczego każdy nieżyt oskrzelowy nie przedstawia objawów dychawicy. Różnica polega przedewszystkiem na tem, że w dychawicy błona śluzowa oskrzeli silniej obrzmiewa, niż przy nieżytach, a natomiast nie przychodzi w niej do tak obfitej wydzieliny, jak w tych ostatnich; przytem obrzmienie w dychawicy wytwarza się o wiele szybciej i ogarniać może rozległe i odległe części błony śluzowej równocześnie, nie potrzebując przechodzić na nie kolejno *(per continuitatem)*, jak to w zwykłych nieżytach bywa. Jest to zatem sprawa, która stoi w pośrodku pomiędzy czystym obrzękiem, a nieżytem, zbliżając się bardziej czasem do jednego, czasem do drugiego; że nie jest jednak zupełnie różną od nieżytu, wskazuje to, że cechuje się ona temi samemi zmianami anatomicznemi, co każdy ostry nieżyt i, że te zmiany w tym samym porządku, co w nieżycie ostrym występują, różniąc się tylko stopniem nasilenia. I tak napad zaczyna się obrzmieniem błony śluzowej, przyczem wytwarza się wydzielina szklista i lepka (skrętki Curschmanna), która następnie traci swą lepkość przez domieszkę ciałek wypocinowych i zostaje wykrztuszoną; nie zwiększa się ona jednak tak znacznie, jak w ostrych nieżytach i wkrótce przestaje się wytwarzać tak, że po jej wykrztuszeniu oskrzelka wracają rychło do stanu prawidłowego. Krótkie trwanie tego okresu robi na mnie wrażenie, że jest on tylko odczynem błony śluzowej na drażnienie, jakiego ona doznaje z powodu zwiększonego tarcia powietrza w zwężonych oskrzelkach i z powodu oblepiającego ją śluzu, którego wężykowate skręcenie wskazuje, z jakim się trudem od niej odrywał; to też ten okres przechodzi szybko w miarę ustępowania przyczyny, która go wywołała. Sprawa ta więc różni się od nieżytu ostrego, w którym bodziec powierzchowny (prawdopodobnie drobnoustroje chorobowe) drażnią błonę śluzową, wywołując z razu jej obrzmienie, a następnie zwiększoną wydzielinę, która się czas dłuższy utrzymuje. W dychawicy powstaje obrzmienie błony śluzowej zbyt nagle i osiąga zbyt wysoki stopień, a po trwaniu rozmaitej długości znika zbyt szybko, abyśmy je do jakiejś miejscowej szkodliwości odnieść mogli. Nie możemy także przypuszczać, że obrzmienie powstaje pod wpływem drażnienia błony śluzowej przez kryształki Leydena, już choćby dlatego, że kryształków tych na to jest zanadto mało; raczej przyjąć musimy, że krystalizacya powstaje tu skutkiem zbyt małej ilości wody w wydzielinie, która przez to jest tak gęstą i lepką, a początkowo raczej stałą, niż płynną (skrętki Curschmanna). W dychawicy bywa też zbyt wielka przestrzeń naraz chorobą zajęta, by można przypuścić, że jakiekolwiek szkodliwe działacze tak szybko na nią się rozszerzyć mogły. Wreszcie nie powstaje dychawica pod wpływem pewnych czynników u każdego, ale jedynie u niektórych tylko, względnie nielicznych osobników; u tych jednak powstaje z najbłahszych powodów, a często bez żadnej widocznej przyczyny. Wszystko to wskazuje, że w dychawicy oskrzelowej główną rolę odgrywają nerwy naczynioruchowe, tak jak ją odgrywać się zdają w *„oedema angioneuroticum"* Strübinga lub w pokrzywce; może też działają przytem osobne nerwy wydzielnicze, które wreszcie także do naczynioruchowych należą. Nerwy te mogą wywołać obrzmienie błony śluzowej i w czasie daleko krótszym i w stopniu daleko wyższym, niż zwykłe miejscowe bodźce zapalne, a przytem odrazu na takiej przestrzeni, jakaby potrzebowała przynajmniej dni kilka, by być przez nieżyt zajętą; one wreszcie mogą równie szybko, jak wywołały obrzmienie, odjąć mu podstawę do dalszego trwania. Wspomnieć tu muszę, że, pominąwszy nabrzmiewanie ciał jamistych muszel,

jakie nieraz napadom dychawicy towarzyszy, spotykałem czasem podczas napadów, trwających nawet kilka godzin, czysto wodnisty obrzęk przedniej części muszel średnich, z którego tak przed napadem, jak i po napadzie śladu nawet nie było. To nagłe powstawanie i znikanie obrzęku w nosie razem z napadem dychawicy każe jedno i drugie odnieść do nerwów naczynioruchowych, boć o tak szybkiem przesunięciu się sprawy z nosa na oskrzelka mowy być nie może; obrzęk muszel przytem jest dla mnie jedną wskazówką więcej, że i w oskrzelkach raczej przypuszczać należy obrzmienie błony śluzowej, niż kurcz mięśni. Że obrzmienie to zależy od nerwów naczynioruchowych, wskazuje i ta okoliczność, że napady powstają nieraz pod wpływem bodźców tak słabych (np. pewnych zapachów), że niepodobna przypuścić, by błona śluzowa mogła przez nie doznać zadrażnienia, zwłaszcza na większej przestrzeni; przypomina to bardzo pokrzywkę, która u niektórych osób pod wpływem pewnych pokarmów (poziomek, raków, grzybów) nagle powstaje. Nie mamy jednak podstawy twierdzić, by obrzmienie błony śluzowej jedynie w zdrowych oskrzelkach wywołane być mogło przez nerwy naczynioruchowe; owszem zdaje się, że wpływ tych nerwów może się dołączać i do spraw nieżytowych, a przez to każdy przypadkowy, lekki nawet nieżyt może u pewnych osobników przebiegać z niestosunkowem obrzmieniem błony śluzowej oskrzeli, a stąd i z silną dusznością. Z drugiej strony może także i u dychawiczych wytworzyć się nieżyt przewlekły oskrzeli, który pod wpływem nerwów naczynioruchowych cechować się będzie niestosunkowem obrzmieniem ich błony śluzowej, a bardzo skąpą wydzieliną, albo też wzmaganiem się tego obrzmienia od czasu do czasu i powstawaniem napadów duszności. Na tej kombinacyi wpływu nerwów naczynioruchowych z sprawami nieżytowemi polegać mogą rozmaite odmiany dychawicy oskrzelowej i wytłómaczyć się da rozmaicie długie jej trwanie. Podobnież i w nieżytach ostrych przebiegających z znaczną dusznością u osobników, które nigdy na dychawicę nie cierpiały, jak to bywa w nieżycie siennym, niekiedy po wdychaniu drobnych pyłków, jak np. mąki, czasem przy grypie, a czasem nawet w samoistnych ciężkich nieżytach oskrzeli, przyczyny tak znacznego i długo nieraz trwającego obrzmienia błony śluzowej oskrzeli szukać może należy nie w samej sprawie nieżytowej, lecz i w towarzyszących jej zboczeniach w działaniu nerwów naczynioruchowych. Jakiego rodzaju jest to zboczenie, trudno na pewno określić; mnie się jednak wydaje najprawdopodobniejszem, że polega ono na porażeniu gałązek naczynioruchowych najdrobniejszych żyłek oskrzelowych, z czego powstaje rozszerzenie się ich i zastój krwi, a następnie przesiąk w błonę śluzową oskrzelek i jej obrzmienie. (Dokończenie nastąpi).

* * *

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. A. Mars. **Klinika położniczo-ginekologiczna Lwowska, jej powstanie, rozwój i wyniki.** (*Ginekologia I, Nr. 6 i 7*).

Mamy przed sobą publikacyę, za którą należy się autorowi szczera wdzięczność. Odczuć ją winien historyk naszej medycyny, przed którym praca prof. Marsa odsłania embryonalne, że się tak wyrażę, dzieje kliniki, t. j. prace i zabiegi, które poprzedziły jej otwarcie, jak niemniej dzieje pierwszego pięciolecia; wdzięcznym powinien być lekarz, który, mając budować lub urządzać podobny zakład, oprzeć się może na wytrawnem doświadczeniu autora; wdzięcznem powinno być społeczeństwo lekarskie za to, że praca ta dowodzi, iż nasza rodzima instytucya pod żadnym względem nie stoi niżej, a pod wieloma przewyższa podobne zakłady zagraniczne.

Część pierwsza, to rys historyczny kliniki lwowskiej. Zaznajamia nas ona z całym szeregiem ankiet i aktów, daje poznać koszta urządzenia i walkę o nie; opisuje wreszcie uroczysty akt otwarcia kliniki. Wykład wstępny p. t. „O stosunkach zakładów położniczych i położnika do gospodarstwa krajowego z uwzględnieniem naszego kraju“ przytacza autor *in extenso*. W doskonale na ten cel wybranym i opracowanym wykładzie wykazuje autor na podstawie liczb, że brak kultury położniczej jest klęską nietylko moralną, ale i materyalną kraju i oparty na prawdziwie smutnych liczbach, wypowiada zdanie: „Wobec olbrzymich strat, jakie kraj z powodu braku akuszerek i położników rocznie ponosi i jakie co roku przybywają, powstanie nowego ogniska dla celów dydaktycznych w położnictwie i ginekologii jest bardzo dobrem umieszczeniem kapitału, które tylko zyski przynieść może.“ W wykładzie tym znać nietylko położnika i ginekologa, ale i dobrego obywatela, który rozumie, że każdy zawód może przy dobrej woli stać się punktem wyjścia pracy dla podniesienia moralnego i materyalnego dobra kraju i narodu.

Rozdział drugi poświęcił autor dokładnemu i szczegółowemu opisowi kliniki. Dla lepszego zrozumienia podano cały szereg rycin. Chcąc zdać sprawę z tego rozdziału, trzebaby całe ustępy przepisywać. Szczególnie pouczającym jest opis sali porodowej, laparotomijnej, wykładowej i ubikacyi, przeznaczonej do wyjaławiania płynów. Kto widział klinikę lwowską w dniu uroczystego otwarcia i czyta opis obecnego jej urządzenia, ten dopiero zrozumie, ile i jak zasadniczych zmian dokonano, ażeby zakład postawić na wysokości zadania. Rozprowadzenie po najważniejszych ubikacyach gmachu rur cynowych, dających się wyjaławiać przegrzaną parą i przeznaczonych dla wody i płynów przeciwgnilnych; przyrządy Kadera dla szczotek, nożne otwieranie przyrządów na mydło, wyskok i sublimat, doskonałe umywalnie, nowe ubikacye dla wyjaławiania, wreszcie projektowane urządzenie loży oszklonej dla studentów w sali laparotomijnej i wiele innych urządzeń, — wszystko to przemawia za tendencyą czynienia zadość wymaganiom nowoczesnej aseptyki. Prof. Mars natrafia przytem na niezwykłe trudności z dwóch przyczyn: popierwsze zakład jest kliniką, a więc czynić musi zadość potrzebom dydaktyki, które często utrudniają stosowanie aseptyki, — a powtóre (co ważniejsze) lokal, w którym pomieszczono klinikę, był na ten cel nie zupełnie odpowiednim. W ramach i murach „*a priori*“ gotowych trzeba było wprowadzać wszelkie ulepszenia, co naturalnie jest trudniejsze, niż nakreślenie nowego planu. Zupełnie słusznem jest zdanie, że „klinika uniwersytecka.... musi być w ciągłej bezustannej ewolucyi, w ciągłym rozwoju; nie może ona być instytucyą skończenie urządzoną, ale musi wykazywać postęp i to postęp, idący równym krokiem z rozwojem nauki.“ Prof. Mars jest tej zasadzie wiernym i śmiało może być dumnym z tego, co już dotąd zrobiono.

Czy klinika nie ma braków? Wszyscy wiemy, że takiej instytucyi niema na świecie i prof. Mars najlepiej niewątpliwie niektóre braki odczuwa i z pewnością nad ich usunięciem pracuje. To, co w pięciu latach zdziałał, pozwala spodziewać się, że i te braki są chwilowe. Tu zaliczyłbym brak ubikacyi do mycia i desinfekcyonowania chorej przed laparotomią i brak pokoiku do mycia rąk przed operacyą aseptyczną. Istnienie takiego pokoiku nietylko usunęłoby mycie rąk w sali laparotomijnej, przyczem obejść się nie

może bez rozpryskiwania się wody po ścianach i podłodze. ale zmniejszyłoby też wydatnie ilość sprzętów w salce operacyjnej, która i tak jest nieduża. Do tejże kategoryi braków zaliczyłbym również brak osobnego pokoju ambulatoryjnego dla ciężarnych, które w lwowskiej klinice spotykają się w jednym pokoju z ambulantkami ginekologicznemi. Te wszystkie braki, podobnie jak i brak dobrej poczekalni dla ambulantek, są właśnie następstwem tego, że klinika wprowadziła się do murów już gotowych i do danej przestrzeni, którą wyzyskano jak można było najlepiej, ale której rozszerzyć nie było sposobu ani możności. Przyszłość okaże, czy zmysł organizatorski prof. Marsa pokona i te trudności tak, jak tyle innych, które mu stały na drodze

Rozdział trzeci nosi tytuł: „Rozwój kliniki, personal lekarski i służbowy, zbiory, przybory naukowe, nauczanie i uczniowie.“

Zapoznajemy się w tym rozdziale z doskonałą organizacyą kliniki, z prawami i obowiązkami lekarskiego personalu i służby klinicznej. I tu znać pracę i zabiegi kierownika: powiększenie liczby asystentów z dwóch na czterech (z których trzej płatni), powiększenie liczby posługaczek z ośmiu na 13. I tu prof. Mars ma do walczenia z brakiem miejsca dla służby i z przymusowym wakacyjnym urlopem posługaczek. W rozdziele tym pomieścił autor pokaźny spis prac i odczytów naukowych, powstałych w klinice w pięcioleciu 1899—1903, — oraz „regulamin dla słuchaczów i przepis oczyszczania i mycia rąk, obowiązujący wszystkich wstępujących do kliniki bez wyjątku.“

Rozdział czwarty omawia „Ruch chorych i wyniki lecznicze.“ Bardzo interesujące i słuszne są uwagi na wstępie tego rozdziału o jakości materyału lwowskiego w porównaniu z materyałem miast, dalej na zachód położonych.

Chcąc ocenić wyniki własnej kliniki, porównywa je prof. Mars z wynikami kliniki prof. Hofmeiera w Würzburgu. Z zestawienia i porównania widać, że wyniki kliniki lwowskiej są bezwątpienia świetne i przeważnie lepsze, niż kliniki w Würzburgu. Chcąc to twierdzenie udowodnić, musielibyśmy przytoczyć cały szereg liczb. Wystarczy podać. że z 2335 osób, które rodziły w klinice w oddziale położniczym, jako niegorączkujące, zmarło 3, czyli 1,28 *pro mille*. Z tych dwie, przyjęte do kliniki w stanie bardzo groźnej niedokrewności, umarły z następstw krwotoku, przebytego w domu. Jedna tylko, czyli 0,43 *pro mille*, uległa zakażeniu.

Prof. Mars zupełnie słusznie twierdzi, że „właściwym probierzem, dającym wyobrażenie o stosunkach zdrowotnych zakładu położniczego, o wynikach jego leczniczych, jest częstotliwość zachorowania w połogu.“

I tutaj ma klinika lwowska doskonałe liczby. Przypadków, w których ciepłota w połogu dosięgła 38°, naliczono 197, czyli 8,43% ogólnej liczby położnic. Jest to bezwątpienia mało. Klinika w Würzburgu wykazuje libzbę 14,5%.

Z zestawienia zabiegów operacyjnych widzimy, że prof. Mars jest zdecydowanym zwolennikiem tamponady macicy i ręcznego wyjmowania łożyska. I tak w pięcioleciu wydobyto łożysko ręcznie 42 razy; — wytamponowano macicę 70 razy. Liczby to rzeczywiście uderzająco duże. Prof. Mars w osobnym ustępie podnosi wartość wczesnego ręcznego wydobycia łożyska „po ciężkich zabiegach, wśród których wiele manipulowano w macicy“ i korzyści, jakie widzi w tamponadzie macicy. Nie tu miejsce na naukową polemikę. Jestem w tym względzie zupełnie innego zdania; unikam, gdzie tylko mogę, ręcznego wydobycia łożyska, a od pięciu lat nie używam zupełnie tamponady po porodzie; pojmuję jednak, że właśnie w różnicy zapatrywań leży jeden z warunków postępu nauki. Oddział ginekologiczny okazuje również wyniki leczenia doskonałe.

Patrząc wstecz na wyniki własnej pracy w ubiegłem pięcioleciu może kierownik kliniki lwowskiej śmiało przytoczyć własne słowa, wypowiedziane we wstępnym wykładzie: „Zapału do nauki i siły czuję w sobie nadto, aby sprostać wziętym na siebie obowiązkom“, bo z pewnością czyny nie zadały kłamu tym słowom.

A. Rosner.

IV. Wyciągi.

Lassar. **Leczenie dyetetyczne chorób skórnych.** (*Dermatol. Zeitschrift*, marzec, 1904.) Pierwowzorem wpływu odżywienia na choroby skórne według autora jest rumień lombardzki (pellagra). Chera, łącząca się z tą chorobą, pochodzi głównie z jednostronnego żywienia się kukurydzą, zwłaszcza uległą zepsuciu. Z rumieniem lombardzkim porównać można gnilec. Także w tej chorobie na pierwszy plan występują zmiany skórne. Podobnie ma się rzecz w zatruciu rybami, dziczyzną, mięsem, kiełbasą i serem. W tych przypadkach zepsute pokarmy, obfitujące w ptomainy, prowadzą głównie do chorobowych zmian w skórze. Punktem wyjścia jest zawsze przewód pokarmowy: brak łaknienia, wzdęcie brzucha, gorączka, wyprzedzają nagły wybuch rumienia. Także zwykła niestrawność może prowadzić do takich stanów. Wysypkom skórnym po chininie, antypirynie, olejku santałowym, środkach żywicznych, rtęci, arszeniku, jodzie, bromie i innych lekach sprzyja równocześnie istniejąca niestrawność, która jest często powodem ich występowania. Najdobitniej można to spostrzegać w pokrzywce. Tylko jeżeli cały narząd pokarmowy będziemy uważali za narząd ośrodkowy dla wypocinowych rumieni i pokrzywki, osiągniemy na tem polu wyniki lecznicze. Że unikać należy drażniących pokarmów, wywołujących choroby skórne, wie każdy laik. Lekarz musi się starać lekami przeczyszczającymi lub wlewaniami uzyskać wypróżnienie, poczem poleca się leczenie wodami mineralnemi, a najskuteczniejszą jest woda karlsbadzka. Z leków najlepsze usługi oddaje kwas salicylowy, wpływający jakby odtrutka na sprawę chorobową, niwecząc szkodliwy wpływ krążących w ustroju substancyi. Dyeta ma być indywidualizowaną. Podobnie rzecz się ma z leczeniem świerzbiączki (prurigo): często u dzieci, dotkniętych tą chorobą, znajdujemy wzdęcie brzucha. Wyniki są zadziwiające, gdy się skieruje leczenie na jelita. Dzieciom podaje się lekki środek przeczyszczający, utrudniający kiśnienie, najodpowiedniej *pulv. liquiritiae compos.* Pokarmy muszą być zbite, by kiszki mechanicznie zatrudnić. Przytem potrzebne są wielka regularność i prostota w jedzeniu, dokładna kontrola nad stolcem. Związek między rodzajem odżywienia, a cierpieniem skórnem spostrzegamy także w trądziku. Trądzik czerwony powstaje z upodobaniem u ludzi, skłonnych do zastoju w narządach jamy brzusznej. Cierpienie nie jest wprost następstwem tego stanu, bo ten tylko sprzyja jego rozwojowi. Nadto wszelkie napoje, porażające naczynia, powodują od czasu do czasu pogorszenie, np. kawa. Prócz miejscowego leczenia wskazane jest leczenie maryenbadzkie. Także zwykły trądzik łączy się ściśle z odżywieniem. Dowodzi tego występujący po lekach trądzik jodowy i bromowy. W trądziku zabronić należy nadmiernego spożywania słodyczy. Podobnie ma się rzecz z czynnikami i zmianami skórnemi, występującemi łatwiej w cukrzycy, niż w prawidłowej przeróbce materyi. Uderzająco korzystnie działa leczenie dyetetyczne, o ile chodzi o zmiany skórne w cukrzycy i dnie. Niema wprawdzie swoistej cukrzycowej choroby skórnej, lecz tylko pogorszenie, wywołane przez cukier. Tak samo ma się rzecz z dną. Przeładowanie kwasem moczowym przed i podczas napadu wzmaga wszystkie dolegliwości i stany zapalne, nie wywołuje jednak samo przez się bezpośrednio żadnej choroby skórnej. Każde zatrucie może nagabywać wprost skórę, jak to spostrzega się u morfinistów. Wyprysk i wyprzanie (*intertrigo*) u osesków powstają łatwo w następstwie nieżytów jelitowych, macerujących okolicę odbytu i sąsiednią skórę. Tu wskazane jest odkażanie jelit i wybór odpowiedniego mleka. Także na łuszczycę (psoriasis) można wprost wpłynąć dyetą, a mianowicie czysto roślinną lub mięszaną. *Baschkopf.*

Dr. Kövesi. **Puchlina u chorych na nerki.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 1904, Nr. 41). Istnieją dwie teorye, tłómaczące puchlinę przy zapaleniach nerek. Jedna Cohnheima, dotychczas najwięcej uznana, dopatruje przyczynę w patologicznie zmienionej przepuszczalności naczyń włosowatych, — druga Bartelsa — w niedomodze chorej nerki. Jeszcze przed autorem udowodnił Koranyi prawdziwość teoryi Bartelsa, wykazując, że chore nerki tracą zdolność wydzielania rozcieńczonego moczu i rozpuszczonych składników. Zatrzymywanie więc wody, spowodowane niedomogą nerek, powoduje puchlinę. Zapomocą doświadczeń, zwanych „próbami rozcieńczenia“, stara się autor wykazać słuszność teoryi Bartelsa. W tym

celu podawał ludziom zdrowym i chorym na nerki wielką ilość płynów i przekonał się, że zdrowe nerki wydawały dużo bardzo rozcieńczonego moczu; nerki chore zaś, mimo podania wielkiej ilości wody, wydawały mocz w tem samem nasyceniu i ilości, co przed podaniem, — że więc zmiany, względnie brak zmian w moczu, od wydolności, wzgl. niedomogi samej nerki zależą. Dalej przekonał się autor, że czynność nerki upośledzona jest tylko w zapaleniach miąższowych i zastoinach, nie zaś śródmiąższowych. Więc niedomoga, a raczej porażenie zdolności rozcieńczenia, sprowadza oliguryę z jednej strony, a puchlinę z drugiej. Przyczynę, dlaczego inne narządy, jak skóra, gruczoły potne, nie występują w roli zastępczej, tłómaczy słusznie Koronayi, wedle którego zwiększone ciśnienie osmotyczne, powstałe skutkiem zatrzymania stałych składników, zmniejsza oddawanie wody drogą skóry. Zatrzymana w ustroju woda powodować musi w pierwszym rzędzie t. zw. *plethora hydraemica*, a ta dopiero, jak Magnus wykazał, puchlinę. Dalszym warunkiem powstawania puchliny jest porażenie zdolności resorbcyjnych, sprawiających w prawidłowych warunkach wessanie wody drogą naczyń krwionośnych i chłonnych. Następnie stara się autor obalić zarzuty, czynione teoryi Bartelsa. Brak puchliny przy mechanicznym bezmoczu tłómaczy autor istnieniem pewnych — bliżej nie zbadanych czynników. Zarzut, dlaczego mamy obrzęk przy ostrem zapaleniu mimo braku zatrzymania moczu, odbija autor tem, że wogóle trudno oznaczyć normę dla prawidłowej ilości moczu. I tu autora „próby rozcieńczenia“ wykazały zmniejszenie zdolności rozcieńczenia, że więc zatem mimo prawidłowej ilości moczu, zatrzymanie i obrzęk wystąpić muszą. Puchlinę, występującą przy niedomogach serca, tłómaczy autor zastojem w nerkach i zmniejszoną szybkością prądu krwi. Przy sposobności wspomnę o najnowszej teoryi (Ambard-Haidenhein) powstawania obrzęków. Wedle niej wytwarzają się w ustroju limfopędne toksyny, wywołujące zatrzymanie soli kuchennej, która na mocy zwiększonego osmotycznego ciśnienia wywołuje obrzęki. *Dr. Max Hermelin* (Lwów).

Warnek. **Ciąża zamaciczna, czy też zapalenie wyrostka robaczkowego?** (*Russkij Wracz* 1904, Nr. 8). Zdawałoby się, że między objawami ciąży zamacicznej, a zapaleniem wyrostka robaczkowego nie może być nic wspólnego: tymczasem, jeśli zapalenie wyrostka robaczkowego przebiega powoli, jeśli zropienie nastąpi w szczelnie zamkniętym przestworze, który opuścił się do małej miednicy i tam wyczuwa się go w postaci w obrzęku prawem sklepieniu pochwowem, dalej jeśli do tych objawów przyłączy się zatrzymanie miesiączki, to pomyłka w rozpoznawaniu jest możliwa, zwłaszcza, że gorączki i nadmiernej leukocytozy w tych warunkach może nie być. Bijąco w oczy potwierdza to przypuszczenie Warneka (Moskwa), dotyczące chorej w wieku lat 37, która na dwa tygodnie przed wstąpieniem do szpitala uczuła nagle kurczowe bole w prawej okolicy pachwinowej, do których dołączyły się wymioty i rozwolnienia; objawy ze strony przewodu pokarmowego po kilku dniach ustały, bole zaś powtarzały się dalej. Chora rodziła 7 razy, jeden raz poroniła: ostatnia miesiączka była przed $2^1/_2$ miesiącami. Badanie wykazało w prawej okolicy biodrowej obrzęk, wyczuwalny przez powłoki brzuszne, zbity, bolesny, o nierównej powierzchni, wielkości pięści: przodkowe sklepienie pochwy było wypukłone. Obrzęk przebiegał z prawa i nieco z przodu od miękkiej powiększonej macicy, był mało ruchomy i występował prawdopodobnie z prawego rogu macicy; ciepłota przez 3 dni, poprzedzające dzień operacyi, wynosiła 36,5—36,6°. Rozpoznano ciążę trąbkową po stronie prawej. Po otwarciu jamy brzusznej przedstawił się oczom obrzęk, pokryty siecią, zrośnięty z prawym rogiem macicznym i z przednią ścianą miednicy małej. Podczas oddzielania zrostów i wyłuszczania obrzęku nagle pokazała się w wielkiej ilości gęsta cuchnąca ropa. W dalszym ciągu okazało się, że obrzęk był ropniem odosobnionym, oraz znacznie zgrubiałą siecią; w jamie ropnia leżał wyrostek robaczkowy, którego $^2/_3$ uległy zgorzeli. Prawa trąbka maciczna była prawidłowa. Chora w 2 dni po operacyi umarła. Badanie zwłok wykazało zapalenie otrzewnej w okolicy operowanego obrzęku i zator prawej żyły udowej; macica i przydatki zboczeń nie przedstawiały. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Dr. E. Lilienfeld. **Przypadek nowotworu mózgu po urazie. Operacya.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 36, 1904). Aczkolwiek trudno sobie teoretycznie wytłómaczyć, w jaki sposób może istnieć etyologiczny związek między urazem a powstaniem nowotworu, przecież wielu bardzo nawet poważnych badaczy uważa związek taki za możliwy, a nawet w pewnych przypadkach za stwierdzony (n. p. Oppenheim co do glejaka). Przypadek, opisany przez autora, odnosi się do marynarza, który w rok po doznaniu ciężkiego urazu w prawą połowę czaszki począł okazywać niewątpliwe objawy nowotworu mózgu, mianowicie: bole głowy, tarczę zastoinową, lekki niedowład lewej połowy ciała, występujący po napadach typowej Jacksonowskiej padaczki i t. d. Ponieważ według wywiadów było prawdopodobnem, iż chory ten przechodził kiłę, zastosowano energiczną terapię swoistą, jednak bezskutecznie. Wtedy przystąpiono do operacyi, ktorej wynikiem było wyjęcie nowotworu, umiejscowionego na przednim prawym zwoju centralnym. Badanie drobnowidowe wykazało, iż nowotwór ten był natury mięsakowej. Po kilkomiesięcznej poprawie stan chorego uległ pogorszeniu, które jednak po powtórnej takiej samej operacyi znowu na dłuższy czas ustąpiło. Jeśli się zważy, że blizna, powstała po pierwotnym urazie czaszki, dokładnie odpowiadała miejscu, w którem później powstał nowotwór, przyznać trzeba, iż wypadek ten zaliczyć należy między te, które najsilniej przemawiają za związkiem między urazem czaszki, a powstałym później nowotworem. *Dr. A. Rydel.*

J. Bókay. **O czwartej chorobie Dukesa.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 43, 1904). Uważając nazwę „czwarta choroba“ za uzasadnioną, podnosi Bókay odrębne cechy tej jednostki chorobowej, która w tym samym stoi stosunku do płonicy, jak różyczka do odry, czyli że nieznaczna wysypka i łagodny przebieg bez powikłań cechują tak poronne przypadki płonicy, jak też chorobę, o której mowa. Obserwacye Dukesa odnoszą się do szeregu lat i osób, u których wszystkie cztery choroby, a względnie wysypki, oddzielnie wystąpiły; dlatego zapiski jego co do każdej z nich należy uważać za klasyczne.

Objawy i przebieg przy „czwartej chorobie“ wedle Dukesa są w typowych przypadkach następujące: Czas wylęgania trwa 9—21 dni, poczem występują objawy zwiastunowe, poprzedzone nieraz dreszczami, bólem głowy i mięśni, brakiem łaknienia itp., do czego w kilka, a najdalej kilkanaście godzin przyłącza się wysypka, mająca kształt blado-różowych, dość gęstych i drobnych kropeleczek; błona śluzowa gardła i podniebienia cokolwiek obrzmiałe, silnie nastrzykane, język nieco obłożony, jednak nie malinowaty, jak w płonicy; gruczoły na szyi i karku twardo-obrzękłe, wielkości grochu, lecz nie tak wybitne, jak n. p. w różyczce; w niektórych przypadkach stwierdzono obrzęki gruczołów pachowych i pachwinowych. Osutka szybko blednie, poczem następuje powolne łuszczenie się, trwające 1—2 tygodni; zapalenia nerek nie zauważano, co najwyżej występuje czasem lekki białkomocz. Stan ogólny ledwie zmieniony; temu też odpowiada zachowanie się tętna i ciepłoty ciała; niebezpieczeństwo zakażenia ustaje po trzech tygodniach, chorzy już 6-go dnia opuszczają łóżko. Przytoczywszy jeszcze dokładne opisy choroby, będącej w mowie, według innych badaczy, kładzie autor nacisk na długi okres wylęgania, jako objaw różniczkowy w przeciwieństwie do płonicy i udawadnia samoistność „czwartej choroby“ doświadczeniem wielokrotnie zrobionem, iż dzieci nieraz w krótki czas po przebytej płonicy lub różyczce dostają osutki podobnej do tej, jaką miały, lecz nie identyczną; stanowi ona właśnie tak zwaną „czwartą chorobę“ i jako taką trzeba ją uważać, a nie za nawrót poprzedniego cierpienia. B. proponuje w końcu, żeby tej czwartej chorobie nadano nazwę Dukes-Filatowa ze względu na to, iż ostatni ten badacz już w roku 1885, a więc 7 lat przed Dukesem, opisał charakterystyczną osutkę, odróżniając ją od płonicy pod mianem: »*roseola scarlatinosa*«. *Dr. Korm.*

Doc. Janowskij. **Stosowanie przetworów nadnercza w chorobach przełyku.** (*Russkij Wracz* 1904, Nr. 20). Wychodząc z założenia, że przetwory nadnercza mają wybitne przeciwzapalne zwężające naczynia działanie, Janowskij (Kijów) radzi stosować je w ostrych zapaleniach przełyku tembardziej, że jednocześnie koją one ból. Autor stosuje samo nadnercze wysuszone i sproszkowane, t. zw. „suprarenaden“ Mercka w dawce 0,3, polecając go na 5—10 minut przed spożywaniem jadła, lub adrenalinę Takamine w ilości 5—10 kropli roczczynu 1: 1000 w łyżeczce wody na 5—10' przed jedzeniem. Skuteczne działanie leku występuje najpierw w ten sposób, że chorzy, którzy przedtem nie mogli przełknąć płynu bez bolu, zaczynają połykać, początkowo co prawda z trudnością, następnie zaś swobodnie; poprawa stanu chorych wyraża się nietylko lepszem samopoczuciem, lecz i sprawa zapalna przebiega z mniejszem natężeniem i trwa krócej. Przetwory nadnercza według autora wywierają dobry wpływ i na toksyczny nieżyt żołądka, wikłający się zwykle z toksycznem zapaleniem przełyku, jakkolwiek skuteczne działanie tu jest o wiele słabszem, niż w schorzeniach przełyku. Autor stosował wreszcie suprarenaden w rakowatem zwężeniu przełyku, wychodząc tej zasady, że niedrożność przełyku zależy w tej sprawie nietylko od nowotworu i towarzyszącego skurczu przełyku, lecz i od obrzmienia zapalnego błony śluzowej i tkanek, pokrywających nowotwór. Oprócz bezpośredniego działania leku na te tkanki zapalne autor oczekuje zwężającego naczynia działania na tkankę nowotworową w okresie jej owrzodzenia i rozpadu. Jakkolwiek istotnie w trzech przypadkach raka przełyku otrzymał autor po zastosowaniu nadnerczyny korzystniej-

sze wyniki pod względem połykania, niż po innych środkach, pomimo to uznaje on, że w tem cierpieniu przetwory nadnercza są o wiele mniej skuteczne, niż w zapaleniach przełyku.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Dr. Nehrkorn. **O bezpośredniej bronchoskopii w celu wydobycia ciał obcych pęczniejących.** (*Densche med. Wochenschrift* Nr. 40, 1904). Od czasu wydoskonalenia bronchoskopii przez Kiliana coraz więcej stosuje się jego metodę badania w celach rozpoznawczych i leczniczych tak, że Eickens z końcem roku 1903 zestawił 34 przypadki, w których przy pomocy bronchoskopii bądź stwierdzono, bądź wyjęto takie ciała obce, jak kosteczki, fasole, itp. Nehrkorn spostrzegał w klinice Czernego trzy przypadki, dotyczące 3—4 letnich dzieci, u których wydobył aspirowane ziarna fasoli, posługując się powyższym sposobem badania i leczenia. Znamienne były wywiady w tych trzech przypadkach i zdaje się, iż objawy poniżej opisane charakteryzują wogóle stany po aspiracyi ciał obcych pęczniejących. U każdego z trojga dzieci po początkowych objawach podrażnienia, wywołanych ruchomem jeszcze ciałem obcem, nastąpił okres względnego spokoju, podczas którego fasola i t. d. usadowiła się w jakiemkolwiek miejscu; 12—24 godzin później, zależnie od szybkości pęcznienia ciała, znów wystąpiły objawy groźne wzrastającej coraz więcej duszności, kaszlu, rzężeń oskrzelowych i wyraźnego spóźnienia się wdechu po jednej stronie klatki piersiowej; ten objaw miał miejsce tylko przy zupełnem zatkaniu światła tchawicy. Autor poleca ten sposób badania mimo trudności, jakie nastręcza i zachwala go jako zabieg racyonalny nawet w tych przypadkach, w którym wywiady nasuwają podejrzenie, iż dziecko aspirowało obce ciało, a szczególnie fasolę, lub inne ciała pęczniejące. *Dr. Korm.*

Obersteiner. **Działanie promieni radu na układ nerwowy.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1904, Nr. 40). Idąc za przykładem wielu badaczów, poddawał autor ośrodkowy układ nerwowy myszy działaniu promieni radu i następnie dokładnie badał zmiany histologiczne mózgu i rdzenia. Stwierdził on przedewszystkiem, że prawie wszystkie myszy zginęły i że uszkodzenia niejednakowe miały umiejscowienie w ośrodkowym układzie nerwowym. Z objawów ciężkiego uszkodzenia wymienia: silne kurcze, tężec tylny (opisthotonus), porażenia połowicze i symetryczne, niezborność ruchową i zaburzenia odżywcze. Co do zmian anatomicznych, to we wszystkich przypadkach stwierdził przekrwienie i liczne wybroczyny większego lub mniejszego stopnia. Następujące zmiany nie zawsze miały miejsce. I tak: ogniska rozmiękczenia mózgu, nacieki drobnokomórkowe w oponach, umiejscowione wzdłuż naczyń podstawowych, rozszerzenie się znaczne kanalików śródkomórkowych Holmgrena, — powodujące — wedle autora — często spotykane przedarcie wielu komórek mózgowych. W niektórych mózgach wykazał autor stłuszczenie większych komórek mózgowych, torebek komórek zwojowych rdzenia i śródbłonka naczyń. Włókna nerwowe istoty białej, jakoteż nerwy obwodowe, żadnym nie uległy zmianom; natomiast niektóre włókna mięśniowe mięśni okazały stłuszczenie. W końcu podnosi autor, iż być może, że te wszystkie zmiany w układzie nerwowym pochodzą tylko od zaburzeń w krążeniu — powstałych pod wpływem tych promieni. Czy rad ma bezpośredni wpływ na nerwy, przyszłość okaże. *Dr. Max Hermelin* (Lwów).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

J. Grasset. **Zasady leczenia postępowego stwardnienia mózgu na tle miażdżycy tętnic.** Jodek potasu, racyonalny lek w niektórych postaciach miażdżycy (narządu krążenia lub oddechowego), przestaje działać, jeśli choroba ta zajmie mózg; stosując go, G. łączy 1/2 grm. jodku z 1—2 grm. bromku potasowego. Co do strychniny i jej przetworów w leczeniu miażdżycy, to Grasset uważa wszystkie te przetwory za mniej więcej szkodliwe, a nawet za przeciwwskazane w tych przypadkach, w których odruchy ścięgniste są wyraźnie wzmożone. Korzystne otrzymał wyniki leczeniem rtęciowem w przypadkach, w których nic nie przemawiało za przebytą kiłą. Polegało ono na codziennych wstrzykiwaniach podskórnych 1 sz. ctm. następującego roztworu: *Hydrarg. bijodat 0·10, natrii jodati 0·20, natrii kakodylici 0·50, aq. destill 10·0.* Po 5—10 wstrzyknięciach Grasset zarządza przerwę 5—10-dniową, poczem znowu rozpoczyna dalszą seryę wstrzykiwań, i tak postępuje w ciągu 2 lub 3 miesięcy, zależnie od tego, jak chory znosi ten środek; jeśli po tym czasie nie stwierdza się żadnej poprawy, wtenczas należy odstawić rtęć; lecz przy najmniejszem polepszeniu podmiotowem lub przedmiotowem powtarzać to leczenie 2 razy na rok, przez 3 miesiące każdym razem. Zakończywszy leczenie rtęciowe, albo też podczas kilkumiesięcznych przerw, podaje G. chorym następujący roztwór wzmacniający: *Ac. phosphor. 5·0, natrii phosphor 10·0, aq. dest. 300·0.* DS: 2 razy dziennie po 1 łyżce stołowej podczas jedzenia. U osób, które rtęci albo nie znosiły, albo wogóle nie osiągnęły żadnego pomyślnego skutku, próbowano zabiegów odciągających, stawiano suche bańki na karku i grzbiecie co dni 10; przyżegano żegadłem i ranie w ten sposób wywołanej, nie dawano się zagoić przez kilka miesięcy. Najważniejszą nareszcie część leczenia bezsprzecznie stanowią dyetetyka i higiena. Chorzy musieli przebywać na wsi zdala od swych zajęć zawodowych, a względnie na świeżem powietrzu, w miarę uprawiać ćwiczenia gimnastyczne, nie używać żadnych napojów wyskokowych, ani też nikotyny pod żadną formą: żywili się przeważnie mlekiem, jarzynami i owocami, a do pierwszej z 4 szklanek mleka, które każdy dziennie dostawał, dodawano łyżeczkę od kawy następującej mieszaniny: *Natrii bicarb 50·0, natrii sulfur., natrii phosp. aa 25·0.* Oprócz wyskoku były też zupełnie wykluczone wszelkie dzikie sosy i dziczyzna; natomiast stosowano u wszystkich z pożytkiem wody alkaliczne; w lecie zaś przeprowadzano, gdzie się dało, leczenie wodą mineralną przeczyszczającą. (*La Semaine medicale*, Nr. 42). *Dr. Korm.*

Kraus (*Allgem. Wiener med. Zeitung* 1904, Nr. 41) na większej liczbie przypadków chorobowych wypróbował działanie linimentum mentholi chloroformiatum Sedlaćka. Środek ten składa się z mentolu, ichtyolu, chloroformu, eteru, olejków eterycznych i spir. sapon. camph., a więc z leków częścią odwodzących, częścią zaś uśmierzających ból, w którym to celu powszechnie bywają używane zarówno mentol, jak chloroform, eter, olejki eteryczne, częścią zaś przeciwgośćcowych, jak ichtyol. Skład tej mieszaniny zapewnia jej skuteczność w rozmaitego rodzaju bólach, w nerwobólach, dnie, cierpieniach gośćcowych i t. d. Kraus był z jej działania zupełnie zadowolniony i utrzymuje, że skutek występuje wprawdzie raz wcześniej, to później, ale jest prawie niezawodny. Na poparcie tego przytacza Kraus kilka spostrzeżeń, jak spostrzeżenie rwy kulszowej u 71-letniej kobiety, rwy twarzowej u 18-letniej dziewczyny, gośćca mięśniowego u 59-letniego mężczyzny, osłabienia mięśniowego po płonicy u 12-letniego chłopca, połowiczego bólu głowy i t. p., w których maść Sedlaćka sprawiała znaczną ulgę, lub zupełnie usuwała bóle, a z niemi i bezsenność, trapiącą chorych. *Š.*

Behr. **O wpływie leczenia solami srebra sposobem Credégo na bakterye, towarzyszące prątkowi gruźliczemu.** (*Wiener klin. Rundschau* 1804, Nr. 29). Autor wybrał z pośród suchotników w zakładzie Holsterhausen 14 takich, w których plwocinie obok prątka gruźliczego znajdowały się obficie gronkowce i paciorkowce i podawał im codziennie po dwie łyżki 1% wodnego roztworu kollargolu, lub też stosował codziennie wlewanie 30 grm. tego roztworu do odbytnicy (po lewatywie oczyszczającej). Autor dlatego wybrał te sposoby leczenia, ponieważ są one prostsze od wstrzykiwań kollargolu do żył, a dają większą rękojmię wessania się leku, niż wcieranie maści Credégo. Leczenie to rozpoczynał autor po 3—4 tygodniowem badaniu plwociny i prowadził przez 4—8 tygodni. U trzech chorych z powodu wstrętu do leku musiano przerwać leczenie przed upływem dwóch tygodni. U jednego chorego powstał ropień płuca i leczenie dalsze nie miało celu. Z powstałych 10 chorych u 7 zmniejszyła się wyraźnie ilość bakteryi ropotwórczych w plwocinie, co autor przypisuje działanie kollargolu; natomiast wzrost wagi chorych, zmniejszenie się ilości plwociny i t. d. przypisuje autor innym czynnikom leczenia zakładowego. *Ak.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 7 września 1904 r.

Przewodniczy kol. prof. Nowak. Obecnych członków 25.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący przedstawił stronę finansową budowy domu Towarzystwa.

III. Uchwalono wniosek Kmisyi budowy domu, upoważniający Komitet Towarzystwa do zaciągnięcia w miejskiej Kasie Oszczędności, na cele budowy domu Towarzystwa, pożyczki w kwocie 38,000 koron. Akt pożyczki w myśl statutu podpisują Prezes i Sekretarz stały Towarzystwa. *Dr. Ryszard Urbanik*, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 21 października 1904 r.

Przewodniczący: Dr. E. Wechsler.

Obecnych: 22.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący poświęca kilka gorących słów pamięci zmarłego członka i sekretarza Tow. lek. ś. p. Dra Czesława Unmy, które obecni wysłuchali stojąc.

III. Kol. Dr. T. Bałłaban: *Przyczynek do patologii schorzeń spojówki gałkowej.* Prelegent opisuje bardzo rzadki przypadek ograniczonego zwyrodnienia szklistego spojówki gałkowej, przyczem guz szklisto zwyrodniały zajmował całą zewnętrzną połowę spojówki gałkowej i to w całej jej rozciągłości od zewnętrznego brzegu rogówki do zewnętrznego kącika powiekowego. W piśmiennictwie okulistycznem przypadek ten jest dopiero drugim. Wspomniawszy o dotychczasowych wynikach badań histologicznych tej zmiany, przedstawił prelegent preparaty drobnowidowe i mikrofotogramy, tyczące się tego przypadku, które czynią widocznem, że nabłonek jest nieregularny i kilkowarstwowy. Tuż pod nabłonkiem znajduje się 3—4-krotnie grubsza warstwa, przepełniona bardzo licznemi jednojądrzastemi komórkami okrągłemi. Następna warstwa jest właściwem umiejscowieniem zmian chorobowych. Tutaj widzimy bardzo liczne naczynia, otoczone niejako pochwą, w której znajdują się złogi szkliste w postaci drobnych bryłek lub w postaci nacieków rozsianych. Podobne bryłki znajdują się także w przestworach tkankołącznowych. Ponieważ odczyny na wykazanie zwyrodnienia skrobiowatego były ujemne, więc idzie tutaj o zwyrodnienie szkliste, przyczem pośrednictwo w powstaniu tej sprawy chorobowej należy przypisać naczyniom krwionośnym. Dokładny opis wyniku zajmującego tego badania będzie umieszczony w pismach okulistycznych. (*Autoreferat*).

W dyskusyi kol. A. Bednarski podnosi brak wyraźnych objawów zapalnych w przedstawionych preparatach, nieznaczny zaś naciek drobnokomórkowy uważać należy za sprawę wtórorzędną. Rzuca to pewne światło na etyologię zmian, opisanych przez prelegenta.

IV. Kol. Doc. R. Barącz demonstruje preparat, pochodzący z przypadku przepukliny pępkowej uwięźniętej, w którym do herniotomii dołączył operacyę doszczętną przepukliny pępkowej sposobem Dr. J. Mayo z Rochester (Minnesota). Operacya ta daje bardzo dobre i trwałe wyniki, jak się o tem prelegent przekonał w Ameryce i w jednym przypadku własnym, dawniej operowanym. Kol. B. omawia dawniejsze i nowsze sposoby operacyi doszczętnej przepukliny pępkowej, jak metodę Gersunyego, Biondiego, których zasadą jest omfalektomia, polecona najpierw przez Condamina, wreszcie opisuje szczegółowo sposób podany przez Dr. Mayo. Główną zasadą tego sposobu jest utworzenie niepodatnej zapory dla tłoczni brzusznej przez zdwojenie rozścięgna (aponeurozy) mięśni prostych brzucha. Po wykonaniu omfalektomii owalnej, wycięciu brył stłuszczonej sieci, po podwiązaniu *en masse*, ewentualnie odprowadzeniu pętli jelitowej prawidłowej lub zgorzelinowej, nacina się w kierunkach bocznych lub pionowo rozścięgno na kilka ctm., odpreparowuje od otrzewnej, zaszywa otrzewnę katgutem, a brzegi rozścięgna mięśni prostych brzucha, przesuwa się jeden ponad drugi i utwierdza za pomocą specyalnego szwu materacowego ze srebrnego drutu tak, że zdwojona powięź tworzy doskonałą tarczę dla tłoczni brzusznej. W przypadku przed 2 dniami operowanym pętla jelita uwięźniętego uległa zgorzeli. Dlatego pozostawił ją kol. B. na zewnątrz jamy brzusznej, a gdy po 15 godzinach pętla ta przybrała prawidłowe wejrzenie, odprowadził ją i wykonał operacyę doszczętną. Metoda sama będzie szczegółowo opisana w „Przeglądzie lekarskim." (*Autoreferat.*)

W dyskusyi kol. prof. G. Ziembicki zgadza się zasadniczo z prelegentem, na własnych bowiem spostrzeżeniach przekonał się, że po wielu sposobach doszczętnej operacyi przepukliny pępkowej występują nawroty. Prawdopodobnie sposób Dr. Mayo da lepsze wyniki.

V. Kol. Doc. R. Barącz: *Kilka słów w sprawie leczenia guzów krwawniczych wypadniętych i dotkniętych zgorzelą.* Prelegent zaznacza, że co do leczenia odpowiedniego guzów krwawniczych wypadniętych i zgorzelą dotkniętych, zdania chirurgów są dotąd podzielone, jakkolwiek większość chirurgów niemieckich i angielskich skłania się do leczenia wyczekującego. Tylko Quenu i Hartmann w dziele swojem o chirurgii odbytnicy polecają przystępowanie do zabiegu doszczętnego. Kol. B. w ostatnich latach spostrzegał 3 podobne przypadki, których historye chorób pokrótce przytacza — i we wszystkich wykonał zabieg doszczętny zapomocą rozszerzenia odbytnicy, ujęcia poszczególnych guzów w kleszcze i wypalenia termokauterem Paquelina. We wszystkich przypadkach wyniki były znakomite. U chorej, znajdującej się w 5 miesiącu ciąży, operacya nie wywarła złych następstw na przebieg ciąży. Na podstawie doświadczenia, zrobionego w swoich przypadkach, przyszedł kol. B do przekonania, że wyczekiwanie samoistnego oddzielenia się części zgorzelinowych jest zupełnie zbyteczne, że w podobnych przypadkach należy bezzwłocznie przystępować do operacyi doszczętnej za pomocą termokauteru i że operacya doszczętna powinna być w tych przypadkach postępowaniem z wyboru, gdyż skraca znacznie leczenie, usuwa trwałe bole i źródło zakażenia, a wreszcie zabezpiecza przed krwotokami następowymi, powstającymi przy oddzielaniu się części zgorzelinowych. Kleszcze, uciskające guzy, należy przytem zawsze zakładać w częściach, niedotkniętych zgorzelą, a po usunięciu części uległych zgorzeli nożem termokauteru, spalać resztę guza przy użyciu miernego ognia. Ciąża nie powinna w tych razach stanowić przeciwwskazania do operacyi; przeciwwskazaniami mogłyby być ogólne zakażenie, białkomocz i choroby serca. (*Autoreferat*).

W dyskusyi zabiera głos kol. G. Ziembicki, który wynikami prelegenta nie da się nakłonić do zmiany postępowania w podobnych razach. Liczba obserwacyi kol. B. jest stanowczo za małą. Bezpieczniejszem wydaje się mu zachowanie się wyczekujące. Nigdy nie możemy być pewni, że operujemy w tkankach zdrowych, nigdy bowiem nie wiemy, jak daleko sięgają skrzepy krwi, które przecież mogą być zakażone.

Kol. Barącz w odpowiedzi zaznacza, że właśnie w tem widzi zaletę operacyi doszczętnej termokauterem, że usuwając części uległe zgorzeli w częściach zdrowych, usuwa się tem samem źródło zakażenia, które może dać powód do ogólnego zakażenia ustroju. (*Autoreferat*).

VI. Kol. Dr. T. Zalewski: *Badania nad wytrzymałością błony bębenkowej,* (Rzecz w całości ogłoszoną będzie drukiem).

W dyskusyi przemawiają kol. F. Obtułowicz, podnosząc doniosłość badań prelegenta dla praktyki sądowo-lekarskiej i kol. E. Wechsler, zapytując kol. Z., o ile wyniki jego badań, osiągnięte na zwłokach, przenieść można do stosunków u ludzi zdrowych? Kol. prelegent zdecydowanej odpowiedzi dać nie może.

Dr. Herman, sekretarz doroczny.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 27/II (11/III) 1904 r.

Obecnych członków 19. Przewodniczy prezes Dr. Strawiński.

I. Protokół z poprzedniego ogólnego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Prof. Dr. Ziemacki wygłasza odczyt pod tytułem: „Przypadek wycięcia jelita ślepego i wstępującego, z powodu nowotworu złośliwego (*adenocarcinoma*)." Do prelegenta zgłosiła się chora w wieku lat 50, uskarżając się na dotkliwe bole w prawej połowie brzucha. Przy badaniu chorej, wyniszczonej, wyczuł prelegent w prawym dole biodrowym podłużny guz, który przebiegał z góry ku dołowi na przestrzeni 4 palców; wymiar poprzeczny guza wynosił 2 palce; guz był twardy, bolesny, mało przesuwalny na boki; górne i dolne granice guza dawały się oznaczać wyśmienicie, bocznie zaś niewyraźnie; stłumienia nad guzem nie było; ruchy robaczkowe jelit przez powłoki brzuszne nie występowały; po stronie lewej od pępka można było wywołać chełbotanie. Przypuszczając nowotwór złośliwy w jelicie grubem, prelegent dokonał celiotomii. Istotnie w jelicie biodrowem wstępującem okazał się rak, który w znacznym stopniu zwężał jelito. Prelegent wyciął guz z jelitem i z obrzmiałymi gruczołami w krezce okrężnicowej (*mesocolon*) i wykonał ileokolostomię. Od tego czasu przeszło 3 miesiące, a chora czuje się bardzo dobrze. W przebiegu pooperacyjnym

zwracało na siebie uwagę znaczne przyśpieszenie tętna, do 120 uderzeń na 1'. Podobne przyśpieszenie spostrzegał prelegent po wszystkich obszernych resekcyach jelit i tłómaczy je sobie, jako odruch ze strony otrzewnej po wycięciu węzłów spółczulnych. Według spostrzeżeń prelegenta objaw ten nie jest niepokojący, jeśli mu towarzyszy prawidłowa liczba oddechów; natomiast jednoczesne przyśpieszenie oddechów wskazuje na sprawę gnilną. Badanie drobnowidowe, przeprowadzone przez prof. Winogradowa, wykazało raka gruczolakowego (*adenocarcinoma*). Przypadek ten przytacza prelegent dla udowodnienia swego poglądu na doszczętne leczenie nowotworów przewodu pokarmowego w przeciwieństwie do poglądu Dr. Faijta. Odczyt był ilustrowany preparatami mikro- i makroskopowymi.

Dyskusya. Doc. Dr. W. Orłowski zwraca uwagę na spostrzeżenia prelegenta, dotyczące zachowania się tętna i oddechów po obszernych resekcyach jelit; wypowiada zdanie, że przyczyna przyśpieszenia tętna, które prelegent spostrzegał na 2 i 3 dzień po operacyi, musi być inną, niż ta, którą prelegent podaje; jeśliby tu chodziło istotnie o odruch, to podobne przyśpieszenie wystąpiłoby natychmiast po operacyi, wreszcie mówca wypowiada przypuszczenie, czy nie jest tu możliwem działanie chloroformu, podawanego przez czas dłuższy, lub czy nie miał w przypadku prelegenta miejsca krwotok wewnętrzny? W odpowiedzi prof. Dr. Ziemacki przytacza niedawno przez się operowany przypadek guza, który wychodził z kobiecych narządów płciowych; mimo, że operacya trwała długo, tętno nie wykazywało tych zmian, które prelegent spostrzegał po obszernych resekcyach jelit. Dr. Strawiński zaznacza również, że chloroformowanie podczas długo trwających połogów nie sprowadza następstw w tętnie, o których mówił prelegent. Doc. Dr. W. Orłowski podkreśla, że w tych razach oprócz działania chloroformu zachodzą bardzo ważne zmiany ze strony narządu krwionośnego, których nie można nie brać pod rachubę. Dr. Strawiński stwierdza spostrzeżenie prelegenta, dotyczące rozpoznawczego znaczeni jednoczesnego a przyspieszenia tętna i liczby oddechów po operacyi.

III. Dr. Moszyński wygłasza rzecz pod tyt.: „Przypadek choroby Bantiego.“ Prelegent opisuje spostrzegany przez siebie w szpitalu Maryjskim przypadek, dotyczącego chorej w wieku lat 21, która wstąpiła do szpitala, skarżąc się na guz w lewym boku. Badanie wykazało, że guz przedstawiał nadzwyczaj przerosłą śledzionę, sięgającą dolnym brzegiem grzebienia kości biodrowej; wątroba okazała się również powiększoną, występującą na 2 palce z pod łuku żebrowego; puchliny brzusznej nie było; w innych narządach zmian nie było; hemoglobiny 50%, krwinek czerwonych 3,600.000, białych 3,200. Chora czuje się niezdrową od lat 13; rodzeństwo zdrowe; zimnicy i kiły chora nie przechodziła. Prelegent rozpoznał chorobę Bantiego; podczas operacyi, dokonanej przez Trachtenberga, przekonał się jednak, że rozpoznanie było błędne; śledziona wykazywała zmiany gruźlicze.

Dyskusya. Prof. Dr. St. Zaleski zwraca uwagę na sprzeczność między rozpoznaniem klinicznem, a istotnem schorzeniem w przypadku prelegenta i przemawia przeciwko zbyt pośpiesznemu wyodrębnieniu „choroby Bantiego“; wobec niedokrewności i zajęcia narządów krwiotwórczych (wątroby i śledziony) mówca liczy za niezbędne przedewszystkiem przeprowadzenie ścisłych badań na zawartość w tej chorobie żelaza w wątrobie i śledzionie. Dr. Wierciński zaznacza, że choroba Adissona przedstawia zawsze jednakowy obraz kliniczny, jakkolwiek anatomiczne zmiany w nadnerczu mogą być różnorodne (gruźlica, rak i t. d.); analogicznie do tego można przypuszczać, że całokształt kliniczny, zwany chorobą Bantiego, może być wywołany różnemi sprawami w śledzionie; w ten sposób da się wytłómaczyć sprzeczność, na którą wskazał prof. Zaleski. Prof. Dr. Zaleski stawia za zadanie kliniki wyjaśnienie istoty choroby, nie zaś tylko poznanie ważniejszych objawów z obrazu klinicznego; nie dość, naprz., wykazać cukromocz, trzeba wyświetlić jego pochodzenie w każdym przypadku dla istotnego pojmowania sprawy. Prof. Dr. Ziemacki zapytuje prelegenta o stanie gruzełków w śledzionie i gruczołach chłonnych, leżących między śledzioną, a dolną żyłą próżną; następnie zaznacza związek wątroby z śledzioną, zawierający się w powiększeniu śledziony, w marskości wątroby, wreszcie wygłasza przypuszczenie, że choroba Bantiego przedstawia się anatomicznie, jako stwardnienie żył wątrobowych (*phlebosclerosis hepatis*), która sprowadza objawy zastoinowe i rozwój tkanki łącznej w wątrobie i śledzionie. Dr. Moszyński wyjaśnia, że gruzełki w śledzionie były szare, wielkości prosa; niektóre z nich zwapniałe; gruczoły chłonne, o które zapytuje prof. Ziemacki, zbadane nie były. Co do związku między wątrobą a śledzioną mówca powołuje się na statystykę Frerichsa, która wykazuje, że marskość wątroby w 30% przebiega bez obrzmienia śledziony, wreszcie zaznacza, że zmiany anatomiczne w wątrobie, uległej marskości, są różne. Doc. Dr. W. Orłowski, podkreśliwszy zajęcie śledziony w rozlanych sprawach patologicznych w wątrobie, stwierdza, że istotnie, dzięki pracom przeważnie uczonych francuskich, odróżniamy dziś anatomicznie, a nawet i klinicznie więcej rodzajów marskości wątroby, niż przedtem; lecz niestety i obecnie jeszcze jednem z częstszych naszych rozpoznań pod tym względem pozostaje *hepatitis chronica*; co się tyczy rozpoznawania nowych chorób, do których należy i choroba Bantiego, radzi mówca zachowywać ogromną ostrożność; przypadek prelegenta nie da się w oświetleniu krytycznem łatwo zaliczyć do choroby Bantiego, jak to uczynił prelegent: zmiany w wątrobie można wytłómaczyć jako skutek jej opadnięcia (*hepatoptosis*); stan krwi wykazuje niedokrewność, lecz ją często spotykamy wśród klasy, z której pochodzi chora; pomimo to objawy niedokrewności w tym okresie choroby Bantiego, w którym znajduje się chora, powinny być więcej wyrażone, zwłaszcza wyraźną być powinna niedokrwistość powłok zewnętrznych i błon śluzowych, obok szmerów z niedokrewności, zawrotów głowy, duszności i t. d.; tymczasem tych objawów chora nie przedstawia; skład zaś krwi, podany przez prelegenta, nasuwa wobec tego pewne wątpliwości. Na podstawie danych przedmiotowych i wywiadów można było, zdaniem mowcy, rozpoznać tylko *splenitis chronica* bez szczegółowych zaznaczeń. Wreszcie mowca zachęca prelegenta do przeprowadzenia badań drobnowidowych wyciętych kawałków śledziony i przedstawienia ich na następnych posiedzeniach. Dr. Strawiński zapytuje, czy chora nie przechodziła w latach dziecinnych chorób płucnych; po przeczącej odpowiedzi prelegenta zamyka posiedzenie. *Witold Orłowski.*

VII. Urywki z „Historyi Medycyny“.

Przez

Bł. p. prof. Dra Józefa Oettingera.

Pochody dziecięce.

Jeżeli kierunek duchowy, znamionujący społeczność europejską w wiekach średnich, znalazł wyraz najwyższego napięcia swojego w wyprawach krzyżowych, w których zaspokojenie pragnienia idealnego, religijnego, jakiem była chęć posiadania grobu Zbawiciela, wprawiało przez dwa wieki w ruch gorączkowy i do wysilających zapasów podniecało wszystkie niemal ludy chrześciańskie, to poryw ów bohatersko-romantyczny, po swojem rozczarowaniu bezskutecznymi a wyczerpującymi siły zapędami, odbił się raz jeszcze i ponowił w pokoleniu malców i niedorostków na małe wprawdzie rozmiary i w kształcie chorobowego podniecenia w zakresie umysłowym, ale mimo to wiernie i w zarysach rzec można o tyle czyściejszych, o ile zgodniejszych z ówczesnemi zasadami, poddającemi świat zmysłowy pod panowanie czynników nadprzyrodzonych. Już właściwością jest wieku dziecięcego naśladować starszych, a łatwiej im to jeszcze przychodzi w dziedzinie bujnych swoich własnych przymiotów, jakimi są polot żywej wyobraźni i nieliczącа się z warunkami rzeczywistości gorąca wiara w potęgi niezwykłe, cudowne. Mogła nawet rozigranym niedorostkom mignąć nadzieja zawstydzenia ojców i otiągnięcia wpływem nadpirzyrodzonym pobożnej woli, wspartej Bożą łaską, a zatem samą siłą duchową, o co kusili się daremnie ogromnym zasobem wojsk, broni, dostatków, zgoła sił materyalnych. Cel wzniosły, idealny, idealnymi też, a nie materyalnymi zdobyty środkami, byłby dziełem w swych pierwiastkach i składnikach jednolitem, zaokrąglonem i zgodnem, byłby istotnie dziełem wskróś cudownem. Owoż śród powszechnego zwątpienia, gdy krwawe miecze rycerzy spoczywały już w pochwach, wrażliwa przyroda dziecięca, podniecana może z umysłu przez podstęp, chciwość i zdradę, zawrzała raz jeszcze jakiemś niewymownem pragnieniem za niejasnym celem religijnym, tętniącym w wyobraźni, jakoby echem hasła, wywołanego niegdyś przez Piotra Pustelnika „Bóg tak chce“ i gnała nieprzezwyciężonym popędem liczne zastępy malców w dalekie strony, gdzieś za morze po cuda i świetne zbawienie, w istocie zaś po marną zgubę i niewolę.

Równocześnie prawie z odległych od siebie stron około roku 1212—1213, nie wiedząc o sobie nawzajem, wyruszyły dwie takie

wyprawy niewiniątek, jedna liczniejsza z Francyi, druga, złożona ze sporego również zastępu, z Niemiec.

Do pierwszej wszczynającą pobudką był skotarek imieniem Stefanek (Etienne).

Był on rodem z Cloies nad Loarą pod Vendome; sam on o sobie opowiadał i rozchodziły się o nim dziwne, bujną wyobraźnią przystrajane wieści, jakoby mu się Pan pod postacią biednego pielgrzyma ukazał, chleb od niego przyjął i list mu wręczywszy, polecił oddać go królowi (Chron. Anonym. Landau). To znowu, że gdy powracał jednego razu z procesyi, odbytej na wyjednanie łaski przeciwko niewiernym, zastał na swojem polu owce, niszczące zasiew, a gdy je chciał zegnać, ugięły wszystkie kolan, jakby prosząc o przebaczenie (Joannis Iperii Chronicon). Wnet i w innych małych jego towarzyszach za przykładem jego rozgorzał zapał religijny, który naśladownictwem coraz liczniejsze i szersze ogarniał kręgi. Spieszyły i skupiały się wzrastające z dniem każdym gromady niedorostków około Stefanka. Ten, ruszając w pochód, zatrzymał się u św. Dyonizyusza, gdzie wiele miał poczynić cudów tak, iż stał się przedmiotem czci powszechnej, wielbionym posłańcem niebios, nowym świętym, przed którym lud leżał na kolanach. W całym kraju powstawali 8 lub 10-letni prorocy, wzywający do pobożnego dzieła i przyciągali łatwowierną, jakby szałem rozgorączkowaną i niczem niepowstrzymaną dziatwę. Zbierała się i wzrastała w coraz liczniejsze tłumy, zmierzając wśród pobożnych pieśni i powtarzanego hasła „Panie Boże wywyższ chrześciaństwo“ lub „Panie Jezu Chryste powróć nam krzyż prawdziwy“ pod główną chorągiew pastuszka z Cloies.

Gdy się tych drobnych pielgrzymków zapytano, dokąd dążą, to jakby z jednych ust odpowiadały „do Boga“. Szli szykiem uporządkowanym, poprzedzonym płomienistymi sztandarami, naśladującymi słynną chorągiew wojenną królów Francyi z krwawego całunu św. Dyonizyusza, zwaną *aurea flammula*, czyli *oriflama;* wielka część niosła gromnice, inna krzyże lub kadzielnice.

Rodzice na ten bezprzykładny i niepohamowany ruch, wzburzający całe pokolenie niedorostków, osłupieli, miotani to trwogą, to zdumieniem, to religijnem uniesieniem, to nareszcie pokornem poddaniem się wyższym jakoby wskazówkom.

Nie zdolały powstrzymać wyrywających się z domu chłopiąt, ani namowy, ani groźby, ani łzy i rozpacz matek. Nie pomógł nawet zakaz samego króla, który zaniepokojony niepospolitem, a wstrząsającem cały kraj zjawiskiem, zasięgnął rady paryskiego uniwersytetu, naganiającej cały ruch, jako szkodliwy. Jeżeli doznawali przeszkód, płakali dniem i nocą, popadali w wyniszczające udręczenie i ciężką niemoc z drżeniem członków i prędko zmierali. Inni, urągając zamkom i zaporom, umieli najczujniejsze podejść straże, by dogodzić nieprzepartemu popędowi.

Nie było tu różnicy stanu, wymykały się tak hrabiątka, jak dzieci nędzarzy, mieszczańskie i włościańskie. Tylko że majętniejsi z przezorności przydawali nieraz starszych towarzyszy dla dozoru i opieki, przyłączyło się też niemało przebranych dziewcząt. W krótkim przeciągu czasu zebrały się tak pod Vendome, głównem miejscem zbornem, nieprzejrzane szyki uzbrojonych i bezbronnych malców, wielu konno, większa część pieszo. Obliczano zastęp cały na blizko 30.000. Wszyscy uznawali z radością kochanego Stefanka swoim panem i wodzem, mającym ich poprowadzić do Ziemi świętej, aby ją z rąk Saracenów wyswobodzić. Siedział on śród pochodu na wozie, przystrojonym chorągwiami i kobiercami, otoczony przyboczną strażą, złożoną z najznakomitszych paniczów w rycerskich zbrojach. Była mu zaś potrzebna dla powstrzymania cisnącego się do proroka tłumu, pragnącego choćby dotknąć się szaty jego, kiedy ogniste słowa jego wzniecały zapał porywającego uniesienia. Zdarzało się, że w ciżbie, pchającej się do wozu, niejedno chłopię uduszeniem się przypłacało swą pobożną żarliwość. Posuwała się ta wyprawa z licznym taborem z Vendome na południe ku morzu, ku Marsylii. Było to w lipcu, który wówczas odznaczał się wielką spiekotą. Żadne atoli uciążliwości, ani głód, ani pragnienie, ani zmęczenie i trudy na gorących, pełnych kurzawy równinach Prowancyi nie wyczerpnęły wytrwałości i gorącej wiary dziecięcych pątników. „Do Jerozolimy“ wołali z uniesieniem, gdy ich o cel pielgrzymki pytano, a żaden z nich nie wątpił, że za ich nadejściem rozstąpi się morze i że suchą nogą dojdą do Ziemi świętej.

Już w drodze przyczepiła się nędzna hołota, która powodowana nienasyconą chciwością i innymi brudnymi popędami, pragnęła korzystać z łatwowiernej i niedoświadczonej rzeszy malców, a rzucając się na nią, jak kruki na łup pożądany, obietnicami, grą i wzbudzaniem sprośnych namiętności, niekiedy nawet jawną grabieżą uwiedzioną dziatwę niszczyła, która wreszcie zubożona, żyła tylko jeszcze miłosierdziem mieszkańców.

Tak mali pielgrzymowie dotarli do Marsylii; tu wprawdzie morze nie okazywało najmniejszego śladu usuwania się, lecz znaleźli się dwaj uczynni i bogobojni kupcy, którzy dobrowolnie i darmo na chwałę Boga jedynie ofiarowali się wyręczyć nieposłuszne bałwany morskie i na swoich okrętach przewieźli drobnych krzyżaków do Palestyny. Kupcy ci, których pamięć dzieje hańbą napiętnowały, zwali się Hugo Ferrens i Guilelmus Porcus. Nieomieszkali oni zjednać sobie zaufania biednych ofiar swej zdrady, uprzejmością, uprzedzającemi usługami, przykładnym spółudziałem we wszystkich modlitwach i nabożnych obrzędach tak dalece, iż chłopcy ochoczo i pełni wdzięczności dla mniemanych dobrodziejów wsiedli na 7 dużych okrętów i puścili się na otwarte morze, mieniąc się blizkimi wymarzonego świetnego celu.

Ale we 2 dni po odbiciu od lądu dwa okręty rozbiły się o skały pod wysepką św. Piotra blizko Sardynii i ani jedna nie ocalała żywa dusza; zwłoki tylko potonionych zebrano i pochowano na miejscu, gdzie na pamiątkę tego okropnego zdarzenia papież Grzegorz IX wystawić kazał kościół, poświęcony nowym niewiniątkom (*Ecclesia novorum Innocentium*).

Reszta statków zmieniła wnet kierunek i zamiast w stronę Syryi i ziemi obiecanej zwróciła się ku wybrzeżom Afrykańskim, sterując do Aleksandryi i Bugii, gdzie całe to małe rycerstwo krzyżowe, mające grób Zbawiciela wyzwolić z pod jarzma Saraceńskiego, dostało się w niewolę, podle zaprzedane Muzułmanom. Nikczemni zdrajcy nie uszli kary. Cesarz Fryderyk II bowiem kazał ich potem w Sycylii powiesić. Około 50 tysięcy dziatwy tym sposobem albo marnie zginęło, albo się fizycznie i moralnie sponiewierało.

Nie tak okropnego, lubo nieszczęsnego także losu doznała druga wyprawa podobna, która równocześnie prawie przygotowywała się w Niemczech Renem, już to dalej na Wschód bez porozumiewania się z francuską, a nawet bez żadnej o niej wiadomości, a przecież powtarzało się tu niemal to samo, co tam, tylko że przeważał habit pątnika nad zbroją rycerską, przywdziewali bowiem malcy tak zwaną „sclavinę“, czyli pielgrzymią sutanę, znaczoną krzyżem; w rękach mieli kostur zwany „burdo“, a na plecy zarzucali sakwy (*sarcellas*). Zagrzewali się do udziału nabożnemi hasłami i pieśniami, przyciągając po drodze świeże tłumy. Rozdzielili się jednak na dwa oddzielne zastępy: nadreński stał pod wodzą niejakiego Mikołaja, o którym atoli niewiadomo, skąd pochodził i w jakim był wieku, o drugim żadne bliższe szczegóły się nie dochowały, a nawet imię jego przewodnika i czy był jeden tylko, czy kilku, zasłona zapomnienia pokryła.

Pewna tylko, że oba oddziały zmierzały ku morzu, które również według ich wiary miało się usunąć, by ich suchą przepuścić nogą. Tamten z Mikołajem na czele puścił się pod Ren w górę, przeszedł górę Cenis i dostał się w 7000 głów w sierpniu do Genui, uroniwszy niemałą część w długiej, a uciążliwej przeprawie przez wąwozy Alpejskie.

Silniejsi tylko i roślejsi wytrwali, co było wątlejsze zaniemogło i wcześnie zmarniało. Znajdowało się pomiędzy niemi wielu szlacheckiego rodu, lepiej z domu opatrzonych z przydanymi sobie ochmistrzami i pielęgniarkami, przyłączyły się wreszcie dobrowolnie różne przybłędy płci obojej pod pozorem różnej usługi, n. p. lekarskiej, jak t. zw. siostry objezdne (*fahrende Schwestern*), w istocie zaś w celach mniej chwalebnych, lub zgoła nikczemnych. Wszakże jeden z włoskich kronikarzy Jacobus de Voragine (*Chronica de civitate Janensi*) twierdzi złośliwie, że troskliwość rodzicielska nie przepomniała i o potrzebach płciowych, wyprawiając z dziećmi odpowiednie towarzyszki. Genueńczycy przyjęli tę nagle na nich spadłą chmurę drobnych gości nietylko chłodno, ale podejrzliwie i niechętnie. Pragnęli pozbyć się ich jak najprędzej, bo niedowierzali wcale tej gorącej żarliwości religijnej, poczytując cały ruch za skutek płochości; tem zaś mniej byli nim zbudowani, iż obliczali na zimno, że ten nawał sprawić im może drożyznę, jeżeli nie co zgubniejszego jeszcze dla powszechnego dobra, gdyby, jak ją posądzano, cała ta pielgrzymka odbywała się w porozumieniu z nieprzyjacielem kraju, z Cesarzem niemieckim i w jego widokach. Postanowili więc zrazu nie otwierać im wcale bram miasta; po układach dopiero niejakich wpuszczono ich w mury dnia 24 sierpnia.

Tymczasem od napotkanej tu trzeźwości i oziębłości ostygł pierwotny zapał, a z nim ulotniła się ochota, a raczej wiara w doprowadzenie do skutku śmiałego przedsięwzięcia, więc też wielu porzuciło myśl wyprawy krzyżowej, a przynęceni powabami i życiem, jakie tu napotkali, pozawiązywali stosunki z mieszkańcami i tu stałą sobie siedzibę obrali. Niektórzy pochodzenia szlacheckiego połączyli się ściślejszymi węzłami z dostojniejszymi domami włoskimi i stali się założycielami niejednego świetnego i możnego w przyszłości rodu.

Co zaś nie znalazło pomieszczenia, musiało niebawem miasto i kraj opuścić.

Wracali zaś nie morzem, lecz lądem i rozprószeni, lub niemal pojedynczo.

Nędza i niedostatek zniewolił wielką liczbę do przyjęcia choćby najlichszej i najuciążliwszej służby po wsiach. Mało komu powiodło się oglądać znowu ziemię ojczystą; przybywał zaś w progi domowe nietylko wycieńczony i obdarty, lecz nadomiar upokorzenia zamiast spółczucia znajdował urąganie i szyderstwo, a może też najzłośliwiej natrząsali się ci, co dawniej najgłośniej przyklaskiwali i zachęcali. Tak więc, powiada niewiadomy autor, którego historyczny ułamek znajduje się przed kroniką Alberta Argentyńczyka: „Ci, co pierwej gromadnie w pełnym szyku śród ochoczych pieśni, lutni przebywali różne kraje, popowracali samotnie po cichutku, boso i głodno, stając się pośmiewiskiem powszechnem“. Śmielsza część tylko, unikając wstydu, puściła się na dalszą pielgrzymkę, ciągnąc z Liguryi do Rzymu, gdzie papież łaskawie ich przyjął, a nie zwolniwszy ich od od znaku krzyża, pod który się zaciągnęli, odebrał od nich przyrzeczenie, iż wiernie dopełnią ślubu, gdy podrósłszy wezmą udział w wyswobodzeniu Jerozolimy. Drugi zastęp krzyżackich pacholąt obrał drogę przez dzikie jary na Uri i św. Gothard do Lombardyi.

Narazili się tu w wyższym jeszcze stopniu na plemienną niechęć Włochów, którzy odmawiając zachęty i pomocy, naigrawali się jeszcze z ich płonnych urojeń. Wielu tu poginęło umorzonych głodem i ostatnią nędzą; mała garstka uniknęła tego srogiego losu, idąc w najem za lichą strawę: najwytrwalsi i najsilniejsi, którzy pierwotnego zamiaru odstąpić nie chcieli, dotarli do Brundisium, aby tu, jak w innych przystaniach morskich, stać się w końcu łupem niegodziwego frymarku, sprzedającego ich w niewolę Saraceńską.

Zdaje się, że do pielgrzymki niemieckiej przyłączyło się więcej osób dorosłych i niewiast, niż do francuskiej, dziewcząt też małych liczba była większa. Dało to powód do rozwiozłości i moralnego zepsucia, którego zaledwie kto ze szczupłej garstki ocalałych uszedł; ułamek kroniki, wyżej wspomniany, nie pominął tego szczegółu podając, że bardzo wiele panien porwanych straciło kwiat wstydliwości (*plurimae virgines raptae sunt et florem pudicitiae suae amiserunt*).

Tak więc zwodniczy blask urojenia, marzącego o świetnych zdobyczach i rozkoszach niebiańskich, zagasł w toniach upadku fizycznego i moralnego.

O trzeciej jeszcze pielgrzymce dzieci z Niemiec do Normandyi do św. Michała wspominają kronikarze (Aventinus, str. 846, Martin Crusius pars II. p. 405 etc.) pod r. 1458 i 1459.

Pierwszy z nich powiada, że dziecię, któremu broniono wybiedz z innemi, zmierało odrazu, wiele zaś ginęło z głodu, niektóre wzięto we Francyi w niewolę i sprzedano, żadne nie powróciło do domu.

Śledząc przyczyny opisanego i w tak opłakany sposób zakończonego obłędu, znajdziemy usposobienie do niego w spółczesnym nastroju umysłów, zostających pod panowaniem kierunku przeważnie duchowego, nie obliczającego się z warunkami fizycznymi, wymaganymi przez rozumowo-zmysłowe doświadczenie. Dodajmy do tego powszechne przygnębienie i zękanie po daremnym wysiłku wojen krzyżowych i wiekowi dziecięcemu wrodzoną wrażliwość, podniecaną obijającymi się o jego uszy codziennymi żalami na nieszczęsny obrót tych niesłychanych zabiegów, popęd do naśladownictwa tem żywszy, im bardziej się odnosi do bujnej wyobraźni i wiary w potęgi nadprzyrodzone i cudowne, które tak głębokie na podrostkach wywierają wrażenie, a okaże się nam wielce do prawdy podobnem, że przy takiem napięciu jednostronnem pewnych tylko spraw ustroju z zaniedbaniem innych fizycznych i rozumowych nastąpiło zwichnienie potrzebnej do zdrowia równowagi, a stąd rozwinęła się skłonność do zboczenia, której tylko jeszcze lekkiej potrzeba było pobudki, by jawnym wybuchnąć obłędem. Mogły jej dostarczyć jużto zaraźliwy przykład pojedyczego uniesienia religijnego, jużto zbrodnicza rachuba chciwości i zdrady, usiłująca podniecaniem rozdrażnionych uczuć uwieść łatwowierną dziatwę i nadużyć jej chorobliwego zapału do swych bezecnych celów. W kronikach znajdują się wzmianki, stwierdzające oba przypuszczenia. I tak kronika bezimiennego kanonika Lauduńskiego podaje wspomnianego wyżej Stefanka z Cloies i jego cudowne natchnienie za ową zapalającą iskrę, która wznieciła rozkiełznane płomienie szału, ogarniającego wnet całe podrastające pokolenie, kiedy w Niemczech takiem zarzewiem był Mikołaj. Większa atoli część dziejopisów, donosząc o zdarzeniu nie podczasułudnej nadziei, lecz już po smutnem rozwiązaniu, upatruje w niem jużto w duchu wieku sprawę szatana i bezbożnych czarów, jużto naturalnego wpływu ludzkiej niegodziwości, mianowicie też chciwość i łakomstwo jednych, a mściwość drugich, o którą zwłaszcza posądzano muzułmanów, jako wrogów Chrześciaństwa.

Owóż, gdy jedni owego Stefanka omal że za świętego nie mają, to inni zwą go podlcem, działającym w złym zamiarze i z namowy tureckich wysłańców. Powiada bowiem Wincenty z Bellowaku, że „Stary z Góry“, tak mianował się naczelnik szczepu wschodniego, panujący na wyżynach Libanu i Syryi, — dwóch kleryków, pochodzących z tej strony morza, w więzieniu trzymał i nie wprzód chciał ich wypuścić, dopóki nie otrzymał od nich przyrzeczenia, iż mu sprowadzą chłopców z królestwa francuskiego.

„Mniemano więc, że to oni fałszywemi wieściami o objawieniach, tudzież obietnicami owych chłopców, krzyżem znacząc, przywabili“. Że mogło nakłonić łakomstwo samo do haniebnego frymarku, obiecującego zysk sowity, nie tak trudno uwierzyć.

Osobliwą przytacza wieść kronika Medarda z Soissons o skłonności do wędrówek, jaką wówczas spostrzegano w całem królestwie zwierząt, będącej zatem niejako mimowolnym objawem samej przyrody: „Mówią niektórzy“, są słowa kroniki „i na pewno twierdzą, że na lat 10, zanim się owa osobliwość (wędrówka dzieci) wydarzyła, ryby, żaby, motyle i ptaki w podobny sposób, według swojego rodzaju i czasu wędrowały“.

Jakkolwiek porywający, a niekiedy i niepowstrzymany jest wpływ gwałtownych uniesień, zwłaszcza na wiek dziecięcy, to jednakże wywołany ruch nie przybrałby ani tak opłakanych rozmiarów, ani sprowadził tak smutnych następstw, gdyby jego nieograniczonemu szerzeniu się nie sprzyjała bujna gleba ówczesnych stosunków spółczesnych, opartych za pośrednictwem panującego kościoła nietyle na podwalinie ziemskiej, lecz na niebios sklepieniu.

Poszło stąd, że ów obłęd w pierwszym swym zawiązku i początkowym rozwoju był przez starszych raczej pielęgnowany, zachęcany i podziwiany, niż tłumiony, karany lub potępiany. Inaczej też być nie mogło w czasie, gdy wszystko rwało się do pozaziemskich celów, gdy wszystko tęskniło niejako za cudem. Któżby śmiał uważać za zboczenie pragnienie odzyskania grobu Zbawiciela? któżby się odważył zaprzeczyć, że łaska Boża i tym razem może zawiesić prawa przyrody i kazać rozstąpić się morzu, jak to niegdyś według świadectwa pisma św. uczyniła, gdy Hebrajczyków suchą nogą przez morze przeprowadziła? któż sobie nie przypomniał, że mały bezbronny Dawidek pokonał zbrojnego od stóp do głowy olbrzyma filistyńskiego Goliata, dla czegóżby dziś podobny cud nie miał się powtórzyć? A jeżeli wrodzone uczucie macierzyńskie, powodując się miłością i trwogą, zatrzymywało zrazu wyrywające się gwałtem chłopię, to zostało ono wnet zrównoważone, jeżeli nie zupełnie przeważone względami religijnymi, nakazującymi szanować nieodgadnioną wolę Opatrzności i poddać się jej bez szemrania, zwłaszcza, jeżeli tak szczytne przed oczyma migały cele. Nie doznawały więc działki istotnej i wytrwałej przeszkody, a jeżeli jaka wyjątkowo była zamierzona, to stopniała wnet od powszechnego żaru, któremu i hartowny nieraz umysł oprzeć się długo nie zdoła.

Kronikarze z naganą i potępieniem wystąpili także dopiero po niepomyślnym obrocie sprawy.

Wszakże ze swego stanowiska duchowo-religijnego niepodobna im było z początku rozróżnić dzieła boskiego od szatańskiej ułudy, aż gdy już było za późno, aż gdy otchłań zniszczenia była ofiary pochłonęła. Zgodniejszymi zresztą są ze swojemi zasadami i panującym nastrojem społecznym ci pisarze, którzy zdarzeniu wyższe pozaziemskie naznaczają przyczyny, niż ci, co się wrzekomo w tym razie do rozumu odwołują, a w tylu innych razach wcale mu nie ufają.

Znajdował więc ów szał pospólny raczej zachętę głośną, niż prawdziwy opór, gdyż ten ostatni był tylko pozorny, półgłosem ledwie się odzywając, a jeżeli nawet przestroga wychodziła z ust kapłana, ściągała nań zarzut niedowiarstwa i sknerstwa.

Znajdował ją nietylko u prostaków, ale i poniekąd u najwyższej powagi kościelnej, u papieża, jak świadczy n. p. kronika opata stadeńskiego Alberta, opowiadająca, „że papież na wieść o tym ruchu z westchnieniem rzekł: Chłopcy ci nas zawstydzają, biegnąc na odzyskanie ziemi św., kiedy my śpimy“. A wzmiankowana kronika bezimiennego kanonika Lauduńskiego szczerze wyznaje, że zdawało się wielom, że przez niewiniątka te, dobrowolnie zebrane, Pan coś wielkiego i nowego na tej ziemi dokaże, co jednak wcale inaczej wypadło.

Tylko mądry po szkodzie kronikarz niewiadomego nazwiska, którego ułamek znajdował się poprzed kroniką Alberta Argentyńczyka i podobnie do niego z samego sądzący wypadku ostatecznego, zdobyli się na wyśmianie tej wyprawy i na dodanie z namaszczeniem tej zbawiennej, lecz przez nich samych niezawsze przestrzeganej zasady.

„Każda sprawa poczęta bez rozwagi i bez siły postanowienia niedobry miewa koniec“. Tenże sam kronikarz, ceniący snać doświadczenie ze znajomością przyrody ludzkiej, czyni uwagę: „A jak na takie nowinki bywamy często łatwowierną gawiedzią, to i wielu sądziło, że to nie z płochości się dzieje, lecz z boskiego natchnienia i z pewnej pobożności“.

Widzimy więc z tego, jak mało wówczas miano pojęcia o tem, iż przesadny kierunek duchowy wiedzie do zboczenia i że w miarę, jak wzmaga się usiłowanie wypierania się warunków i potrzeb fizycznych, czyli w miarę wyzbywania się wszelkiej zmysłowości, wpadamy w nią bezwiednie, tem głębiej i tem gorzej.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 17 listopada.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 9 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Nowotny mówił „O ciałach obcych w nosie, gardle i przełyku.“

* Nowe pismo lekarskie, na wzór wielkich tygodników niemieckich, ma powstać w Berlinie. Zatem do 230 czasopism niemieckich w r. 1903, a 240 w 1904, przybywa począwszy od stycznia 1905 roku nowy wielki organ, a może nie jedyny i nie ostatni. Ten bujny rozrost prasy lekarskiej w Niemczech, wpływający, sądząc ze skarg, niekorzystnie na jakość peryodycznych wydawnictw, a zatem źle, jako całość, spełniający swoje zadanie, wywołał poważne uwagi Dr. Hansa Kohna, który w „Deutsche medic. Wochenschrift“ wyświetlił genezę rzekomej nadtwórczości lekarzy niemieckich, a jednocześnie wykazał ujemne strony tej łudzącej potęgi pióra, szkodliwej dla czytelników i dla nauki. Stosunki wydawnicze w Niemczech są zupełnie odmienne niż u nas: tam głównie wydawcy-księgarze, a po części i zarządy wielkich fabryk wytworów chemicznych, odgrywają pierwszorzędną rolę, bo nieraz dają inicyatywę założeniu czasopisma, zawsze ułatwiają mu prenumeratę, a wreszcie usuwają troskę o nakład. U nas sprawy te ukształtowały się inaczej: z tego powodu pominę godne głębszego zastanowienia wywody Dr. Kohna, a przytoczę kilka nadzwyczaj trafnych ostrzeżeń, które na ten temat i z powodu artykułu Dr. Kohna umieścił Dr. Srebrny w Nr. 45 „Medycyny“. Dr. Srebrny stwierdza, że w piśmiennictwie naszem niejednokrotnie już wykazywano nadmierną liczbę czasopism lekarskich, „nadmierną zarówno i w stosunku do naszej produkcyi literackiej, jak i do szczupłego, względnie koła czytelników i ich dobrobytu“. „Już ten jeden wzgląd sprawia, że żadne z naszych pism lekarskich utrzymać się nie jest w stanie i każde rokrocznie pewien deficyt wykazuje, innemi słowy, że jest ich za dużo. A bardziej być może przekonywują o tem skargi czytelników na treść naszych wydawnictw lekarskich: mamy zbyt mało sił i środków, aby uczynić nasze czasopisma interesującemi i niezbędnemi dla ogółu lekarskiego“. Dalej Dr. Srebrny stwierdza, że stan ten nie tylko nie ulega poprawie, ale „z powodu wezwania na plac boju wielu dzielnych sił młodszych, nawet pogorszył się znacznie. Osłabienie ruchu naukowego daje się czuć bardzo we wszystkich redakcyach naszych pism lekarskich“.

Usterki w naszej prasie lekarskiej, podniesione przez Dr. Srebrnego, były przedmiotem rozpraw na posiedzeniach Sekcyi prasowej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w r. 1900. Dotyczyły one głównie tygodników naszych i tych innych czasopism, które mają ten sam typ programowy, co i tygodniki. Jeśli więc od $4^1/_2$ lat nic nie polepszyło się, a sądząc ze słów Dr. Srebrnego może nawet wiele zmieniło się na gorsze; jeśli nadmierna liczba czasopism lekarskich polskich wpłynęła obniżająco na poziom ich treści; jeśli ta nasza prasa istnieje li tylko dzięki ofiarności zamożnych jednostek, oraz tytanicznej wytrwałości tych, co stanęli na czele pojedynczych czasopism, a ofiarność ta i ten trud w końcu doprowadzają nie do podniesienia wewnętrznej wartości tych wydawnictw, lecz przeciwnie, bo czasopism jest „za dużo“ na nasze siły literackie, w czem bezwzględnie podzielamy zdanie Dr. Srebrnego, to czy nie wynika z tego logiczna potrzeba zwolnienia tempa w dalszem zakładaniu nowych czasopism, a natomiast pogłębienia treści dziś już istniejących? Czy nie wyłania się poważne zadanie dla przyszłego Zjazdu lekarzy polskich, by w świetle rzeczowej i fachowej dyskusyi wyjaśniły się te sprawy tak, by z jednej strony redakcye dziś istniejących czasopism naszych wyrozumiały swoich czytelników, w jakim kierunku mają się przystosować do potrzeb ogółu abonentów i wymagań chwili, a z drugiej, ażeby w imię duchowego dobra ogółu lekarskiego i rzetelnego postępu utwierdziło się u naszego ogółu przekonanie, że dalsze zakładanie czasopism w imię interesu osób lub instytucyi, a wbrew istotnemu interesowi naszego piśmiennictwa, jest rzeczą bezcelową, a nawet szkodliwą.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. lwowskim otrzymał Zygmunt Lewicki.

* Dr. Wrzosek, bibliotekarz Tow. lekar. krak., wyraża podziękowanie WPani Kleinowej za ofiarowany Towarzystwu księgozbiór zmarłego jej męża Leona Kleina.

* Potrzebują lekarzy: do Głowaczowa (gub. radomska), Działoszyna (gub. kaliska), Starobina (powiat słucki gub. mińska) i Chmielnika (gub. kielecka).

* Według „Petersb. medic. Wochenschrift“ (Nr. 43) ma być wkrótce powołanych z Królestwa Polskiego 88 lekarzy do II-giej armii mandżurskiej, mianowicie 44 z Warszawy i 44 z innych miejscowości. Z liczby tej już powołano 68, mianowicie 16 z Warszawy, 9 z Łodzi, a reszta z innych miast. Powołani otrzymali przeznaczenie do 12 szpitali rezerwowych i do ruchomych lazaretów polowych. „Kuryer Warszawski“ (Nr. 315) dowiaduje się ze swej strony, że przed 1 grudnia nastąpi nowe powołanie 60 lekarzy z Królestwa Polskiego dla obsłużenia 20 szpitali zapasowych i ruchomych III-ciej armii mandżurskiej.

* Dnia 5 listopada odbył się we Lwowie Wiec młodzieży akademickiej w sprawie ważnych a niezbędnych potrzeb tamtejszego wydziału lekarskiego. W Wiecu wzięło udział kilku profesorów i około 1000 słuchaczów. Po wygłoszeniu referatu przez p. Ch. o brakach i postulatach wydziału lekar., Wiec uchwalił 1) wezwać społeczeństwo, a szczególnie posłów na Sejm i do Rady państwa, aby energicznie stanęli w obronie pokrzywdzonej instytucyi naukowej; 2) wysłać delegacyę z trzech kolegów do p. ministra oświaty dla przedstawienia mu potrzeb wydziału lek. Uniw. lwowskiego, jako postulatu całej młodzieży akademickiej.

D. 9 b. m. odbył się w Krakowie Wiec słuchaczów i słuchaczek medycyny U. J. w celu zaprotestowania przeciw ociąganiu się rządu z wybudowaniem niezbędnych jeszcze klinik i innych instytutów lekarskich, w szczególności zaś przeciw opóźnianiu się z otwarciem klinik stałych wbrew przepisom, obowiązującym nie tylko uczniów, lecz i rząd. Delegatem senatu U. J. na Wiecu był prof. Nowak. Po wysłuchaniu referatu p. H. i po przeprowadzonej dyskusyi uchwalił Wiec zwrócić się do wydziału lekar. z prośbą o otwarcie wykładów w dniu 14 b. m. na „materyale ambulatoryjnym“ w klinikach wewnętrznej i chirurgicznej, dalej zwrócić się do wydziału i ministerstwa oświaty ze stanowczem żądaniem otwarcia wszystkich stałych klinik z pełną liczbą łóżek najpóźniej do 21 b. m. W razie niespełnienia tych postulatów uchwalono wstrzymać się od uczęszczania na wszystkie wykłady od d. 21 b. m.

Nie mamy miejsca i mandatu do obszerniejszego rozstrząsania doniosłych spraw, poruszonych na obu Wiecach: zresztą wyczerpały je czasopisma codzienne oraz rozprawy samych wiecowników. Już samo dopuszczenie do takich wieców jest ze stanowiska pedagogicznego demoralizującem i daje miejsce uczuciu cierpkiemu, bo Wiece te nie były wyrazem nieobrachowanego porywu młodzieńczego: przeciwnie, młodzież obu uniwersytetów miała pełną słuszność upomnieć się o ustawowo jej zapewnione środki do kształcenia się, bo wszakże ona spełniła swoje zobowiązania, a rząd jest stroną niedotrzymującą prawomocnej umowy, jest jakby dłużnikiem niewypłacalnym, wystawiającym swoją powagę pod młotek licytacyi.

* W uniwersytecie zurychskim, wskutek obostrzenia warunków przyjęcia, liczba studentek z Rosyi spadła z 90 na 30.

* Sprawa Doyen-Crocker i *sérum anticancereux* Doyena nie schodzi ze szpalt dzienników francuskich, traktowana najczęściej w tonie rozdrażnionym. Dzięki zapewne tylko przypadkowej analogii, w liście otwartym, ogłoszonym w Nr. 44 „Journal des Praticiens“, wystąpił Dr. Osten nie tylko przeciw „kankroinie“, która po 40 wstrzyknięciach okazała się bezwzględnie bezskuteczną u jego pacyentki, ale i przeciw samemu Dr. Adamkiewiczowi, który, odpowiadając na list Ostena, żądającego paru wyjaśnień, poradził kupić i przeczytać rozprawę o kankroinie, w której miał Osten znaleźć to wszystko, czego szukał. Osten w tej odpowiedzi nie dopatrzył podkładu naukowego, którego oczekiwał od byłego profesora uniwersytetu.

* Naczelnym chirurgiem II-giej armii mandżurskiej mianowany został prof. Sklifosowski.

* Prof. Koch wyjeżdża do południowowschodnich niemieckich kolonii afrykańskich w celu dalszych badań nad zakaźnemi chorobami bydła. Z polecenia rządu niemieckiego prof. Neisser udaje się na wyspy Sunda dla wykonania na większą skalę szczepień kiły na małpach; prof. Dürk — do holender. posiadłości w Indyach dla studyowania chorób międzyzwrotnikowych; wreszcie prof. Gustaw Fritsch — naokoło świata — w celach naukowych.

* Między 23 a 29 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim (1 gm.), dobromilskim (2 gm.), horodeńskim, jaworowskim, nadwórniańskim (po 1 gm.), rawskim (2 gm.), staro samborskim, tarnopolskim (po 1 gm.), złoczowskim (2 gm.).

* Błąd druku. W Nr. 46, na stronicy 658, w szpalcie pierwszej, 16-tym wierszu od dołu — zamiast: rzadko jednak opóźnienie wydechów osiąga wyższy stopień... ma być: rzadko jednak opóźnienie oddechów osiąga wyższy stopień.

Mianowania i odznaczenia. W Gandawie mianowani zostali: Eeman — profesorem kliniki lekarskiej a Stella — wewnętrznej patologii. W Sienie: Funaioli — profesorem zwyczajnym psychiatryi a Patella — profesorem zwycz. wewnętrznej medycyny. W Filadelfii: Sweet — prof. okulistyki.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Albert Reder, b. prof. dermatologii prezydent wiedeńskiego Doktoren-Kollegium, licząc lat 78.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 45. Łapiński: Leczenie przepuklin pępkowych u dzieci za pomocą wstrzykiwań alkoholu. Malinowski: O leczeniu płonicy surowicą przeciwpłoniczą wyrobu pracowni Dr. Palmirskiego (c. d.). Sterling: Badania nad czuciem wibracyjnem i jego znaczeniem klinicznem (dok.).

— *Medycyna* Nr. 45. Goldflam: Przypadek przepukliny płucnej (dok.). Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura w r. 1903.

— *Nowiny lekarskie* Z. 11. Łazarewicz: Zaśniad groniasty — a kosmkonabłoniak złośliwy. Wlazłowski: Leczenie szkarlatyny.

— *Odczyty kliniczne* Nr. 189: Karczewski i Koronkiewicz: O leczeniu zachowawczem przewlekłego poporodowego wynicowania macicy.

— *Kronika lekarska* Z. 21. Otto: O sanatogenie. Biehler: Przyczynek do działania zastrzykiwań podskórnych arszeniku u dzieci (dok.).

— *Sbornik klinický* Z. 1. T. VI. Rubeška: O operativním léčení myomů děložních. Janský: Kasuistický příspěvek o duševních nákazách. Lhotak: O zábraně (inhibition) a shocku. Hynek: Léčení leukaemie Röntgenovými paprsky.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 45. Hnátek: Tetanus a neuritis. Pexa: Dwa případy ulcerosní anginy Vincentovy ve věku dětském. Jerie: Sectio caesarea vaginalis sec. Dührssen (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 88. Meunier: Nowa metoda umożebniająca badanie ruchów i wydzieliny żołądka. Romme: Drobnoustroje utajone i przechodzenie ich przez ściany jelit.

— Nr. 89. Dopter: Zdolność udzielania się czerwonki amebowej we Francyi. Faure: Leczenie chirurgiczne porażenia nerwu twarzowego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 45. Westenhoeffer: Państwowe prawo oglądania mięsa ze względu na gruźlicę, oraz niektóre uwagi nad wykonywaniem oglądania mięsa. Reiss: Stosunek lecytyny do fermentu. Herz: O wpływie zimna na tętnice. Richter: O gruźlicy jelit u dzieci w Waldenburgu. Preisich i Flesch: Wartość rozpoznawcza cytologicznych badań wypocin (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 45. Detre i Sellei: Hemolityczne działanie sublimatu. Glaessner: Doświadczenia nad zaparciem żywota. Mięsowicz: Przypadek choroby Basedowa z zanikiem mięśni i z niewydolnością wydzielniczą błony śluzowej żołądka. Gallatia: Wywoływanie wczesnego sztucznego porodu względnie poronienia w latach od r. 1898 do 1904.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 45. Arneth: Badania doświadczalne nad zachowaniem się białych (i czerwonych) ciałek krwi w próbnych zakażeniach i zatruciach, oraz po wprowadzeniu do ustroju ciał białkowatych i surowic. Walko: Zapalenie okołopęcherzowe po utajonem zapaleniu okołokątniczem. Behr: Śródżylne leczenie salicylowe a cierpienia gośćcowe. Vollert: Przypadek porażenia prawego skośnego mięśnia oka z zaburzeniami czucia strony przeciwnej w lewej połowie widzenia, oraz nabytego ośrodkowego drżenia gałek ocznych z objawami zawrotu głowy. Wyzdrowienie. Hoffmann: Ostre rozszerzenie żołądka. Heissler: Z praktyki sądowolekarskiej. Philip: Plaster dyachylonowy w leczeniu wrzodu podudzia. Askanazy: Początek i los bezbarwnych komórek krwi (dok.). Weik: Kiła złośliwa wraz z przyczynkiem do jej kazuistyki (dok.).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 46. Friedmann: O udpornieniu bydła przeciw gruźlicy i o próbach z surowicą gruźliczą. Rabinowitsch: Gruźlica drobiu i jej stosunek do gruźlicy zwierząt ssących. Dünges: Dychawica a choroby zakaźne płuc. Boenninghaus: O nerwowym bolu szyi. Strauss: Postępy w leczeniu cukrzycy (c. d.). Apolant: O nawrotach grypy. Hoffmann: Aronsonowska surowica przeciwpaciorkowcowa w posocznicy połogowej.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 45 (od 6/XI do 12/XI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 33, dz. 32; nieżywo: chł. 3, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 13, kob. 14; zamiejscowych: męż. 19, kob. 14.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 9 ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miejsc. —. ob. 4. 5) krztusiec: miej. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —. ob. —. 7) płonica: miej. 1. ob. 2. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —. ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2. ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. 1, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 2. 17) inne choroby zakaźne: miej. —. ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —. ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2. ob. 1. 21) nowotwory: miej. 2. ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 5, ob. 8. 23) śmierć przypadkowa: miej —. ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob —. **Razem** miej. 27, obcych 33.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 23 listopada, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Bujwid mówić będzie „O epidemii wodociągowej duru brzusznego w Cieszynie".

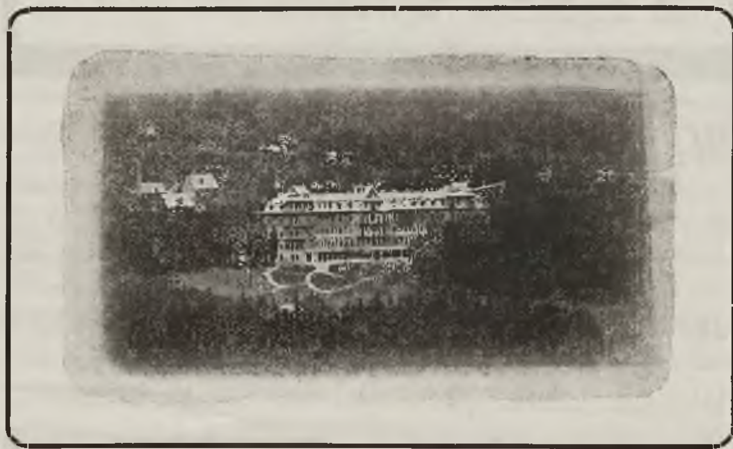
Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

FORMAN.

(Chlormethylmenthyleter $C_{10}H_{19}OCH_2Cl$.) Przeciw katarowi! Przez wielu lekarzy klinicznie wypróbowany i używany jako swoisty, **idealny lek w katarze.** Polecany jako środek ochronny i kojący w grypie. Sposób zastosowania: Jako zapobiegawczy lub w lekkich postaciach nieżytowych formanowa wata. W cięższej postaci nieżytu formanowe pastylki do wziewań za pomocą formanowego naczynia do wziewań. Użyty stosownie nie zawodzi. *Próbki i literatura opłatnie.*

DREZDEŃSKIE CHEMICZNE LABORATORYUM LINGNER, Drezno.
Filia dla Austro-Węgier: K. A. LINGNER Bodenbach n. E. (Podmokłe).
222 b

SANATORYUM Dr. DŁUSKIEGO
W ZAKOPANEM
DLA CHORYCH PIERSIOWYCH.



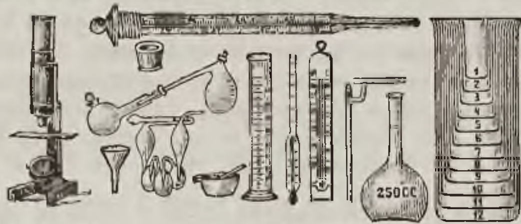
Otwarte przez cały rok. Wspaniały widok na Tatry. Wystawa wszystkich pokoi na południe. Obszerne leżalnie dla leczenia klimatycznego.

Wzorowe urządzenia pod względem hygieny:

Oświetlenie elektryczne. Kanalizacya. Ogrzewanie centralne parą. Wodociągi zimnej i gorącej wody na wszystkich piętrach. Kąpiele i natryski. Kamera odkażająca.

Ceny: Utrzymanie (6 posiłków dziennie) wraz ze światłem, opałem, kąpielami, opieką lekarską oraz wszelkimi leczniczymi zabiegami wynosi 9 koron dziennie.

Pokój od 2 koron na dobę. Powozy na zamówienie do pociągów. **Poczta, telefon i telegraf** w samem Sanatoryum. 217



KAROL GUST. HILDEBRANDT
Kraków, ul. Basztowa 19.

I. Galicyjski Zakład techniczny szklanych wyrobów naukowych.

Przyjmuje wszelkie naprawy.

Specyalność: termometry lekarskie precyzyjne ze szkła normalnego. Wyrób premiowany.

Przyjmuje używane rurki (futerały) z termometrów.

Dostawca wielu klinik i szpitali. — Liczne świadectwa pp. lekarzy — Cenniki na żądanie.
208

1902. Vyškov. Srebrny medal wystawy. Vyškov, 1902.

Linimentum Mentholi Chloroformiatum

compos. (Lin. mentholi chlorof. comp. aptekarza Fr. Sedláčka). Mag. farm. Franciszka Sedláčka, aptekarza w Kyjove (Gaya) na Morawach, odpowiada swym składem i ceną zupełnie wymaganiom ustawy, a jest znakomitym środkiem w **gośćcu, dnie**, gośćcu mięśniowym, w bolesnych cierpieniach narządu słuchowego zapomocą wcierań w okolicę ucha, w **nerwobolach**; działa pewnie przeciw gośćcowym bólom głowy i zębów, przeciw zwiotczeniu mięśni po wytężającej pracy, długich pochodach i wycieńczających chorobach.



Linimentum mentholi chlorof. comp. jest prawnie zabezpieczone od naśladowań znakiem ochronnym, obok podanym i zarejestrowaną nakrywką flaszek. Należy żądać i zapisywać zawsze wyraźnie **Linim. menth. chloroform.** compos. orig. Fr. Sedláčka.

Skład główny dla Austro-Węgier prócz Czech, Moraw i Śląska **Bruno Raabe**, Wiedeń V/1, handel leków i chemikaliów en gros, Wehrgasse 16; dla Czech, Moraw i Śląska **Milde & Rössler**, handel leków i chemikaliów en gros w Pradze. 221

Ceny: Wielka flaszka K. 2·20, mała K. 1·10 — Zamówienia pocztą wysyła się natychmiast. Mniej niż 2 flaszki nie wysyła się.

Lekarze, utrzymujący aptekę domową, otrzymują 30% opustu.

Duotal

Duotal »Heyden« przetwór gwajakolowy bez zapachu i smaku, zawierający przeszło 90% związanego, w ustroju się uwalniającego, a więc skutecznego gwajakolu, który chętnie używają i dobrze znoszą chorzy wybredni. Nie drażniący, nie trujący. Znakomicie działa w **gruźlicy płuc i przewlekłych nieżytach dróg oddechowych. Odkaża jelita w durze i zapaleniach kiszek.**

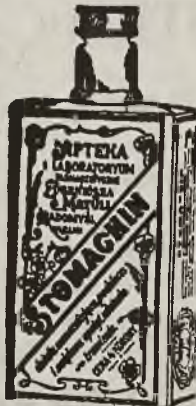
Duotalowe kołaczyki »Heyden« po 0,3 i 0,5 g.

Salocreol

Połączenie skutecznych części składowych kreozotu i kwasu salicylowego. Używany do leczenia zewnętrznego **gośćca mięśniowego i stawowego, zniekształtnień gośćcowych, róży** — w zapaleniach **gruczołów chłonnych**, zwłaszcza na tle zołzowem. Miejscowe wcierania lub pędzlowania od 3 do 15 g raz lub kilka razy dziennie, aż do 30 g dziennie.

Próbki i literaturę przesyła

Chemiczna fabryka Heydena, Redebeul-Drezno.
2d



Laboratoryum chem. farm. Eugeniusza Matuli, Radomyśl koło Tarnowa, poleca jako znakomity środek dyetetyczny:

„STOMACHIN"

który w zaburzeniach żołądkowych działa znakomicie. Ułatwia trawienie, wzmacnia, zwiększa apetyt, etc.

Wyrabiam dwojaki a to: sam jako Stomachinum i z dodatkiem Acid. cynamillo. a to 0.35. na 200 gramów. Sposób użycia: 2—3 razy dnia mały kieliszek. — Cena małej flaszki 2 koron. Całej 4 koron. — Do nabycia w aptekach. — Próbki dla WWPP. Lekarzy gratis i franco.

Rok XLIII. Kraków 26 Listopada 1904. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału laryngologicznego Prof. Pieniążka w Krakowie.

Ciała obce w nosie, gardle i przełyku, wydobyte w przeciągu ostatnich dwu lat.

Podał

Dr. Franciszek Nowotny,

Asystent oddziału.

W jednym z ostatnich numerów „Monatschrift für Ohrenheilkunde sowie für Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten" opisałem cztery przypadki ciał obcych, wydobytych jużto z krtani, jużto z oskrzeli (2 z krtani i 2 z oskrzeli). W ten sposób łącznie z ciałami obcemi, opisanemi przez Prof. Pieniążka (*Monatschrift* 1903, Nr. 12), mielibyśmy całkowity obraz ciał obcych, wydobytych w naszym oddziale z krtani, tchawicy i oskrzeli. Obecnym zamiarem moim jest rzut oka na ciała obce, wydobyte w ostatnich dwóch latach z nosa, gardła i przełyku. Główny nacisk kłaść będę na metody, używane w naszym oddziale przy wydobywaniu ciał obcych. Większość przypadków opiszę pobieżnie, dłużej zaś zatrzymam się tylko na przypadkach, mogących wzbudzić większe zainteresowanie u czytelnika.

Rozpoczynając od ciał obcych, wprowadzonych jużto dobrowolnie, jużto wbitych od zewnątrz do nosa, odrazu zwrócić musimy uwagę, iż przeważnie spotykamy je w prawej połowie nosa, mianowicie razy 8 na 10 przypadków. Tłómaczy się to większą łatwością wprowadzania ciała obcego ręką prawą do nozdrza prawego. Co się tyczy jakości tych ciał, to były to: 4 razy groch, dwa razy fasola, po jednym razie odłamana blaszka ze spinki, guzik kauczukowy, patyk drewniany długości 3 ctm., szerokości 1 ctm., ząb sieczny u dziewczynki 8-letniej. Pacyenci byli w wieku od 2 do 8 lat. W przypadku wbitego do nosa patyka z wywiadów dowiedzieliśmy się, że dziecko przed 4 miesiącami upadło, poczem nastąpił krwotok nosowy. Do szpitala przywieziono dziecko dopiero wtedy, gdy wystąpiło zupełne prawie zatkanie nosa, połączone z wydzieliną cuchnącą, ropną i wypryskiem na nosie i wargach. W innych przypadkach zgłoszono się najpóźniej po kilku dniach; obecność ciała obcego zdradzała się zwykle zatkaniem nosa i wydzieliną śluzowo-ropną. Ciała te z łatwością dały się wyjąć, a tylko raz pewną trudność sprawiała fasola, która przy dokonywanych poza Krakowem próbach wydobycia przez lekarza, została wepchniętą głęboko do nosa. Ciała kuliste, jak groch, fasola, a znajdujące się w przedniej części nosa, wydobywamy łyżeczką, używaną do ucha; łyżeczkę wprowadza się poza ciało obce i wyważa. Wynikiem wyciągania ciał obcych okrągławych o powierzchni gładkiej szczypczykami bywa zwykle wepchnięcie ich w głąb. Inne ciała wydobyto pod kontrolą wzroku szczypczykami nosowemi. Tak też wyjęto raz fasolę i trzy razy groch.

Obok ciał obcych, wprowadzonych do nosa z zewnątrz, mamy do zanotowania dwa przypadki jednostronnych rinolitów i jeden przypadek zęba, wyrosłego z dna ku jamie nosa. Rinolity znaleźliśmy raz u dziewczyny 16-letniej, żalącej się na trwające już od sześciu miesięcy zatkanie nosa po stronie prawej i ropienie z wydzieliną cuchnącą; drugi raz u mężczyzny 20-letniego z podobnymi objawami. W przypadku pierwszym przy rinoskopii widać było tylko bujającą ziarninę, pokrywającą ciało obce, które dopiero przy badaniu zgłębnikiem dawało się wyczuć jako ciało twarde o powierzchni nierównej. Po wyjęciu ciała obcego i usunięciu ziarniny zauważono owrzodzenie muszli dolnej z wydzieliną śluzowo-ropną. Rinolity były podłużne o brzegach i końcach ostrych; wyjęte zostały częścią szczypczykami nosowemi, przeważnie zaś pętlą, którą zakładano naokoło rinolitu i następnie z pewną siłą pociągnięto ku zewnątrz. Przyczyn, wywolujących powstawanie tych kamieni, w obu przypadkach nie można było wykazać.

W przypadku trzecim rinoskopia przednia i tylna dawała obraz tylko przerostu błony śluzowej muszel nosowych tak, iż choremu zakokainowano już błonę śluzową nosa ze strony prawej w celu usunięcia przerosłych części błony śluzowej. Dopiero po skurczeniu się błony śluzowej wskutek zakokainowania zauważono, iż dno nosa jest wzniesione, powierzchnia wzniesienia była nierówna, barwy ciemno-szarawej; badanie zaś zgłębnikiem wykazało obecność ciała, leżącego podłużnie na dnie nosa, o powierzchni nierównej, chropowatej; pod ciało to od przodu można było podejść zgłębnikiem i nieco je podważyć. Wszelkie usiłowania wydobycia tego ciała szczypczykami nie udały się; dopiero po podważeniu dłutkiem wydobyto je szczypcami, przyczem oderwano także blaszkę górną kości podniebiennej. Był to ząb (sieczny), ułożony poziomo w ten sposób, iż część jego, zwrócona ku przodowi, to jest korona zęba, leżała na dnie nosa wolno, część zaś tylna tkwiła pomiędzy blaszkami kości podniebiennej.

Jednym z rzadszych przypadków nieprawidłowego wyrośnięcia zęba jest następujący: w maju r. 1904 zgłosiła się dziewczyna w wieku 9 lat z rozdęciem jamy szczękowej lewej; rozdęcie obejmowało twarzową powierzchnię kości szczękowej; w jednem miejscu tego wydęcia czuć było można miejsce, jakby naginające się pod uciskiem palca; rozdęcie kości było o tyle znaczne, iż wywoływało asymetryę twarzy, widoczną na pierwszy rzut oka. Dno jamy nosowej

wzniesione, obrzmienie błony śluzowej muszel i wpuklenie ściany zewnętrznej jamy nosowej lewej; ropy w nosie nie widać. Nakłucie, wykonane przez przednią ścianę kości szczękowej, wykazało obecność cuchnącej ropy. W uśpieniu przystąpiono do szerokiego otwarcia jamy szczękowej od *fossa canina* (prof. Pieniążek); otwór zrobiono tak wielki, iż wygodnie można było nietylko obejrzeć, ale i małym palcem obmacać całą wewnętrzną powierzchnię jamy; otóż w kącie przednim na przejściu powierzchni przedniej w zewnętrzną można było widzieć dokładnie ciało, ułożone pionowo; ciało to w dolnej swej części leżało w kieszonce z błony śluzowej; część górna, a mianowicie korzeń zęba, sterczał wolno do jamy; ciało to wyjęto szczypczykami; był to ząb sieczny. Leczenie następowe polegało na wytamponowaniu jamy gazą jodoformową; po kilku dniach gazę wyjęto i przestrzykiwano jamę kwasem borowym i z tem poleceniem chora odeszła do domu. Z przewodu ślinianki podszczękowej lewej wydobył prof. Pieniążek kamyk, ważący 7·75, kształtu płasko-gruszkowatego.

Ciał obcych, uwięźniętych w migdałkach, mamy do zanotowania z ostatnich dwóch lat zaledwie kilka; w dwóch źdźbło słomy; wyjęcie w obu przypadkach było łatwe z powodu wystawania końca na zewnątrz migdałka; w trzech przypadkach mieliśmy do czynienia z ością ze śledzia; i tu znowu w dwu przypadkach ciało obce było widoczne i dało się wyjąć; — w przypadku trzecim okiem niczego dostrzedz nie było można, tylko dotykiem wyczuwało się w zaułku górnym migdałka lewego sterczący koniec cienkiej kości; ciała tego nie udało się wydobyć; pomimo wezwania chory już więcej na oddział nie zgłosił się.

Więcej zainteresowania wzbudzić mogą następujące przypadki:

1) 40-letnia wieśniaczka miała zadławić się kością; drugiego dnia wystąpiły silne bole przy łykaniu; próby wydobycia, dokonywane przez lekarza na prowincyi (prawdopodobnie przy pomocy gąbki), nie odniosły skutku, a nawet, według podania chorej, wywołały pogorszenie. W tydzień po zachłyśnięciu się zjawia się chora w naszym oddziale; badanie wykazało: silne zaczerwienienie i nieznaczne wypuklenie tylnej ściany gardła; po stronie lewej obrzmienie błony śluzowej zatoki gruszkowatej (*sinus pyriformis*), fałdu nalewkowo-nagłośniowego, chrząstki nalewkowej, więzadła fałszywego, — obrzmienie pod więzadłem prawdziwem; ruchomość strony lewej upośledzona, zwężenie krtani nieznaczne. Ciała obcego nie znaleziono. Popołudniu tegoż samego dnia wystąpiło znaczne obustronne obrzmienie szyi, większe atoli po prawej, szyja przy obmacywaniu bardzo bolesna, zwiększenie się obrzęku krtani, szczególnie w części podwięzadłowej tak, iż musiano wykonać *cricotracheotomię*. Wieczorem tegoż samego dnia nastąpiło poronienie płodu 6-miesięcznego. Po dwóch tygodniach obrzmienie krtani i obrzmienie i bolesność bocznych ścian ustąpiły, zato już przy pierwszem badaniu zauważone lekkie wypuklenie tylnej ściany gardła znacznie się powiększyło; wypuklenie to było rozlane; szczyt jego odpowiadał wysokości wierzchołka nagłośni. Wypuklenie to naciął Prof. Pieniążek szeroko nożykiem krtaniowym, ropy jednak nie znaleziono. Drugiego dnia w miejscu nacięcia widoczny był czop szarawo biały, przy pociąganiu którego kleszczykami wydobyto strzęp obumarłej tkanki długości około 8 ctm.; była to prawdopodobnie obumarła powięź przykręgowa; przez otwór ziejący wchodzi się do szerokiej jamy pomiędzy błoną śluzową gardła, a kręgosłupem. Jama ta, jak i otwór, wygoiły się w krótkim przeciągu czasu tak, iż w miesiąc po przybyciu, chora zupełnie zdrowa, bez kaniuli, z zarośniętą przetoką odeszła do domu.

Przypadek ten tłómaczy się w sposób następujący: chora udławiła się kością i to prawdopodobnie kością dość wielką i o ostrych końcach; kość ta wbiła się pod błonę śluzową gardła od strony lewej, tu bowiem spotkaliśmy obrzmienie odczynowe w krtani i zatoce gruszkowatej. Kość ta prawdopodobnie przy ruchach połykowych wskutek skurczu dolnego zwieracza połyku została wepchniętą głębiej. Działanie to należy tłómaczyć sobie w sposób następujący: obecność ciała obcego wywoływała skurcz mięśnia zwieracza, zwiększający się przy każdym ruchu połykowym; ruchy zaś połykowe z powodu następowego obrzmienia błony śluzowej i zwiększonej wydzieliny śluzu były coraz częstsze, następstwem czego było coraz głębsze wbijanie się ciała obcego pod błonę śluzową. Prawdopodobnie przy próbie wydobycia, dokonywanej w dwa dni potem, ciało obce wysunęło się z pod błony śluzowej, dostało się przez przełyk do żołądka i przez przewód pokarmowy niepostrzeżenie wyszło na zewnątrz. Przez wbicie atoli ciała obcego powstało ropne zapalenie pod błoną śluzową z następowem obumarciem powięzi przykręgowej; obrzmienie zaś krtani, zatoki gruszkowatej i szyi trzeba uważać jako ostre obrzmienie odczynowe.

2) Pacyentka 50-letnia przybywa w 24 godzin po udławieniu się kością z kurczęcia. Badanie wykazało: bolesność uciskowa w okolicy chrząstki tarczykowej prawej, obrzmienie bocznej prawej ściany gardła, zatoki gruszkowatej, chrząstki nalewkowej, fałdu nalewkowo-nagłośniowego i nieruchomość strony prawej krtani. W obu zatokach gruszkowatych znaczne nagromadzenie się śluzu; z objawów podmiotowych silny ból przy połykaniu śliny i płynów, niemożność połykania potraw stałych. Ciała obcego nieznaleziono; obmacywanie zgłębnikiem zatoki gruszkowatej dało wynik ujemny. Wobec tego przypuszczano, iż ciało obce albo zostało wbite głęboko, lub też wpadło do przełyku. Dopiero trzeciego dnia zauważyłem wysterczający z pośród nagromadzonego śluzu w zatoce gruszkowatej prawej biały punkcik, który był wierzchołkiem kostki; ciało to wyjąłem kleszczykami krtaniowemi. Była to cienka, długa na 5 ctm. kość, wbita prawdopodobnie w dno zatoki gruszkowatej. W przeciągu kilku dni następnych obrzmienie i nieruchomość strony prawej ustąpiły.

3) Kobieta 60-letnia połknęła przed 3 dniami kość; z powodu bolów przy połykaniu zgłasza się na oddział. Badanie wykazało obecność kości, długiej na jakie 6 ctm.; kość ta leży poziomo; jednym końcem jest wbita w tylną prawą ścianę gardła na wysokości wejścia do krtani; koniec drugi sterczy wolno popod więzadłem fałszywem lewem; w miejscu wbicia w ścianę gardła ograniczone wypuklenie, z którego wydobywa się ropa. Podczas usiłowanego wyjęcia kość wpadła do przełyku.

4) Zupełnie analogiczny przypadek obserwowałem u mężczyzny dnia 9/VIII 1904, z takim samym wynikiem przy próbach wyjęcia.

5) Dnia 19/X 1904 r. zgłosiła się dziewczyna 16-letnia, z zawodu szwaczka, podając, iż poprzedniego dnia połknęła igłę. Z objawów podmiotowych podaje, że czuje ból przy przełykaniu i przy ucisku przedniej części krtani. Badanie wykazało obecność igły, wbitej końcem ostrym w przedni kącik krtani zaraz popod więzadłami; koniec zaś drugi z uszkiem wbity w tylną ścianę gardła nad samą krtanią. Igła uszkiem swem zbacza nieznacznie ku stronie lewej. Po zakokainowaniu krtani usiłował Prof. Pieniążek najpierw ruchami szczypczyków krtaniowych (rowkowanych) ku przodowi uwolnić tylny koniec igły, a gdy to się nie udało, podważył szczypczykami igłę ku przodowi i wydobył ją, przyczem atoli odłamało się uszko od igły. Badanie zwierciadłem wykazało zaraz po wydobyciu szczelinę na tylnej ścianie gardła, w której pomimo poszukiwań uszka igły znaleźć nie było można. W 24 godzin po wydobyciu chora czuła jeszcze ból przy połykaniu i obmacywaniu przedniej części krtani; dnia następnego objawy te już znacznie się zmniejszyły.

(Dokończenie nastąpi).

II. Na czem polega obecne histopatologiczne rozpoznanie niedowładu postępującego?

Podał

Dr. med. i fil. P. Pręgowski (Lwów).

(Ciąg dalszy).

Doniosły warunek prawidłowego rozwoju psychiatryi stanowić muszą oczywiście badania histopatologiczne kory mózgowej. Dlaczego histopatologia kory mózgowej nie stoi dotąd wysoko, wspomniałem pokrótce poprzednio. Zrozumiemy to najlepiej, gdy choć pobieżnie rozejrzymy się w dotychczasowym rozwoju anatomii mikroskopowej ośrodkowego układu nerwowego. W rozwoju tym odróżniamy cztery okresy: pierwszy okres sięga do końca lat 60-tych; związane są z nim nazwiska Deitersa, Gerlacha, Maxa Schulzego. Według Deitersa wszystkie komórki nerwowe posiadają wypustki nerwowe, które on najściślej odróżnia od wypustek protoplazmatycznych. Komórkę nerwową określa też jako taką, która posiada wypustkę nerwową, t. j. pozostaje w związku z niewątpliwemi częściami nerwowemi. Wszystkie wypustki nerwowe, otrzymując osłonkę myelinową, przechodzą we włókna osiowe włókien nerwowych. Mamy więc tu uogólnienie odnośnego twierdzenia Remaka. Wszystkie włókna nerwowe pochodzą z wypustek nerwowych komórek nerwowych. Gerlach nieco odmiennie zapatruje się na ten przedmiot. Twierdzi on, w odniesieniu do powstania przednich i tylnych korzonków rdzenia, co później zostało uogólnione do całego układu nerwowego, że 1) nie wszystkie komórki nerwowe posiadają wypustki nerwowe, niektóre posiadają tylko wypustki protoplazmatyczne; że 2) nie wszystkie włókna nerwowe pochodzą z wypustek nerwowych komórek nerwowych, — niektóre wychodzą ze splotów, utworzonych przez rozgałęzienie wypustek protoplazmatycznych (t. zw. *Nervenfasernetzwerk*). Hipoteza ta, jak wspomniałem, została uogólniona do całego układu nerwowego i panowała do lat 90-tych, t j. do czasu powstania nauki o neuronach. Max Schulze widział we włóknach osiowych włókien nerwowych włókienka nerwowe (*Neurofibrillen*) i podaje, że wykazał je i w komórkach nerwowych, stanowisko, jak widzimy, to samo, na którem stoimy i obecnie.

Co się tyczy poglądów na istotę podpórczą, istniejących w tym okresie, zauważyć należy, iż istniała wówczas nauka o t. zw. *„schwammig poröse Grundsubstanz“*, mającej się znajdować pomiędzy komórkami nerwowymi, włóknami nerwowymi, tudzież w okach owej Gerlachowskiej siateczki. Istotę tę uważano za istotę międzykomórkową charakteru nienerwowego. Jak wiadomo, według obecnego zapatrywania Nissla, istota ta jest tem, czem jego *„das nervöse Grau“* i posiadać ma najwyższe swoiste funkcye nerwowe. Dalej część badaczy utrzymywała, że istota podpórcza w środkowym układzie nerwowym jest pochodzenia mezodermalnego i powstaje z wpuklenia się do tkanki nerwowej — opony miękkiej. — Deiters odmawiał charakteru nerwowego komórkom zw. *„Körner“* lub *„freie Körner“*, jakie znajdują się szczególniej przy naczyniach krwionośnych. Twory te uważał za równoważniki komórek (*Zell-Equivalente*) dla niedostatecznego rozwinięcia ich ciał protoplazmatycznych. Z pośród takich *„Zellequivalente“* opisał postać, nazwaną komórkami Deitersa, w których słabo widoczne ciało protoplazmatyczne posiada gładkie długie wypustki. Obecnie, jak wiadomo, nazywamy te komórki — komórkami pająkowatemi (*Spinnenzellen*), przyczem podnieść należy, że określenie „komórka pająkowata“ (*Spinnenzelle*) jest określeniem formy i że znamy conajmniej trzy różne przypadki, w których stosujemy to określenie.

Wreszcie co się tyczy układu naczyniowego — znane były t. zw. przestwory Robin-Virchowa, które Boll nazwał przybyszowymi (adwentycyalnymi) przestworami chłonnymi (*adventiticle Lymphräume*). Znano t. zw. przestwory Hisa t. zw. *perivasculäre s. extravasculäre*. Obersteiner potem przyjął istnienie t. zw. *pericelluläre Lymphräume*, które, jak przyjęto, znajdować się mają z poprzedniemi przestworami Hisa w połączeniu przy pomocy kanalików, mających się znachodzić w tkance nerwowej — i służyć do odżywiania komórek nerwowych. Jak wiadomo, istnieje obecnie przekonanie, że tak przestrzenie Hisa, jak i Obersteinera są artefaktami, otrzymały też nazwę *perivasculäre u. pericelluläre Schrumpfräume*.

Tak świetnie zapowiadający się rozwój histologii ośrodkowego układu nerwowego — został z końcem lat 60-tych przerwany nauką Meynerta, która też zapoczątkowała okres drugi w rozwoju badań ośrodkowego układu nerwowego, trwający mniej więcej od początku lat 70-tych do końca lat 80-tych, około więc lat 20. Okres ten bywa nazywany często w Niemczech okresem anatomii dróg nerwowych (*Faseranatomie*). Jak wiadomo, według wspomnianej nauki Meynerta wszystkie komórki nerwowe w środkowym układzie nerwowym mają tę samą budowę i tę samą funkcyę, a tylko od różnego połączenia między komórkami zależą różne funkcye ośrodkowego układu nerwowego. Tak n. p. rdzeń — według Meynerta — tylko dlatego nie spełnia tych samych funkcyj, co kora mózgowa, że nie posiada tak licznych i tak różnorodnych połączeń między komórkami nerwowemi.

Chcąc przeto poznać istotę tak różnorodnych prawidłowych i chorobowych procesów duchowych, — badać należy, mówi Meynert, owe połączenia i drogi nerwowe. Badanie komórek nerwowych i innych tkanek, np. kory mózgowej, schodzi wobec tego na plan podrzędny. Ta nauka Meynerta pobudziła do licznych badań nad drogami nerwowemi, a przedewszystkiem do poznania dróg piramidowych. Z początku tego okresu sporządzano skrawki przy pomocy dwuchromianu potasowego i karminu. Potem metodę tę zmieniła Weygertowska metoda, barwiąca osłonkę myelinową. Nadto postępowano według sposobów Guddena i Flechsiga. Równocześnie z powyższemi badaniami anatomicznemi fizyologia wykazywała na drodze doświadczalnej umiejscowienia funkcyi ośrodkowego układu nerwowego.

Co do wspomnianej nauki Meynerta zauważyć jeszcze należy, że w każdym razie Meynert uważa komórkę nerwową za pierwiastek swoiście nerwowo funkcyonujący, gdy, jak wiadomo, istnieje obecnie twierdzenie, że nim nie są komórki nerwowe. W każdym jednak razie stwierdzić należy, że — niezależnie od tego, czy komórkom nerwowym jest lub nie jest przypisywana swoista funkcya nerwowa, — nauka Meynerta, utrzymująca, że różnorodność funkcyi układu nerwowego polega na różnorodnych drogach nerwowych, — należy do przeszłości.

Okres 3-ci datuje się od początków lat 90-tych i znajduje się pod znakiem metody Golgiego. Rozpoczyna go nauka o neuronach. Cały układ nerwowy, — według tej teoryi, — to zbiór niezależnych od siebie tak pochodzeniem, jak i anatomicznie, odrębnych jednostek nerwowych (t. zw. neuronów). Każdą z nich stanowi komórka nerwowa, posiadająca wypustkę nerwową, która w jednych komórkach szybko po wyjściu rozgałęzia się, w innych na dłuższej przestrzeni zachowuje swą indywidualność i staje się włókienkiem osiowem włókna nerwowego. Niektórzy na tej podstawie odróżniali nawet dwa rodzaje komórek nerwowych (kom. nerw. o szybko się rozgałęziających i o nierozgałęziających się włóknach nerwowych). Wypustki nerwowe kończą się ślepo, lub kolbkami przy innych jednostkach nerwowych, mogą ich dotykać, ale się z niemi nie zrastają. Do tego odnoszą się owe znane *Kontaktteorie* i *Kontiguität-Teorie*. Oprócz wypustek nerwowych posiadają komórki nerwowe wypustki protoplazmatyczne, co do znaczenia których atoli już nie było takiej zgodności. Jak wiadomo, przeciwko teoryi tej o neuronach wystąpili w ostatnich czasach szczególniej Bethe i Nissl i niewątpliwie zwalili twierdzenie, jakoby w wykształconym układzie nerwowym (więc, jak mówimy, anatomicznie) komórki nerwowe były niezależnemi od siebie tworami, jakoby nie było między niemi owej *Kontiguität*, którą przeciwnie, oni czynią faktem niewątpliwym.

Pozostaje jeszcze w nauce o neuronach — wspomniane drugie twierdzenie o niezależności ich pochodzenia, którego przeciwnicy nauki o neuronach dotąd nie zbili, aczkolwiek sądzą, że to uczynili.

W okresie tym czyniono dalsze badania nad drogami nerwowemi, badano np. metodą Golgiego dalszy przebieg włókien, wychodzących ze znanych przez badaczy okresu 2-go większych dróg nerwowych. Nadto usiłowano też poznać bliżej pierwiastki komórkowe ośrodkowego układu nerwowego. Atoli na przeszkodzie lepszemu ich poznaniu stała niedostateczność metody Golgiego, a głównie następujące dwie jej wady: 1) że metoda ta daje nam nie wewnętrzną budowę, lecz zewnętrzne kształty komórek, i 2) że metoda ta nie jest dostatecznie elektywną, barwi jednakowo różne tkanki. Nic też dziwnego, że nie dała możności nawet ściśle odróżnić to, co jest komórką nerwową, od tego, co nią nie jest. Co się zaś tyczy znajomości tkanki podpórczej, to w okresie tym, dzięki barwieniu Golgiego, coraz więcej przyzwyczajono się do tego, że tkanka ta składa się z komórek, których ciało protoplazmatyczne posiada rozmaite wypustki.

A wreszcie w czasie obecnym mamy okres 4-ty badań anatomicznych ośrodkowego układu nerwowego, okres, szczycący się takiemi nazwiskami, jak Nissl, Bethe, Weygert, — którego główne wyniki są: bliższe poznanie wnętrza komórek nerwowych, które zawdzięczamy metodom Nissla i Bethego, tudzież bliższe poznanie tkanki neurogliowej, które mamy do zawdzięczenia przedewszystkiem Weygertowi. Jak okres poprzedni był pod znakiem nauki o neuronach, tak okres obecny cechuje szczególniej — walka z tą nauką.

Jeżeli zwrócimy teraz uwagę na rozwój histopatologii ośrodkowego układu nerwowego, to nie trudno będzie pojąć, że okresy 2-gi i 3-ci sprzyjać nie mogły temu rozwojowi: drugi, jak widzieliśmy, dlatego, że — wyrażając się nieco trywialnie, — czynić tego nie chciał, przypisując większe znaczenie badaniu tylko dróg nerwowych, trzeci zaś, że nie mógł z powodu niedostateczności metody Golgiego. Mimo to jednak zbadany i poznany został w owych czasach cały szereg faktów patologicznych. I tak — zauważono, że często, w przypadkach chorobowych wzmożona jest liczba komórek Deitersa. Zwrócono również uwagę na to, że często, wokoło naczyń, tudzież niekiedy naokoło komórek nerwowych znajduje się patologicznie zwiększona liczba jąder. Uważano tę sprawę za pozostającą w związku z procesami zapalnymi. Atoli tłómaczono sobie, zgodnie z nauką o zapaleniu, że te drobnokomórkowe nacieki są, jak sądzili jedni, ciałkami krwi, czy też, według zdania innych, zmienionemi pod wpływem sprawy zapalnej i nawróconemi do stanu embryonalnego komórkami nerwowemi, neurogliowemi albo komórkami ścianek naczyń. — Dalej, już w latach 50-tych, wskazał Türk, że po krwotokach itp. w ośrodkowym układzie nerwowym różne drogi nerwowe ulegają zwyrodnieniu, które łatwo poznać przy działaniu dwuchromianem potasowym. Wkrótce potem wskazał Türk, że mogą powstawać również i pierwotne zwyrodnienia dróg nerwowych.

Ale właściwe badania histopatologiczne mogły rozwinąć się dopiero z powstaniem metody, pozwalającej nam przeniknąć w wewnętrzną budowę komórek nerwowych. Taką metodą okazała się metoda Nissla; to też, pomimo swoich wad, stała się ona podstawą spółczesnej histopatologii ośrodkowego układu nerwowego, a przedewszystkiem kory mózgowej. Widzimy też, że dopiero w obecnym 4-tym okresie badań ośrodkowego układu nerwowego histopatologia kory mózgowej wstąpiła na właściwe tory. Choć istnieje ona stosunkowo tak niedługo, jednakże już można odróżnić w niej różne koleje rozwoju. A mianowicie — początkowo zwrócono się do wyszukiwania wyłącznie zmian w komórkach nerwowych. Nissl w tem wychodził z dawnego swego założenia, że komórki nerwowe są wyłącznie i specyficznie nerwową tkanką. Posiłkując się doświadczeniami, opisał on szereg zmian w komórkach nerwowych. Atoli zmiana poglądu Nissla na to, co jest specyficznie nerwową tkanką (nauka Nissla o *„nervöse Grau“*), osłabiła w nim dążenie do badania wyłącznego zmian w komórkach nerwowych. Z drugiej strony zasada klinicznej psychiatryi Kahlbaum-Kraepelinowska wywarła swój wpływ także i na badania histopatologiczne. Staramy się też obecnie w histopatologii kory mózgowej badać zmiany nietylko w jednym pierwiastku, ale we wszystkich tkankach kory mózgowej, nadto zaś o ile możliwe uwzględniać nietylko jakieś czasowe stany, okresy, lecz całe procesy, cały przebieg zmian chorobowych. (C. d. n.)

III. Kilka uwag o dychawicy oskrzelowej *(asthma bronchiale)*.

Podał

Prof. Dr. Pieniążek.

(Dokończenie.)

Napad dychawiczy poczyna się często od objawów nieżytu nosa, a często zatkanie nosa towarzyszy całemu na-

padowi; zauważono też nieraz u dychawiczych znaczną poprawę po usunięciu polipów nosa, lub wypaleniu przerosłej błony śluzowej muszel. Dało to powód do szukania związku pomiędzy dychawicą a cierpieniami nosa, które mają odruchowo wywoływać kurcz oskrzelek. Z całym zapałem głosił to zapatrywanie Hack, przyjmując cierpienia nosa jako przyczynę dychawicy wogóle, a Brügelmann wyszukuje nawet „punkty astmatyczne" w nosie, których zadrażnienie ma napad dychawicy wywoływać, a których zniszczenie najlepiej napadom zapobiega. Pewnego związku między dychawicą a cierpieniami nosa zaprzeczyć istotnie nie można; usunięcie polipów nosa lub przerostu błony śluzowej muszel sprawia bardzo często u dychawiczych znaczną poprawę; nie udaje się jednak zazwyczaj i w ten sposób dychawicy usunąć zupełnie i trwale, a czasem nawet zabiegi te żadnego skutku nie odnoszą. Z drugiej strony daleko częściej spotykamy te same zmiany w nosie u ludzi, którzy wcale na dychawicę nie cierpią. Tak więc przyjąć musimy, że związek między cierpieniami nosa a dychawicą oskrzelową u niektórych tylko osobników zachodzi. Cierpieniami nosa, które u nich napady wywoływać mogą, są wszystkie te, które wywołują zwężenie przewodów nosowych, względnie zatkanie nosa. Według mojego zdania związek ten polega nie na żadnej sprawie odruchowej, lecz na następstwach, do jakich prowadzi utrudnienie oddychania przez nos w pewnych warunkach i przy wrodzonem usposobieniu. Aby mianowicie przy zatkaniu nosa oddychanie ustami się odbywało, musi oddychanie nosem być wyraźnie utrudnionem, a utrudnienie to dojść musi do świadomości chorego; to też nie następuje ono tak łatwo we śnie, jak na jawie, a przytem następuje tem trudniej, im sen jest twardszy, a władze umysłowe mniej są czynne. Dlatego chorzy zupełnie nieprzytomni, jak czasem bywa w płonicy, równie jak noworodki i dzieci kilkotygodniowe, trzymają usta zamknięte nawet przy zupełnem zatkaniu nosa, a otwierają je dopiero po dochodzących najwyższego stopnia a bezowocnych wysiłkach wdechowych, aby wciągnąwszy powietrze, zamknąć je zaraz napowrót. Na mniejszą skalę dzieje się to samo we śnie, a zwłaszcza we śnie twardym i u małych dzieci; tu spotkać można nieraz oddychanie nosem utrzymujące się ciągle pomimo znacznego utrudnienia. Utrudnionym jest tu zarówno wdech, jak i wydech. Przy wdechu pracują mięśnie wdechowe dłużej i silniej, stąd też wdech jest wydłużony i nasilony, wydech zaś odbywa się biernie i tylko trwa dłużej; jeżeli jednak mimo wysiłków wdechowych zbyt mało powietrza do płuc się dostaje, to i wydłużenie wydechu nie jest znaczne. Im więcej nasilone wdechy doznają przeszkody we wciąganiu powietrza do płuc, tem bardziej ssąco działają na krew w żyłach, zwiększając jej spływ do prawej połowy serca, skąd się też ona w większej ilości do płuc dostaje; równocześnie zmniejsza się też z powodu obniżonego ciśnienia w klatce piersiowej odpływ krwi z żył płucnych do lewej połowy serca, a z niej do całego ciała z wyjątkiem narządów samej klatki piersiowej, do których krew tem łatwiej dopływa. Podczas wydechu dopływ krwi żylnej do prawej połowy serca, a z niej do płuc jest wprawdzie znowu mniejszy, a odpływ krwi tętniczej z płuc do lewej połowy serca i z niej do ciała znowu większy, nie w tym jednakże stopniu, aby przez to zmniejszyć się mogła ilość krwi, jaka się nagromadziła w płucach podczas wdechu; wydech bowiem jako bierny nie podniesie o wiele ciśnienia w klatce piersiowej, a przytem ciśnienie to zarówno działa na żyły płucne, jak i na przedsionki serca. Przy zwiększonym przypływie, a zmniejszonym odpływie krwi z płuc musi przyjść do ich przekrwienia i zastoiny krwi, zwłaszcza w drobnych żyłkach płucnych. Podobnież uledz muszą przepełnieniu krwią drobne żyłki oskrzelek, które z żyłkami płucnemi bardzo obficie się łączą, a to tem bardziej, że i w oskrzelkach, podobnie jak w płucach, z powodu obniżenia ciśnienia w klatce piersiowej podczas wdechu przypływ krwi tętniczej musi być zwiększony, a odpływ krwi żylnej zmniejszony, wydech zaś powstałego przez to nadmiaru krwi w naczyniach oskrzelowych usunąć nie zdoła. Skutkiem tego drobne żyłki oskrzelek tem łatwiej uledz muszą przepełnieniu krwią, bo obok zwiększonego jej dopływu i zmniejszonego odpływu pewną jej ilość bezpośrednio z żyłek płucnych dostawać mogą. Zaburzenia te w krążeniu łatwo się wyrównują na jawie, gdy po wysiąkaniu nosa i przeminięciu nabrzmienia muszel nos staje się dobrze drożnym, albo w potrzebie oddychanie przez otwarte usta się odbywa; u osób jednak, których nerwy naczynioruchowe są nadmiernie wrażliwe, może pod ich wpływem powstać przekrwienie żylne wyższego stopnia, a nawet przesięk w błonę śluzową oskrzelek, który ich światło zwężać będzie. Zapewne nie nastąpi to odrazu, ale dopiero po dłuższym czasie, w ciągu którego płuca każdej prawie nocy podlegały przekrwieniu; w końcu jednak przyjść może do tego, że przekrwienie to pod wpływem nerwów naczynioruchowych pierwej jeszcze powstanie, zanim przez utrudnienie wdechów mechanicznie wytworzyćby się mogło, albo też, że towarzyszyć ono będzie nabrzmiewaniu muszel nosowych, (które także na porażeniu ich nerwów naczynioruchowych polega) nawet, gdy oddychanie nosem nie jest utrudnione, albo też oddech odbywa się odrazu przez usta.

Za słusznością powyższego tłómaczenia przemawia to, że napady dychawicze krótkotrwałe powstają po największej części w nocy, t. j. wtedy, kiedy i przewody nosowe bywają bardziej zwężone z powodu, że przy leżeniu więcej krwi napływa do ciał jamistych muszel, a we śnie wydzielina nosowa nie zostaje usuniętą i łatwo wysycha. Przemawia za tem tłómaczeniem i to, że dychawica nie tam zwykle powstaje, gdzie nos jest zupełnie zatkany, a oddychanie stale tylko przez usta się odbywa, ale tam, gdzie zatkanie nosa jest niezupełne i niestałe; najczęściej wreszcie powstaje w tych warunkach dychawica już w wieku dziecięcym, t. j. wtedy, gdy z powodu twardego snu oddychanie pomimo utrudnienia zwykle przez nos się odbywa. Wreszcie zdarza się też dychawica oskrzelowa i przy utrudnieniu oddychania przez przerosłe migdałki podniebienne albo migdałek trzeci i poprawia się lub ustępuje po ich usunięciu; jeżeli się zaś wydarza rzadziej, niż przy zatkaniach nosa, to dlatego, że w tych stanach rzadziej oddychanie nosem tak znacznego doznaje utrudnienia. Przerosłe migdałki podniebienne pozostawiają bowiem zwykle poza podniebieniem dość miejsca wolnego dla lekkiego oddychania przez nos, a przerosły migdałek trzeci sprowadza nałogowe trzymanie ust otworem zwykle, zanim jeszcze oddychanie przez nos w znaczniejszym stopniu utrudnionem zostanie. Jeżeli mianowicie pomiędzy migdałkiem trzecim a nabrzmiałymi tylnymi końcami muszel dolnych dość jeszcze miejsca dla przejścia po-

wietrza pozostaje, to odchyli ono przy wdechu opadłe w tył na migdałek trzeci podniebienie miękkie, torując sobie drogę po za niem bez trudu; przy wydechu jednak zastaje drogę ku nosowi zamkniętą przez opadłe na trzeci migdałek podniebienie, a wtedy odchyla język i rozchyla wargi, wychodząc ustami. Przez to wyrabia się powoli bierne niedomykanie ust, które po pewnym czasie pozostaje nałogowo i na jawie, nawet wtedy, gdy oddech nosem może odbywać się zupełnie lekko. Dlatego w wyższym stopniu przerostu migdałka trzeciego, przy którym i wdech doznaje znacznego utrudnienia, usta bywają już zwykle nałogowo rozwarte i takiemi pozostają też we śnie, tak że do wysiłków wdechowych zazwyczaj już nie przychodzi. Może wprawdzie i przerost migdałków podniebiennych i migdałka trzeciego we śnie sprowadzać bardzo znaczne utrudnienie wdechu, wydarza się to jednak znacznie rzadziej, niż przy zatkaniach nosa, a tem samem rzadziej może być powodem powstania dychawicy oskrzelowej. Utrudnienie oddychania przez nos nie jest jednak wcale warunkiem koniecznym do powstania dychawicy i wielu chorych, cierpiących na napady dychawicze, nie doznaje go wcale. U innych powstają podczas napadu objawy nieżytu nosa, a nieraz nieżyty krtani i tchawicy tak, że następuje kichanie lub kaszlanie, w początkach nieraz bardzo uporczywe. Może tu napad dychawicy dołączyć się do zwykłego nieżytu nosa lub krtani, albo też objawy nieżytu mogą polegać na porażeniu nerwów naczynioruchowych, które równocześnie tak tu, jak i w oskrzelkach występuje. Z drugiej znów strony nabrzmiewanie muszel nosowych i utrudnienie oddychania przez nos niezawsze jednakowo wpływa u dychawiczych na powstanie napadu; widocznie wrażliwość naczynioruchowych nerwów oskrzelek bywa tu nietylko u różnych osób, ale nawet u tej samej osoby w różnych czasach różna tak, że te same bodźce nie zawsze jednakowo na nie działają. Szukano także związku dychawicy z innymi odległymi narządami, z którychby sposobem odruchowym napady wywołane być mogły. Z własnego doświadczenia nie umiałbym żadnego przykładu takiego związku przytoczyć; najbardziej możliwym wydaje mi się jednak związek z macicą, której cierpienia mogą czasem wywoływać, i to przez pośrednictwo nerwów naczynioruchowych, pewne zmiany nawet w odległych narządach. Sam doświadczyłem, że u ciężarnych powstaje po lekkich nawet zabiegach śródkrtaniowych nieraz niestosunkowo silne obrzmienie, a po nieco większych zabiegach operacyjnych powstać może obrzmienie bardzo znaczne, które nawet zwężenie krtani niekiedy sprowadza. Niezawodnie nie jest to bez wpływu nerwów naczynioruchowych, a wobec tego przypuścić mogę, że u dychawiczych stany chorobowe macicy, a nawet prawidłowa miesiączka, mogą w danym razie wywołać porażenie nerwów naczynioruchowych, które żyłki oskrzelek zaopatrują, a stąd w danych warunkach stać się powodem napadu dychawiczego.

Najmniej pewne są wnioski o istocie dychawicy, jakieby można wyciągać z działania środków leczniczych w jej napadach; do pewnego stopnia można jednakże i działanie niektórych leków w tym celu zużytkować. I tak największą ulgę w napadach dychawiczych sprawia bezwarunkowo podskórne zastrzyknięcie morfiny; po niem idą inne środki narkotyczne, jak zwłaszcza chloral i amylen, a wreszcie stramonium lub konopie indyjskie w formie papierosów. Wszystkie te środki sprawiają mniejszą lub większą ulgę choremu, chociaż nie zawsze pewnie działają; żaden z nich jednak nie jest w stanie przerwać samego napadu, a chociażby nawet uczucie duszności zupełnie ustąpiło, jak to zwłaszcza po wstrzyknięciu morfiny najczęściej bywa, to przecież objawy przedmiotowe zwężenia oskrzelek pozostają te same. Nie bardzo to przemawia za kurczem oskrzelek, który powinienby zwłaszcza po morfinie ustępować; widocznie więc działa ona tylko jako narkotyk, usuwający podmiotowe uczucie duszności. Swoją drogą mogą te środki, chroniąc od niepotrzebnego drażnienia oskrzelek kaszlem i nasilonymi oddechami, przyczynić się do szybszego przeminięcia napadu. Najczęściej jednak udaje się skrócić napad za pomocą sporych dawek jodku potasu, który jest środkiem pobudzającym wybitnie wytwarzanie się wydzieliny w drogach oddechowych. Skuteczność tego środka, który wreszcie także czasami zawodzi, przemawia więcej za tem, że dychawica jest sprawą do suchego nieżytu zbliżoną, niż żeby na kurczu oskrzelek polegała. Skuteczność większych dawek bromku potasu, którą wreszcie rzadko tylko stwierdzić można, odpowiadałaby równie dobrze kurczowi oskrzelek, jak i zboczeniom w zakresie nerwów naczynioruchowych; może, co prawda, więcejby się po tym środku spodziewać można skutku w naczynioruchowym kurczu, niż w porażeniu. Jako środek, który jest w stanie napad dychawicy przerwać, zaleca Goldschmidt (*l. c.*) parówkę i wogóle nadmierne przegrzanie ciała; (sam nie mam pod tym względem własnego doświadczenia). Nie sądzę, żeby to mogło usunąć kurcz oskrzelek, którego morfina użyta podskórnie usunąć nie zdoła; natomiast łatwo mi się tłómaczy, że przy rozszerzeniu skutkiem ciepła naczyń całej skóry, które przytem i po za skórę w głąb sięgać musi, krew z lewej komórki obficiej będzie odpływać, a przez to mniej się jej gromadzić będzie w klatce piersiowej, zwłaszcza, że obfite poty prowadzić muszą do pewnego zagęszczenia krwi, której przez to na ilość mniej już będzie w układzie naczyniowym, a tem samem mniej ona już może rozszerzać żyłki płucne i oskrzelowe. W podobny też sposób działać może na napad dychawicy gorączka (też twierdzenie Goldschmidta), w której naczynia ciała, a zwłaszcza skóry, zostają rozszerzone; podobny też być musi wpływ baniek, które stawiane na klatce piersiowej nieraz w napadzie dychawiczym znaczną sprawiają ulgę. Bańkom trudno już przypisać wpływ na kurcz oskrzelek, gdy natomiast odciągnięcie krwi od wnętrza klatki piersiowej do jej powierzchni jest w ich działaniu widocznem. Wspomnieć tu jeszcze winienem o samoistnem wyleczeniu dychawicy, jakie się nieraz z wiekiem wydarza. Goldschmidt na podstawie swego doświadczenia twierdzi, że wyleczenie to następuje w miarę wytworzenia się rozedmy płuc. Oczywiście chodzi tu o wyższe stopnie rozedmy; niższe bowiem u dychawiczych zwykle się spotyka; przy wyższych zaś wytwarza się także nieraz ogólne rozdęcie oskrzelek *(bronchiectasia diffusa)*, których mięśnie z czasem kurczliwość swą utraciły. Do tego też odnosi Goldschmidt brak napadów dychawiczych w okresie rozedmy płucnej; ja zaś tłómaczę to sobie tem, że rozdęte oskrzelka nie mogą być już pomimo obrzmienia ich błony śluzowej w tym stopniu zwężone, by oddech znacznie utrudniały. Przytem postępujący zanik płuc i ich naczyń musi się i na oskrzelka, zrazu najdrobniejsze,

później większe, rozszerzyć; i tu musi przyjść z czasem do zaniku naczyń, a stąd i ścieńczenia błony śluzowej, która się już staje niezdolną do znaczniejszego obrzmienia. Skutkiem zaniku naczyń cierpi także odżywianie się warstwy mięsnej oskrzelek, która też powoli zanika, umożliwiając przez to powstanie rozszerzenia się oskrzelek.

W innych razach natomiast wytwarza się po długiem trwaniu dychawicy i częstych powrotach jej napadów stałe obrzmienie błony śluzowej oskrzelek, które już nie ustępuje więcej, a zwiększając się od czasu do czasu, wywołuje jeszcze napadowe pogorszanie się oddechu, albo też zmniejsza się jeszcze przytem czasowo, by wkrótce znowu powrócić do dawnego stanu. Na tem polegają przypadki dychawicy, które Goldschmidt jako *„asthma permanens"*, albo jako *„asthma chronicum"* określa. Ostatnie przypadki nasuwają nam pytanie, czy też i w zwykłej napadowej dychawicy nie bywa czasem błona śluzowa oskrzelek przez czas dłuższy w mniejszym stopniu stale obrzmiałą. Mały stopień obrzmienia mógłby nie wywoływać, zwłaszcza przy dość spokojnem zachowaniu się, żadnych objawów, a usposabiałby do powstawania napadów dychawiczych, gdyż małe zwiększenie się obrzmienia mogłoby już zwężenie oskrzelek sprowadzić. Stanowczo przyjąć to musimy w tych przypadkach, w których przychodzą okresy, w czasie których objawy nieżytu nie ustępują po napadach w zupełności, a napady dychawicze bardzo często, czasem każdej nocy się powtarzają, a potem znowu okresy, w których przez czas dłuższy niema objawów nieżytu, a napady nie występują wcale. Możebnem jest jednak, że i w niektórych innych, a może i we wszystkich przypadkach dychawicy oskrzelowej błona śluzowa oskrzelek jest już bądź to z natury, bądź też skutkiem przebytych uporczywych nieżytów oskrzelowych, które często powstanie dychawicy poprzedzają, grubsza i pulchniejsza, albo w pewnym stopniu stale obrzmiała tak, że silniejsze jej obrzmienie tem łatwiej nastąpić może, a przez to światła oskrzelek, które tu stale węższemi, niż w stanie prawidłowym być muszą, tem łatwiej jeszcze większemu zwężeniu ulegają. Nie sprzeciwia się to w niczem temu, co powyżej powiedziano: nerwy naczynioruchowe mogą wywoływać tem łatwiej obrzmienie, im znajdą grunt bardziej po temu przysposobiony. Przypuszczenia te dałyby się stanowczo potwierdzić lub zaprzeczyć, gdybyśmy mogli badać za pomocą wzroku oskrzelka u dychawiczych i to tak dobrze podczas napadów, jak i w czasach zupełnie od nich wolnych. Mogłaby tu oddać pewne usługi bronchoskopia, pozwalająca nam przynajmniej początki oskrzeli trzeciorzędnych oglądać; jest ona jednak zbyt przykrą dla chorego, by ją bez ścisłych leczniczych wskazań stosować można. Ja miałem dotąd tylko raz sposobność wykonać badanie przy tracheoskopii górnej w dychawicy oskrzelowej. Było to dziecko $2^1/_2$ letnie, u którego wystąpiło nagle utrudnienie oddechu, a zwłaszcza wydechu, przy którym obok zbliska słyszalnego szmeru zwężenia stwierdzić było można na klatce piersiowej suche szmery wydechowe. Zachodziło tu podejrzenie wpadnięcia ciała obcego do tchawicy. Przy badaniu wykonanem pod chloroformem znalazłem dolną część tchawicy, jej klin podziałowy, oraz oba oskrzela bardzo silnie zaczerwienione, ich błonę śluzową obrzmiałą, w oskrzelach przytem trochę śluzu białego, który dla obejrzenia ich musiałem usunąć; ciała obcego wcale nie znalazłem. Obrzmienie było tak znaczne, że już początki oskrzeli okazywały się zwężone. Potem dowiedziałem się, że u dziecka, które leżało na klinice prof. Jakubowskiego, już na drugi dzień oddech stał się lekki i znikły wszystkie objawy nieżytu. Wobec tego muszę zgodnie z prof. Jakubowskim całą tę sprawę uważać za napad dychawiczy, który już u $2^1/_2$ letniego dziecka wystąpił, jak to się wreszcie, rzadko wprawdzie, ale przecież czasami wydarza. W przypadku tym zostało zatem podczas napadu dychawiczego stwierdzone za pomocą wzroku obrzmienie błony śluzowej oskrzeli głównych i klinu podziałowego tchawicy; sądzę jednak, że również musiała być obrzmiała błona śluzowa gałęzi głównych oskrzeli i, że głównie ich zwężenie utrudniało oddech. Było to dziecko $2^1/_2$ letnie, a stąd małe oskrzela drugorzędne już uledz mogły znacznemu zwężeniu; u starszego z powodu większej szerokości oskrzeli zwężenie wystąpiłoby mogło w całej pełni dopiero w dalszych ich rozgałęzieniach, nie posiadających już chrzęstnych pierścieni, czyli w oskrzelkach. Jak daleko w ogóle obrzmienie błony śluzowej na rozgałęzienia oskrzelek w dychawicy się rozszerza, wnosić możemy głównie z wykrztuszonych skrętków Curschmanna, których grubość jednak odpowiada już zwężonym przez obrzmienie światłom oskrzelek. Obrzmienie błony śluzowej rozciągać się wreszcie może na bliższe lub dalsze rozgałęzienia oskrzelowe, a od tego, równie jak i od stopnia obrzmienia, oraz ilości i gęstości wydzieliny, zależeć będzie natężenie napadu dychawiczego. Z drugiej strony, im węższe oskrzela, bądź o z powodu wieku dziecięcego, bądź też z powodu wrodzonej lub nabytej grubości ich błony śluzowej, w tem wyższych ich rzędach przy tym samym stopniu obrzmienia zwężenie powstać już może. Rozszerzenie się całej sprawy ku górze bywa także w napadach dychawiczych różne; w przypadku powyższym zajętą była dolna część tchawicy, a najsilniejsze zmiany stwierdzić było można na jej podziale i początkach oskrzeli. Nieraz też w czasie napadów dychawiczych spotyka się mniej lub więcej wyraźne objawy nieżytu tchawicy, a nawet krtani, w innych zaś razach niema ich wcale; często zaś, jak to już wspomniano, występują przytem objawy nieżytu nosa. Wskazuje to, jak rozległa przestrzeń w dychawicy równocześnie cierpieniu ulegać może i poucza nas, że nawet, gdybyśmy przypuścili stałe zgrubienie lub obrzmienie błony śluzowej oskrzelek jako podstawę, na której dychawica się rozwinąć może, to i tak dla samych napadów dychawiczych przyczyny szukać musimy w nerwach naczynioruchowych.

Podobny do dychawicy obraz przedstawiać też może zwężenie oskrzeli przez błony włóknikowe powstałe w dławcowem zapaleniu ich, przy którem wydech bywa wyraźnie więcej, niż wdech, utrudniony. Podobny wreszcie obraz może dać zwężenie tchawicy lub obu oskrzeli głównych przy ich odejściu (n. p. z powodu ugniecenia miejsca podziału od dołu), jeżeli przytem głównie wydech doznaje utrudnienia, jak to w zwężeniach tchawicy nieraz się wydarza. Przypadki tego rodzaju mogą być powodem pomyłek rozpoznawczych, od których tylko dokładne badanie uchronić może. Nie łatwo natomiast pomieszać można dychawicę oskrzelową z tymi przypadkami zwężeń tchawicy lub krtani, w których głównie wdech doznaje utrudnienia. To też z nazwą „dychawica" (*asthma*) nie spotykamy się wogóle w tych stanach chorobowych, w których powietrze z trudem do płuc się

dostaje, albo nie może się dostać w dostatecznej ilości, ale w tych, w których dochodzi ono z łatwością i w ilości dostatecznej, a pomimo tego chory odczuwa brak tlenu, czyli duszność. Duszność ta pochodzić może stąd, że wydalenie powietrza już zużytego przy wydechu napotyka przeszkody, a przez to nadmiar jego rozcieńcza zbyt silnie tlen wciągniętego przy wdechu powietrza, albo też, że powietrze wciągnięte samo przez się nie jest w stanie zaspokoić potrzeby ustroju. Są to stany różne, mające jednak tę cechę wspólną, że występuje w nich duszność, pomimo że oddychanie nie wydaje się być utrudnionem; stąd też w obu spotykamy, jeżeli występują napadowo, nazwę „dychawica" *(asthma)*, której rodzaj dopiero dodany przymiotnik określa. W rzeczywistości niema tu tylko utrudnienia wdechu, wydech zaś może być albo nie być utrudnionym; to jednak nie tyle samo w oko wpada, ile daje się dopiero spostrzedz przy ściślejszem badaniu. Stany, w których wydech napotyka przeszkody, łączą się pod względem klinicznym z innemi zwężeniami oskrzeli tak, że zasługiwałyby na nazwę wskazującą zmianę chorobową w oskrzelach. która je wywołuje, gdyby co do istoty choroby zgodność zapatrywań panowała; w każdym razie utarta nazwa dychawicy oskrzelowej (*asthma bronchiale*) odgranicza je ściśle od innych cierpień. Inne rodzaje dychawic, t. j. te, przy których wydech nie doznaje żadnego utrudnienia, przedstawiają sprawy zupełnie różne od dychawicy oskrzelowej; przytem same mogą być rozmaite, zależnie od przyczyny, która je wywołuje, a którą dodanym przymiotnikiem określamy, jak *„asthma cardiacum,"* *„uraemicum"*, *„toxicum"*. We wszystkich oddychanie jest lekkie, ale oddech nie zaspokaja potrzeb ustroju; dlatego powstaje uczucie duszności, a oddechy stają się głębsze i częstsze. Do tego rodzaju dychawic zaliczyć można napady duszności, powstające czasem u histeryczek na tle przeczulicy lub samopoddawania, dla których nazwa dychawicy nerwowej (*asthma nervosum*) byłaby najodpowiedniejszą. Nad tymi rodzajami „astmy", jako zupełnie różnemi od dychawicy oskrzelowej, nie mam zamiaru tu się zastanawiać.

IV. Oceny i sprawozdania.

Z dziejów medycyny w państwie Mikada.

Napisał

Dr. Adam Langie.

Źródła. Wieki upłynęły, zanim Europa zebrała garść wiadomości o kraju „wschodzącego słońca", którego synowie w podziw wprawiają świat cały, porwawszy się do srogich a krwawych zapasów z olbrzymem północy — zapasów, których ani końca, ni następstw, ni wpływu na ukształtowanie się przyszłych politycznych stosunków dziś jeszcze przewidzieć nie można. A jednak lud, zamieszkujący te na krańcach dalekiego wschodu położone wyspy, żył i rozwijał się już na kilkaset lat z górą przed naszą erą, przesiąknięty zrazu odwieczną cywilizacyą sąsiednich Chin, dopóki, zetknąwszy się z Europejczykami, nie przejął od nich wszystkich najnowszych zdobyczy ducha ludzkiego, by pod ich wpływem dojść aż na takie wyżyny, że już nie samym tylko orężem, lecz także i kulturalnym dorobkiem śmiało współzawodniczyć może z całym cywilizowanym zachodem starego lądu.

Mniej więcej do połowy XVI-go wieku o narodzie zamieszkującym Nippon, Jesso, Sikok i Kiou-Siou [1]) nie mamy żadnych wiadomości. Dopiero pierwszy Mendez Pinto, którego nazwać można Kolumbem Japonii, biorący udział w portugalskiej wyprawie na daleki Wschód, przewędrował w latach 1537—1558 Chiny, Indye i Japonię i rzucił pierwszy snop światła na kraj i ludzi tam żyjących. W ślad za nim wyruszyli w 1549 roku trzej uczniowie Lojoli, jezuici: Xaver, Fernandez i de Torres, niosąc tam pochodnię wiary chrześcijańskiej i skrzętnie badając nieznane im, dziwne zwyczaje mieszkańców.

Teraz już, gdy droga raz była wytknięta, rozpoczyna się prawdziwa wędrówka wypraw badawczych, które podejmują kolejno Portugalczycy, Hiszpanie i Holendrzy. Wyprawy te nie ustają w XVIII wieku, owszem spieszą na daleki Wschód badacze tej miary co Thunberg, Lapérouse i Laxmann, a w XIX wieku współzawodniczą w coraz lepszem poznawaniu nowego kraju Anglicy, Niemcy i Amerykanie z takim zapałem, że dzięki opisom znakomitych podróżników, jak: Pagès, Scherzer, Hoffmann, Siebold, Naumann, Rein, Marshall, Knipping, Drasche, Woolley, Schütt, Wojejkow poznaje Europa coraz lepiej ten odległy kraj, jego florę i faunę, sztuki, nauki i historyę.

Wszechstronne badanie Japonii przez wytrawnych podróżników odsłania nam niejeden szczegół i z dziejów sztuki lekarskiej, uprawianej tam od wieków, zwłaszcza, że między udającymi się do Japonii nie brak znakomitych przyrodników i lekarzy, co z zamiłowaniem właśnie ten temat opracowują, a wyniki swych spostrzeżeń w poważnych spisują dziełach.

Największe może zasługi pod tym względem położył niemiecki lekarz Engelbert Kaempfer, który przebywając w Japonii od roku 1690—1692, wiele pozostawił opisów. Szkoda, że znaczna ich część znajduje się tylko w rękopisach, będących obecnie własnością Muzeum brytyjskiego. Z ogłoszonych drukiem bardzo cenne szczegóły zawierają: »*Amoenitates exoticae*«; »*Icones selectae plantarum, quas in Japonia collegit*«; i wydana już po śmierci autora po angielsku: »*History of Japan and Siam*«.

W roku 1775 udaje się do Japonii profesor botaniki w Upsali Karol Piotr Thunberg, najsłynniejszy z uczniów Linneusza. Owocem jego badań są dzieła: »*Flora japonica*«; »*Resa uti Europa, Africa, Asia*« (Podróż po Europie, Afryce i Azyi), wreszcie trzytomowe »*Dissertationes academicae Upsaliae habitae sub praesidio C. P. Thunbergi*«.

Z prac późniejszych podróżników, którzy już w XIX wieku zwiedzili Japonię, przedewszystkiem na pierwszy plan wysuwają się dzieła Siebolda. Filip Franciszek Siebold wyjeżdża w charakterze lekarza z holenderską wyprawą w 1822 roku do Batawii, skąd wkrótce towarzyszy poselstwu holenderskiemu do Japonii, gdzie przebywa czas dłuższy, zdobywa sławę jako lekarz, a nawet zostaje powołany przez rząd japoński do nauczania cesarskich lekarzy w Jeddo [2]). Studya swe, podczas pobytu tamże zebrane, ogłasza w dziełach: »*Nippon, Archiv zur Beschreibung von Japan*«; »*Fauna japonica*»; »*Flora japonica*«; »*Bibliotheca japonica*«; »*Catalogus librorum japonicorum*«; »*Urkundliche Darstellung der Bestrebungen Niederlands und Russlands zur Eröffnung Japans*«.

W 1852 roku towarzyszy wyprawie amerykańskiej na wschód Azyi malarz Wilhelm Heine, który zabawiwszy dłuższy czas w Japonii, wydaje: »*Reise um die Erde nach Japan*»; »*Japan und seine Bewohner*»: »*Japan, Beiträge zur Kenntniss des Landes und seiner Bewohner*«.

Z innych prac o Japonii zasługują na uwagę zapiski i opisy trzech członków pruskiej wyprawy: Wernera, Marona i Spiessa, zebrane w urzędowem sprawozdaniu pod tytułem: »*Die preussische Expedition nach Ostasien*« — dalej następujące prace: Scherzer: »*Fachmännische Berichte über die österreichisch-ungarische Expedition nach Siam, China und Japan*«. Depping: »*Le Japon*«; Rosny: »*Extraits des historiens du Japon*«; Gryffis: »*The Mikados empire*"; Adams: »*History of Japan*«, i wreszcie wyczerpujące prace przeważnie z zakresu historyi medycyny japońskiej, ogłoszone przez berlińskiego okulistę Juliusza Hirschberga w *Deutsche med. Wochenschrift* z 1893 roku, oraz wyborne jego dzieło pod tytułem: »*Um die Erde*«, wydane w Berlinie 1894 roku.

Z badaczy, którzy pozostawili prace pomniejsze, dotyczące prawie wyłącznie historyi medycyny japońskiej, wspomnieć należy jeszcze o dwóch autorach XVIII wieku; którymi są Georgi i Ten Rhyne, a w XIX wieku T. E. Hoffmann.

[1]) Prócz tych czterech wysp zdobyta na Chińczykach w roku 1895-tym Formoza i setki małych wysepek stanowią bogate, ludne państwo Mikada. (Przyp. autora).

[2]) Największe miasto na wyspie Nippon, do którego w 1868 roku przeniósł Mikado swą stolicę, przezwawszy ją odtąd Tokio; liczy obecnie przeszło $1^1/_2$ miliona mieszkańców.

Rys historyczny. Na podstawie wyżej przytoczonych dzieł, uzupełniając wzajemnie opisy i spostrzeżenia tych różnych badaczy i posługując się rodzimemi japońskiemi źródłami, jakie oni streszczają, możemy zestawić w krótkości rys historyczny medycyny japońskiej, sięgając wstecz dość daleko, bo do VII-go wieku przed Chr.

Najnowsi historycy medycyny rozróżniają w dziejach medycyny japońskiej cztery następujące okresy: Okres pierwszy, najdawniejszy, mityczny, starojapoński, sięgający od nieznanych nam bliżej początków aż do roku 200 przed Chr. Okres drugi, w którym przeważa we wszystkiem, a więc i w medycynie, wpływ chińskiej kultury, od roku 200 przed Chr., aż do połowy XVI-go stulecia. Okres trzeci, od połowy XVI wieku do połowy XIX wieku, cechujący się napływem europejskiej cywilizacyi i powolnem wypieraniem przez nią dotychczasowej chińskiej. Okres czwarty, najnowszy, w którym medycyna japońska przyjmuje wprost już zasady medycyny europejskiej, zapoznając się w lot z najnowszemi odkryciami i wynalazkami, przyswaja sobie teorye, przyniesione hen z pracowni genialnych uczonych dalekiego Zachodu i rychło staje na poziomie współczesnej wiedzy, aby odtąd dotrzymywać kroku w szybkim pochodzie ku światła i prawdy wyżynom.

Nigdzie może tak wybitnie, jak w dziejach medycyny japońskiej nie uwydatnia się owa tylekroć dowiedziona prawda, że nauka idzie zawsze w parze z ogólnymi wypadkami historycznymi, że te ostatnie na różne jej wahania, na szybkość lub powolność tempa, jakiem kroczy w poszczególnych lat okresach, epokach i stuleciach, przeważny, wszechwładny wywierają wpływ. Dlatego też nie zrozumielibyśmy wielu rzeczy z dziejów rozwoju medycyny w Japonii, gdyby równocześnie nie oświetliły ich szczegóły ważnych wydarzeń ogólno-dziejowych, które zawdzięczamy już nie badaczom samej tylko historyi sztuki lekarskiej, lecz historykom w ogólnem tego słowa znaczeniu.

Okres pierwszy. Źródłem, z którego czerpać można wiadomości o najdawniejszych czasach historycznych Japonii, jest księga »*Kojiki*“, co znaczy „notatki o dawnych rzeczach“, obejmująca historyę kraju wstecz aż po rok 660 przed Chr., kiedy to Jimmu Tenno założył dynastyę, panującą aż do najnowszych czasów przez długi szereg stuleci. Czasy z przed VII-go wieku przed Chr. okrywa mgła mityczna, a z niej skąpe tylko wyzierają podania, sprzeczne i bałamutne.

Z okresu tego przechowało się podanie o dwóch bóstwach, które wprowadzić miały na ziemię sztukę leczenia i nauczyć ludzi przyrządzać różne nalewki i napary z roślin, skuteczne w wielu schorzeniach. Jest to więc jakby analogia do greckiego podania o Asklepiosie „brodatym, poważnym, lecz uprzejmym starcu z laską w dłoni, po której wąż się wspina“, jego żonie nazwiskiem Epione („ulgę przynosząca“) i córce Higiei, „młodej mile uśmiechniętej bogini z wężem w ręku, podobizną zdrowia, któremu żer w czarze podaje“. Lecz owe bóstwa japońskie są całkiem realistycznie pojęte w starych podaniach, jeżeli robią nawet sekcye zwłok małpich i różne próby z lekami, przez siebie sporządzonymi, aby wybadać skuteczność ich i wpływ leczniczy na ludzki ustrój. Przypominają więc raczej dzisiejszych uczonych, posługujących się nowoczesną metodą doświadczalną, niż owe bóstwa Hellenów, których moc leczenia owianą była czarem greckiej poezyi i osłonięta nimbem nadprzyrodzonej cudowności.

Późniejsze źródła wspominają, że już wtedy znano wiele gatunków roślin, mających własności lecznicze, że posługiwano się takimi zabiegami, jak przypalanie, nakłuwanie i rodzaj mięsienia, które nawet do poziomu osobnych specyalności podniesiono. Że dalej znano opatrunki przy ranach, cztery różne rodzaje tętna w stanach chorobowych, że starano się rozpoznać chorobę przez wypytywanie chorego (wywiady) i obmacywanie bolesnych części ciała; że używano środków moczopędnych i ściągających, a przeciw gorączce stosowano zimne kąpiele, które przetrwały aż do XII wieku po Chr., zastąpione dopiero wtedy wyłącznie ciepłemi kąpielami z obawy, że zimne tylko szkodę ustrojowi żywemu, a więc ciepłemu i potrzebującemu do życia ciepła — przynieść mogą.

Okres drugi. Wraz z dotarciem do Japonii kultury chińskiej przybywa i sztuka lekarska chińska, która wypiera, zmienia i zastępuje pierwotne poglądy coraz bardziej i bardziej. Mostem niejako, po którym stara cywilizacya chińska wtargnęła do Japonii, była już wówczas ta sama Korea, co i dziś po tylu wiekach stała się przyczyną nowego krwawego starcia. Skoro bowiem następcy pierwszego Mikada, wspomnianego już wyżej Jimmu Tenno, ugruntowali dostatecznie podstawy jednolitego państwa, nie omieszkali zwrócić uwagi na zachód, na sąsiedni półwysep koreański, z którego mieszkańcami zwolna wchodzą w stosunki handlowe, zrazu przyjazne, aż dopiero poczuwszy dość siły i widząc płynące ztąd korzyści, postanawiają zagarnąć całkowicie kraj ten pod swą władzę Mianowicie Okinaga Tarashi Hime, wdowa po 15-tym Mikadzie, skorzystawszy z pierwszego pozoru do zatargu, o jaki nie trudno przy stosunkach sąsiedzkich, przedsiębierze wyprawę wojenną do Korei, odnosi zwycięstwo i zmusza całą południową część kraju do uznania zwierzchnictwa Japonii i opłacania podatków. Było to zdarzenie doniosłe w swych następstwach. Odtąd otwarły się wrota dla cywilizacyi chińskiej, więc też powoli zaczyna ona przesiąkać kraj cały, wnosząc doń przedewszystkiem pismo chińskie i literaturę. Wkrótce też w całej Japonii zapanowały dwa główne czynniki nowej kultury, t. j. buddyzm i filozofia wraz z nauką chińską. W połowie VI wieku po Chr. panującą religią w Japonii staje się już wszechwładny buddyzm, a urządzenia państwowe, ceremoniał dworski i całe życie narodu kształtuje się na modłę chińską.

Do XII wieku przyswojona Japonii medycyna stoi względnie wysoko, jakkolwiek bezwzględnie biorąc, cała ta chińska sztuka leczenia pozostała i tu i w ojczyźnie swej na bardzo nizkim szczeblu w porównaniu z medycyną innych narodów. Przyczyną było to odosobnienie się Chińczyków i odgrodzenie od wpływów obcych prawdziwie niedostępnym murem, i dlatego chociaż kultura ich sięga bardzo dawnych czasów, chociaż oni pierwsi wynaleźli pismo i uprawiali nauki w czasach, kiedy o czemś podobnem ludy Europy jeszcze pojęcia nie miały, to dzięki temu zamknięciu się w sobie cała ich cywilizacya pozostała na pierwotnym poziomie i dała się prześcignąć innym, choć o wiele młodszym od siebie.

Podobnie rzecz się ma i z medycyną chińską, przeniesioną na grunt japoński. Początki sztuki lekarskiej w Chinach sięgają jeszcze roku 2737 przed Chr., kiedy to cesarz Shin-Nung miał na podstawie własnych doświadczeń napisać dzieło o roślinach leczniczych, a pierwsze zasady sztuki lekarskiej, zebrane też w owej epoce przez innego znów cesarza Hwang-Tè, ogłoszone zostały w księdze, zatytułowanej: »*Nai-kigo*«.

W III też wieku przed Chrystusem posiadają już Chińczycy systematyczny podręcznik terapii i wykonywania praktyki lekarskiej, napisany przez Cho-Chiu-Kei, który uchodzi za Hipokratesa chińskiego. Podręcznik podzielony jest na dwie księgi, z tych jedna nosi tytuł »*Shokanron*« (nauka o chorobach gorączkowych), druga »*Kinki*« (dosłownie: złota skrzynka), zawierająca opisy chorób niegorączkowych. W tej ostatniej znachodzimy już nawet ślad systematycznego podziału chorób, jest tam bowiem mowa oddzielnie o chorobach płuc, serca, nerek, śledziony i t. d.

Otóż zasady lekarskie, zawarte w powyższych księgach, przejęli od Chińczyków Japończycy, wraz z całym szeregiem guseł i przesądów. Według nich wszystkie choroby gorączkowe powstają przez wtargnięcie materyi trującej, a siła gorączki zależy po części od siły tej trucizny, po części od tego, jaką drogą dostała się ona do ustroju. Leczenie polega na podawaniu wewnętrznie odpowiedniej odtrutki. Lekarstw używa się przeważnie roślinnych, wśród których wielką gra rolę lek »*Nindjin*« z korzenia rośliny *Panax Ginseng*, który podawano każdemu umierającemu, jako ostatni cudowny środek, mogący jeszcze życie przedłużyć. Jest to roślina, rosnąca w Indyach wschodnich, Chinach i Japonii, dawniej w XVII wieku sprowadzana z Chin do Europy i używana tutaj też jako lekarstwo, mające leczyć prawie wszystkie choroby, później jednak uznana za środek zupełnie obojętny i z handlu wycofana. Nieposlednią też rolę w leczeniu odgrywa cały szereg zabobonów, zamawiań i przeróżnych mistycznych rękoczynów tak przy sporządzaniu, jak i podawaniu leków. Wiele chorób bowiem powstaje pod działaniem duchów lub złych wiatrów, więc też i ordynacye leków muszą być bardzo skomplikowane, a zachowanie różnych guseł przy tem niezbędne i surowo przykazane, jeżeli skutek ma być osiągnięty. Podstawą chińskiego sposobu rozpoznawania chorób jest bardzo długie i drobiazgowe badanie tętna, połączone z dużą dawką szarlataneryi. Całe ustępy w księgach lekarskich poświęcone są opisom różnych rodzajów tętna, ich ugrupowaniu w klasy i odmiany, a długie rozdziały przepisują, w którem miejscu ciała i jak należy badać tętno przy różnych chorobach.

Za przykładem Chińczyków panuje powszechna obawa przed krwotokami; często są w użyciu bańki suche i kąpiele; położnictwo uprawiać mogą tylko kobiety, czerpiące swe wiadomości z osobnych ksiąg, w których więcej zabobonnych praktyk, niż istotnych przepisów lekarskich. Późniejszy badacz Japonii Ten Rhyne opisuje, że wielkie zastosowanie miało w tym okresie przypalanie, którem posługują się bardzo chętnie w wielu chorobach. W tym celu sporządzone były osobne tablice, przedstawiające dokładnie te okolice ciała, w których wolno i należy przypalać. W zapaleniach, połączonych z wysiękami, używają nakłucia. Wykonują to złotemi lub srebrnemi igłami, które wbijają w skórę, pozostawiając je tam przez 30 oddechów. Inny znów badacz Georgi opisuje, że barwę czer-

woną uważają za bardzo korzystną w wielu chorobach skórnych (prototyp metody Finsena), dlatego też bardzo często wyklejają pokój chorego czerwonemi tapetami. W przypadkach, gdy zwykłe środki lecznicze zawodzą, udają się chorzy do znachorów, zwanych *Jammabos*. Ci znów leczą w ten sposób, że opisawszy dokładnie objawy chorobowe, kładą opisy te przed posążkami bożków, a następnie, zrobiwszy z papieru tego pigułki, każą choremu połykać.

Pojęcie o budowie ciała ludzkiego, przyjęte też od Chińczyków, polega na odwiecznych chińskich podaniach, gdyż przesąd nie pozwala na sekcye zwłok ludzkich. I tutaj pełno bałamutnych, pomieszanych zapatrywań, podobnie jak w fizyologii. Ciało składają dwa pierwiastki życiodajne: ciepło i wilgoć, które mają siedzibę we krwi i różnych narządach wewnętrznych. Z połączenia ich powstaje życie, z rozdzielenia śmierć. Siedzibą wilgoci jest serce, wątroba, nerki i płuca; ciepło umiejscowiono w żołądku, jelitach i częściach rodnych. Krążenie zaczyna się w płucach, a kończy w wątrobie, potrzebując do obiegu całego ciała 24 godzin.

Z tem wszystkim medycyna japońska w okresie tym rozwija się i postępuje ciągle. Około roku 700 po Chr. spotykamy już nawet zakonnice Buddy, które zajmują się praktyką lekarską i nauczaniem medycyny. W roku 809 po Chr. wychodzi pierwsze dzieło lekarskie pod tytułem: *Dai-do-rui-shu-ho*, wkrótce w tym samym wieku IX po Chr. zostaje założony pierwszy szpital publiczny. Z wiekiem dopiero XII po Chr. wypadki historyczne, sprowadzające długotrwałe zamieszki i wojny wewnętrzne, przyprawiają i sztukę lekarską o zupełny prawie upadek, z którego dźwignąć się ma dopiero po 500 latach, gdy po okresie wojen domowych i zaburzeń politycznych przyszło do trwalszego spokoju i dokonał się nowy zwrot w dziejach kraju z pamiętnym dla cywilizacyi Japonii rokiem 1600 po Chr.

Okres trzeci. Pod wpływem chińskich zwyczajów i urządzeń politycznych, a głównie ceremoniału dworskiego popadli zwolna władcy Japonii w zniewieściałość, rządy kraju i dowództwo nad wojskiem zaczynają wymykać się im z rąk i przechodzić w ręce protegowanych ulubieńców, przyczyniając się coraz więcej do wzrostu potęgi poszczególnych możnych rodów, które dążą wytrwale do zagarnięcia całej świeckiej władzy dla siebie. Po okresie czystej wiary w Buddę nastaje okres przeróżnych sekt, zwyrodnienia i upadku moralnego kleru, a wszystko to wraz z niepowściągliwą ambicyą coraz potężniejących panów feudalnych sprowadza długo trwające zamieszki wewnętrzne i niszczące wojny domowe, zakończone dopiero w roku 1600 po Chr. bitwą pod Sekigahara. Bitwa ta stanowi punkt zwrotny w historyi Japonii, położyła bowiem kres wojnom wewnętrznym i ugruntowała władzę możnego rodu Tokugawa, który odtąd dzierży ją niepodzielnie przez dwa przeszło wieki, bo aż do roku 1868. Cała władza świecka skupia się teraz w ręku *shogunów* (skrócenie wyrazu sei-i-tai-shogun, czyli wielki generał) z tego rodu, a Mikado, o którego boskiem pochodzeniu wiarę starannie podtrzymują, schodzi do rzędu figuranta pod pozorem, że nie przystoi mu zajmować się sprawami doczesnemi.

Wśród tego w roku 1549 po odkryciu kraju przez portugalskiego podróżnika Mendeza Pinto napływają do Japonii jezuici i krzewią gorliwie chrześcijaństwo, które między ludnością, zniechęconą do dawnej wiary szybko zapuszcza korzenie, jeżeli już w 1581 roku liczba chrześcijan dochodzi do 150.000, a liczba nowych kościołów do dwustu.

Wraz z chrześcijaństwem przybywa też kultura europejska, a z nią nowe zupełnie zasady europejskiej medycyny, która przez długi jeszcze czas zmaga się z przestarzałą dziwaczną medycyną chińską, aby ją w końcu, pokonawszy zupełnie, wyrugować.

Już w XVII wieku wyróżniają się nazwiska głośnych ówczesnych lekarzy, jak: Manase Shokei, który pierwszy zaczyna badać mocz, dalej Tamba i Nagata Tokuhon, mający opinię genialnego lekarza, zwolennik sił przyrody, jako czynników leczniczych, który próbuje leczyć niektóre choroby nerwowe wpływem psychicznym.

Z końcem XVIII wieku medycyna japońska robi nowy i to znaczny krok naprzód, gdyż lekarz Sugita Genpaku reformuje z gruntu naukę anatomii, wykazawszy na pierwszych sekcyonowanych zwłokach ludzkich całą niedorzeczność dotychczasowych chińskich poglądów. Oczywiście wszystkie te zwroty ku nowożytnym pojęciom dokonują się pod wpływem przywiezionych z Europy książek medycznych. Za czasów pobytu w Japonii Thunberga (koniec XVIII w.) mieli już lekarze tamtejsi w tłómaczeniu kilka dzieł przyrodniczych europejskich, jak: Historya naturalna Johnstona, „Herbarz“ Dodaensa i »*le Trésor*« de Woyta, a wspomniany dopiero co Sugita Genpaku wydał właśnie przetłómaczoną z holenderskiego książkę pod tytułem: »*Kai tai-shiu-sho*«, co znaczy: „nowe dzieło o anatomii“.

Nie można jednak jeszcze europejskiej cywilizacyi uważać za utrwaloną w tym okresie, bo już w 1617 roku rozpoczyna się gwałtowne prześladowanie chrześcian i wypieranie przybyszów zamorskich z całego kraju, w czem rej wodzą właśnie shogunowie z rodu Tokugawa i co trwa z małemi przerwami aż do upadku ich władzy, t. j. do połowy XIX wieku.

Okres czwarty. Nowa epoka nastała z chwilą wylądowania w Japonii wyprawy północno-amerykańskiej pod wodzą Perryego w 1854 roku. Następstwem tego zdarzenia było obalenie władzy shogunów i całego systemu feudalnego, uzyskanie tolerancyi religijnej i otwarcie na nowo Japonii dla europejskich przybyszów. Gdy bowiem Perryemu udało się olśnić Japończyków potęgą eskadry, podbić ich moralnie pełnem taktu postępowaniem, zaciekawić i pociągnąć wynalazkami takimi, jak kolej i telegraf, i otworzyć wreszcie dla handlu amerykańskiego porty główniejsze, reszta państw, głównie zaś Anglicy, Francya i Holandya, poszła szybko za jego przykładem. Z upadkiem shogunatu powrócił Mikado do pełni swej władzy, a widząc korzyści, jakie stosunki z nowymi przybyszami niosą, nietylko nie robi im trudności, lecz nawet zaczyna sprowadzać do kraju obcych uczonych, powierza im przeobrażenie armii, floty i całego sposobu nauczania.

Oczywiście, że zwrot ten odbija się jak najkorzystniej na medycynie, bo szereg lekarzy europejskich podąża do Japonii, aby znaleść tam nietylko dobrą praktykę, lecz nauczać i szerzyć najnowsze zdobycze swej wiedzy. Najpierw przybywają lekarze holendersey w 1857 roku, którzy obejmują naukę medycyny w szkole lekarskiej w Nagasaki.

Największy jednak wpływ na medycynę japońską wywarł wcześniej jeszcze, bo w pierwszej ćwierci XIX wieku, znakomity lekarz i podróżnik Filip Franciszek Siebold, a jak wiele pod tym względem zawdzięcza mu ten kraj, dowodzi obchodzona 17 lutego 1894 roku w Tokio uroczyście setna rocznica jego urodzin.

W 1870 roku powstaje pierwszy uniwersytet (*Dai-gaku*) w Tokio, który wkrótce już liczy do 2000 słuchaczów, z tych przeważna większość studyuje medycynę, a studyuje ją zupełnie już na sposób europejski, bo szkoła medyczna przyjęła kierunek niemiecki i nawet wykłady odbywają się w języku niemieckim.

Obecnie ruch naukowy lekarski jest w Japonii w pełnym rozkwicie; młodzież kształci się na lekarzy w dwóch uniwersytetach i pięciu szkołach lekarskich, lub wyjeżdża do Europy, skąd przywozi najświeższe zdobycze współczesnej nauki. W Kioto istnieje Towarzystwo lekarskie, posiadające filie w całym kraju. Celem jego jest, obok czysto naukowego, także popieranie spraw zawodowych i obrona interesów stanu lekarskiego, a zarazem wspieranie władz w urządzeniach higienicznych i reformach lekarskich. Towarzystwo to odbywa dwa razy w miesiąc posiedzenia naukowe, posiada własny dom i bogatą bibliotekę dzieł lekarskich, a dla młodych lekarzy urządza systematyczne kursa z wykładami i ćwiczeniami praktycznemi. Nawet wojskowa służba zdrowia, urządzona wzorowo, spełnia, jak dowodzi tocząca się obecnie wojna, zadanie swoje bez zarzutu i z pewnością lepiej o wiele, niż w niejednej armii europejskiej.

W stosunkowo więc krótkim czasie zdołał ten dzielny lud, zetknąwszy się z nauką europejską, przyswoić sobie wszystkie jej najnowsze zdobycze, wyrównać tylowiekowe zacofanie, a może nawet kiedyś przewyższy swych mistrzów, co jednak już należy do niedającej się przewidzieć przyszłości.

V. Wyciągi.

K. Boulweffer. **O patologicznych przywidzeniach.** (*Pathol. Einfall*). **Przyczynek do syptomatologii stanów zwyrodnienia.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 39, 1903). Już Griesinger opisał pod nazwą *delirium primordiale* powstawanie wyobrażeń, które nie pozostają w związku z resztą pierwiastków psychicznych danego osobnika i nie łącząc się z łańcuchem kojarzeń, jako coś obcego, zewnętrznego, weń się wciskają. Co innego jednak opisał Neisser jako „przywidzenie patologiczne“. Zauważył on, iż u indywiduów zwyrodniałych stosunkowo znaczna część psychicznych czynności odbywa się poniżej kresu świadomości tak, iż pojęcia i uczucia u nich nie tworzą ściśle powiązanego łańcucha i że w ten sposób częstokroć ostateczne wyniki nawet długich i zawikłanych procesów psychicznych wystąpić mogą jako coś napozór zupełnie gotowego i obcego, co z zewnątrz się narzuciło. Jednak, podczas gdy zjawisko, zaobserwowane przez Griesingera, występuje w przebiegu chorób umysłowych ciężkich, w ostrym przebiegu, wśród

objawów ruchowych, to przywidzenia patologiczne w znaczeniu Neissera zdarzają się u ludzi skądinąd zupełnie prawidłowych, mogących zresztą podołać zadaniom psychicznym codziennego życia. Podane jednak przez Neissera określenie wydaje się B. za obszerne. nawet tworzenie artystyczne, intuicyjne. możnaby do pewnego stopnia pod nie podciągnąć: to też autor usiluje na podstawie całego szeregu bardzo zajmujących przykładów klinicznych zacieśnić granice pojęcia tego i w ten sposób uzyskać czysto patologiczne pojęcie. Według niego przywidzenie patologiczne jest szeregiem pojęć, który, powstawszy bez związku z innemi pojęciami, lub przynajmniej bez uświadomionego związku, wywołuje uczucie prawdziwości tych pojęć, tworzy silny bodziec do działania w ich myśl i sprowadza zmianę świadomości osobowej. Przytem przywidzenia takie nie stoją w związku z żadną nieprawidłowością w zakresie uczuć, a występują u osobników, których świadomość zresztą nie uległa żadnemu innemu obłędowi. Występują one u ludzi z obciążeniem dziedzicznem, którzy już od dzieciństwa okazywali pewne zboczenia, jak brak stałości i skłonność do mglistych marzeń; często również daje się u nich spostrzedz pewna łatwość, ale i powierzchowność pojmowania i wyrażania się, co się może objawiać w żywości fantazyi i w zdolnościach krasomówczych. Sfera uczuć nie przedstawia typowych zboczeń, natomiast pojęcia etyczne i obyczajności są słabo rozwinięte: często występują te przywidzenia u oszustów, rycerzy szczęścia, wyzyskiwaczy małżeństw i t. p.; to też Delbrück zwrócił uwagę, iż wymysły więźniów, do tej kategoryi należących, częstokroć uważać należy raczej za kłamstwo patologiczne, niż za udawanie, czego dowodzi z jednej strony to, iż kłamstwa te nagle bez związku z poprzedniem życiem psychicznem występują, z drugiej strony okoliczność, że tym ludziom brakuje często zupełnie podmiotowego uczucia, iż to, co podaje, prawdą nie jest. Wiara jednak w prawdziwość tych przywidzeń nie zawsze jest bezwzględnie silną i często wystarczy stanowcze i bezwzględne wystąpienie, aby ją zniszczyć, a przynajmniej osłabić. Współcześnie z wiarą w prawdziwość przywidzeń świadomość rzeczywistości nie zawsze musi zupełnie zaniknąć tak, iż powstać może pomieszanie pojęć rzeczywistych i urojonych, i raz jedne, raz drugie z nich świadomość opanowują. Na podstawie tych przywidzeń przychodzi do zmian świadomości osobowej i to w ten sposób, iż zależnie od stanowiska społecznego zdaje się choremu, iż jest tem, czemby być najbardziej pragnął, iż osiągnął to, o czem oddawna marzył i t d. Przywidzenie takie może być tak silne, iż wspomnienia ulegają sfałszowaniu: nazwisko, miejsce urodzenia, bieg dotychczasowego życia zostają zastosowane do treści przywidzeń. Wprawdzie i w „paranoia“ zdarzają się podobne sfałszowania wspomnień: wtedy jednak świadomość rzeczywistej przeszłości tylko zwolna ustępuje miejsca fałszywym wspomnieniom w miarę tworzenia się systemu urojeń i w miarę, jak on siły nabiera; tutaj przeciwnie: równie nagle jak przywidzenie, pojawia się sfałszowanie wspomnień. W „paranoia“ chory się kryje z przywidzeniami swemi i zastosowanemi do nich fałszywemi wspomnieniami; tutaj jedne i drugie w całej rozciągłości podaje. Wspomnienia jednak rzeczy, nie odnoszących się do osoby chorego, zarówno jak zdolność zapamiętywania wrażeń nowych, zmianie nie ulega. Wreszcie niezbyt rzadko występuje u tych chorych objaw Gemsera, t. j. dawanie świadomie bezsensowych odpowiedzi nawet na najprostsze pytania. *Dr. Rydel.*

Rosenstein. **Doświadczenia kliniczne nad dekapsulacyą nerki w chorobie Brighta.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 29, 1904). Czas obserwacyi w sześciu przypadkach, operowanych metodą Edebohlsa, trwał 5—15 miesięcy po operacyi. U jednego chorego choroba robiła postępy mimo zabiegu operacyjnego; w dwóch przypadkach pozostał on bez wpływu na polepszenie, w dwóch wystąpiło polepszenie, ale tylko w pewnym kierunku (ustąpienie obrzęków i bólów głowy), jeden chory umarł. Różnicę w wynikach w przypadkach Edebohlsa tłómaczy autor w ten sposób, że chorzy Edebohlsa, wyleczeni dekapsulacyą, nie cierpieli na właściwą chorobę Brighta, tylko na sprawy zapalne, powodowane nieprawidłową ruchomością nerek. Autor dochodzi do następującego wniosku: 1. Dekapsulacya nerek jest w ciężkiej chorobie Brighta zabiegiem niebezpiecznym, czego dowodem jest śmiertelność po operacyach 26%. 2. Trwałego wyleczenia nie osiągnięto w żadnym przypadku prawdziwej choroby Brighta. 3. Polepszenie osiągnięto: przedmiotowo ustąpiły w jednym przypadku lekko występujące obrzęki, a nie było polepszenia postępującego w białkomoczu i wydzielaniu się wałeczków. Podmiotowo ustąpiły w innym przypadku bole głowy i latanie płatków przed oczyma, które istniało przed operacyą. Próby te są zdaniem autora nie bardzo zachęcające do stosowania tej metody. *B. Żmigród.*

Broese. **O ropieniu sztucznem według metody Fochiera w sprawach ropniczych.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 44, 1904). Wychodząc z zapatrywania, że przypadki ropnicy, w których występuje miejscowe ropienie, kończą się lepiej, aniżeli bez ropienia, radził Fochier w roku 1891 wywołać sztuczne ropienie w tych przypadkach, w których samoistnego ropienia niema. W tym celu wstrzykuje się terpentynę w mięśnie. Z autorów, którzy po nim środka tego próbowali, między innymi Święcicki i Świtalski, jedni mieli wyniki dodatnie, inni zaś ujemne. Wobec tych wyników chwiejnych, zastosował Broese środek ten u chorej na ropnicę; 25-letnia chora nabawiła się tej choroby po wydobyciu resztek popłodu po poronieniu. Gdy przez cztery tygodnie gorączka dochodziła codziennie do 40°, chora podupadła znacznie na siłach, a żadne inne środki nie pomagały, zdecydował się B. na wywołanie sztucznego ropienia. Wstrzyknął więc w mięśnie łydkowe 5 grm. *ol. terebinth. rectificatiss.* i po pięciu dniach po wytworzeniu się ropnia z wybitnem chełbotaniem naciął go, przyczem wylało się dużo ropy, zupełnie jałowej. Już na trzeci dzień po wstrzyknięciu gorączka zmniejszyła się tak, że po dziesięciu dniach stan był zupełnie bezgorączkowy. Ropa wydzielała się jeszcze długi czas po wstrzyknięciu; stan ogólny jednak poprawiał się z dnia na dzień tak, że chora mogła wkrótce opuścić klinikę. B. podnosi, że wstrzykiwał 5 grm. olejku terpentynowego, podczas gdy dotychczas wstrzykiwano tylko dwa gramy i przypuszcza, że może wskutek właśnie tak wydatnego ropienia polepszenie tak szybko nastąpiło; nie kusi się jednak o wytłómaczenie tego zjawiska. W piśmiennictwie istnieją trzy wyjaśnienia, żadne jednak nie wytrzymuje krytyki. Sam Fochier przypuszczał, że przez sztuczne ropienie spędzamy niejako drobnoustroje do ropy i wydalamy je z ustroju, ale Dieulafoy już wykazał, że ropa taka jest jałowa. I hiperleukocytoza, wywołana tem sztucznem ropieniem, nie wystarcza do wyjaśnienia, gdyż Chantemesse nie znalazł wcale hiperleukocytozy przy sztucznie wywołanem ropieniu. Trzecia teorya Mercandina dopatruje przyczyny w powstawaniu antytoksyn w ognisku ropnem, które pomagają w walce z drobnoustrojami. W każdym razie zjawisko to jest ciekawe i zasługuje na dalsze badania. *Dr. M. Selzer* (Lwów).

Leszczyński. **Kliniczna metoda różniczkowa barwienia gonokoków.** (*Archiv für Dermatologie und Syphilis* LXXI, Heft 2. und 3., 1904). Jest to praca z kliniki lwowskiej profesora Łukasiewicza. Sposób Leszczyńskiego polega na barwieniu tioniną i kwasem pikrynowym. Dla otrzymania jasnych obrazów należy materyał bardzo cienko rozetrzeć na szkiełkach nakrywkowych. Dla osiągnięcia tego ważnego warunku najlepiej jest zapomocą pętli platynowej przenieść kroplę wody na szkiełko, potem kroplę ropę ropy w niej rozcieńczyć i rozetrzeć, a następnie osuszyć i zwyczajnym sposobem ustalić nad płomieniem. Dalsze postępowanie jest następujące: przez 60 sekund barwi się 10-procentowym rozczynem wysyconym wodnym tioniny z dodatkiem 2% kwasu karbolowego rozpuszczonego, a następnie po opłókaniu we wodzie dostają się preparaty na 60 sekund do rozczynu, zawierającego wysycony wodny kwas pikrynowy i ług (1: 1000) w równych częściach. W końcu wkłada się preparaty na 5 sekund do bezwzględnego wyskoku i spłókuje wodą, suszy i utrwala w balsamie kanadyjskim. Nie udają się tylko preparaty, pochodzące z rozłożonej już ropy lub starego osadu moczowego. Pod mikroskopem widzimy na żółtem tle ciałka ropne o słomiasto- lub cytrynowo-żółtej protoplazmie, jądra ich czerwono-fioletowe miernej intenzywności. Protoplazma przybłonków jasno-żółta, a jądra ich nieco jaśniej zabarwione, niż jądra leukocytów. Na tem żółtem tle odbijają dwoinki Neisserowskie silnie plastycznie i są czarne w przeciwieństwie do innych bakteryi, które są odbarwione żółtawo-czerwone, różowawo-czerwone, lub czerwone. Metoda ta nie dostarcza wprawdzie bezwzględnego odbarwienia innych drobnoustrojów, lecz przedstawia wybitne, różniczkowo ważne odcienie barwne. *Dr. M. Blassberg.*

Korff. **Dalsze doświadczenia nad uśpieniem skopolaminowo-morfinowem.** (*Berl. klin. Wochenschrift* 1904, Nr. 33). Na mocy swych doświadczeń dochodzi autor do wniosku, że uśpienie skopolominowo-morfinowe nie zagraża przy uważnem dawkowaniu żadnem niebezpieczeństwem, ani dla serca, ani też dla płuc. Dla lekarza praktycznego ma ten rodzaj znieczulania jeszcze tę zaletę, że nie potrzeba asystenta do usypiania. Do dobrych stron tej metody należy brak skłonności do wymiotów i możność podawania na krótki czas przed operacyą, jakoteż i po obudzeniu się z uśpienia ciepłych płynów odżywczych. Dawkowanie jest następujące: wstrzykuje się 0,01 skopolaminy, 0,025 morfiny w dawkach podzielonych i w pewnych odstępach czasu, mianowicie $\frac{1}{3}$ dawki całej $2\frac{1}{2}$ godz. przed operacyą, drugą $1\frac{1}{2}$ godz., a trzecią $\frac{1}{2}$ godz. przed operacyą. U osobników słabo oddziaływujących wzmacnia się znieczulenie dawką dodatkową 0,0002—0,0003 skopolaminy i 0,005—0,01 morfiny, albo chloroformem lub eterem. Wyższych dawek autor nie radzi stosować. *B. Żmigród*

Dehérain. **Nierówność źrenic w chorobach płuc i opłucnej.** (*Presse méd.* Nr. 79, 1904). Nierówność źrenic spostrzegano przeważnie w chorobach nerwowych lub przy nowotworach śródpiersia; dopiero w nowszych czasach zwrócono uwagę na pojawianie się tego objawu w przebiegu zapalenia płuc, rozedmy powikłanej przewlekłem zapaleniem oskrzeli i gruźlicy płuc. W 120 przypadkach gruźlicy płuc, które co najmniej przez miesiąc znajdowały się pod nadzorem lekarskim, spostrzegał autor 26 razy nierówność źrenic. Objaw ten utrzymuje się u suchotników dość długo, może trwać kilka miesięcy z rzędu, ustąpić na czas jakiś i wrócić wraz z pogorszeniem ogólnej sprawy chorobowej. Z istnienia tego objawu chorzy nie zdają sobie sprawy, gdyż nie wywołuje on żadnego zaburzenia w czynnościach oka. Nierówność źrenic spostrzegał autor także w kilku przypadkach zapalenia opłucnej na tle gruźliczem. Dla wytłómaczenia powstawania tego objawu przyjmuje autor ten sam czynnik, jaki ma miejsce przy nowotworach śródpiersia. Autor przypuszcza więc, że jakiś obrzękły gruczoł limfatyczny w stanie zapalnym uciskać musi jedną z gałęzi nerwu spółczulnego. Sekcye, dokonane na trzech suchotnikach, u których za życia stwierdzono nierówność źrenic, wykazały liczne powiększone gruczoły chłonne w najbliższem sąsiedztwie nerwu spółczulnego. *W. Reis.*

König. **Kamienie żółciowe i ich leczenie.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1904, Nr. 33). Autor omawia metodę, według której leczy się w jego klinice pojedyncze postacie zapalenia woreczka żółciowego i kamicy żółciowej. Operacyą typową jest otwarcie woreczka żółciowego i wypróżnienie go z treści. Woreczek pozostawia się otwartym, przez co wytwarza się przetoka żółciowa, która później zarasta, albo się ją zamyka operacyjnie. Przy małym woreczku i powłokach obfitujących w tłuszcz, zszywa się brzegi woreczka z otrzewną i mięśniami brzusznymi; wielkie zaś i ruchome woreczki żółciowe wyciąga się przed ranę brzuszną i szwami łączy się ze skórą. W razie wystąpienia zrostów, zaciągnienia i skurczenia się woreczka żółciowego należy uciec się do zupełnego wycięcia woreczka. *B. Żmigród.*

Fr. Pfannkuch. **Przyczynek do nauki o ostrej białaczce.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 39). Autor opisuje nader rzadki przypadek ostrej białaczki u osobnika 23-letniego, który się zakończył zejściem śmiertelnem. Uwagi godnym był wynik badania krwi, które wykazało z jednej strony cechy ostrej białaczki limfatycznej, mianowicie wzmożenie się limfocytów; z drugiej zaś strony znaczny odsetek myelocytów i ciałek wielojądrzastych neutrofilnych odpowiadały przewlekłej białaczce myelogenowej. Stąd wniosek, że albo białaczka myelogenowa przewlekła zakończyła się ostrą limfemią, lub że chodziło tu o nową postać ostrej białaczki pierwotnej o odsetkowym składzie mieszanym ciałek białych. Nadto znajdowały się we krwi liczne, dotąd nie opisane przemiany zwyrodniałych dużych limfocytów. *Dr. Blassberg.*

Prof. Riedel. **Usunięcie moczanów i torebki stawowej ze stawu palucha, zajętego dną.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1904, Nr. 35), Dwa razy, oba przez pomyłkę, wyciął R. całą torebkę stawową, inkrustowaną solami kwasu moczowego i w obu przypadkach osiągnął wyleczenie (t. j. usunięcie napadów bólów podagrycznych) z zachowaniem całkowitej sprawności palucha. W pierwszym przypadku chodziło o mężczyznę 45 l., u którego pierwszy gwałtowny napad dny z ciepłotą, dochodzącą do 39° C., wystąpił po przemęczeniu nogi. R. rozpoznawał ropówkę torebki śluzowej i stawu między I-szą kością śródstopia, a I-szym członkiem palucha, ustawionego w pozycyi koślawej (*h. valgus*). Drugie spostrzeżenie dotyczyło 70-letniej kobiety, u której objawy zapalne miały charakter bardziej przewlekły — bez podniesienia ciepłoty. *Herman.*

Doberauer. **Leczenie ciężkich powikłanych złamań rozłożeniem i przemieszczeniem odłamków.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 30, 1904). Sposób autora polega na rozłożeniu odłamków i wydobyciu ich z rany. Przez to staje się rana w zupełności dla oka dostępną, wszystkie zaułki i przestrzenie martwe stają się widoczne, a wydzielina z rany ma bardzo dobry odpływ. Ujemną stroną tego postępowania jest to, że obnaża się końce kości złamanej, a obnażone kości ulegają o wiele łatwiej obumarciu, a także jeszcze i to, że po ponownem złożeniu może nie nastąpić kostne połączenie obu odłamków. Sposób ten jednak daje tak dobrą rękojmię uchylenia niebezpieczeństwa zakażenia, że strony ujemne tego postępowania stają się w porównaniu z tem, co się zyskuje, problematyczne. Leczenie to nadaje się szczególniej dla najcięższych złamań. *B. Żmigród.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Loeb. **O leczniczej wartości pyrenolu.** Autor próbował działania pyrenolu, (który jest związkiem estru będzwinowotymolowego z kwasem benzoylosalicylowym), na materyale klinicznym oddziału prof. Ewalda i stwierdził, że lek ten działa wykrztuśnie, a zarazem zmniejsza wydzielinę błony śluzowej i obniża ciepłotę ciała.

Zachęcające do dalszych prób wyniki uzyskał autor: 1) w dychawicy oskrzelowej, w której pyrenol działał leczniczo i zapobiegawczo; 2) w grypie, w której łagodził bole; 3) w krztuścu, w którym zmniejszały się objawy nieżytu oskrzelowego; 4) w rozmaitych postaciach nieżytu oskrzeli (ostrego i przewlekłego), także i w nieżycie gnilnym, w którym według Leydena lek ten jest jednym z najskuteczniejszych; 5) w niepowikłanem zapaleniu opłucnej; 6) w zapaleniu płuc włóknikowem i świeżo powstałem nieżytowem; wreszcie 7) u suchotników, u których działanie wykrztuśne pyrenolu wpływało podmiotowo tak dobrze, że chorzy sami się o lek dopominali. Szczególnie nadaje się pyrenol w tych przypadkach gruźlicy płuc, w których męczy chorych suchy kaszel. Autor podaje, że nie zauważył żadnego szkodliwego wpływu pyrenolu na krążenie, na żołądek, ani na nerki i zaleca stosować pyrenol we wszystkich wymienionych wyżej chorobach.

Dorosłym najlepiej podawać pyrenol w postaci kołaczyków, 3—6 razy dnia po jednym; dzieciom podaje się roztwór pyrenolu 2—3—4: 80 z dodatkiem syropu malinowego, co dwie godziny łyżeczkę. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 1904, Nr. 41). *Hz.*

Feilchenfeld. **Maść Credégo w okulistyce.** (*Therap. Monatshefte* 1904, Nr. 9). Używając maści Credégo od dłuższego czasu, poleca ją autor przedewszystkiem jako lek przeciwzapalny i przyspieszający wessanie. W ropieniu woreczka łzowego, ropniach powieki i jęczmykach przyspieszała maść Credégo ograniczenie się sprawy i przebieg zapalenia skracała, a wcześnie zastosowana działała nawet poronnie. W zapaleniu brzegu powiekowego zastępuje maść Credégo doskonale maść precypitatową żółtą, co szczególnie jest wygodne u chorych, mających idyosynkrazyę do rtęci. Maść Credégo przyspieszała też wyleczenie wszelkich zapaleń spojówki, przewlekłych i ostrych, nie wyłączając zapalenia ropnego i krupowego. Powierzchowne zapalenie rogówki na tle zołzów przebiegało pod działaniem tej maści szybciej, niż zwykle i kończyło się pomyślnie bez pozostawienia blizn. W zapaleniu miąższowem rogówki i jej plamach działała maść wyjaśniająco, wzmagając wessanie. Szczególnie dobry wynik otrzymywał autor w przypadkach wrzodów rogówkowych, połączonych z *hypopyon*, które znikało po dobie cogodzinnego stosowania maści. Przeciwwskazaną jest zaś, zdaniem autora, maść Credégo w zapaleniu pryszczykowem rogówki i w świeżem jej zapaleniu miąższowem. W ciężkich przypadkach stosuje się maść czystą, w lżejszych pół na pół z waseliną, rezorbiną i t. d., kilka razy dziennie na pałeczce szklanej na spojówkę. *Ah.*

Cytrynian sodowy w przypadkach niestrawności u osesków sztucznie karmionych. Wychodząc z zasady, że można zwolnić szybkość krzepnięcia mleka w żołądku przez domieszkę pewnych soli, już przed 10 laty Wright posługiwał się w tym celu cytrynianem sodowym, a od roku Poynton systematycznie używa go w jednym z londyńskich szpitali dziecięcych. Dodaje on mianowicie po 4 gramy $1\frac{1}{2}\%$ wodnego roztworu wspomnianego przetworu na 2 łyżki stołowe mleka; jest to przeciętna dawka, zupełnie nieszkodliwa nawet dla dzieci czterotygodniowych. Dawki dziennej z góry oznaczać nie można; zależy ona od wieku i stanu zdrowia dziecka. Poynton radzi z początku wypróbować raczej silniejsze roztwory, aniżeli słabsze, przyznając zresztą, że skutku pomyślnego doczekać się można li tylko przy lżejszych zaburzeniach przewodu pokarmowego, jak to miało miejsce podczas jego 50 spostrzeżeń. Variot w Paryżu niemniej wychwala powyższy środek leczniczy i zapobiegawczy w przypadkach biegunki, wymiotów i t. p. u osesków, karmionych flaszką; posługuje się nim w podobny sposób jak Poynton, dodając na każdą flaszeczkę mleka łyżkę stołową $1\frac{1}{2}\%$ roztworu cytrynianu sodowego. (*Semaine medicale* Nr. 42). *Dr. Korm.*

Kseroformem wyleczył Beck (*Gyemekorvos* 25, VI. 1903) szybko wyprysk na twarzy u dzieci, zapisując: Rp. *Xeroform 2·0, Zinc. oxyd., Talc. venet. aa 4·0, Lanolin. Vaselin aa 5·0, M/. pasta.* — Prof. Küttner (*Zeitschr. für ärztl. Fortbildung*, 1904, Nr. 7) zaleca maść kseroformową Brunsa (Rp. *Xeroform. 10·0, Bol. alb. 45·0, Muc. gum. arab. 20·0, Glycerin 25·0*) do zaopatrywania wlotu i wylotu niezakażonych ran postrzałowych. *Ah.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 4 listopada 1904 r.

Przewodniczący: Dr. E. Wechsler.

Obecnych członków 30.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Radca Dworu Prof. L. Rydygier mówi „O swoim drugim sposobie wycinania odźwiernika.“ (Rzecz ogłoszona w Nr. 46 „Przeglądu lekarskiego“).

W *dyskusyi* przemawiają kol. kol.: Wehr, G. Ziembicki i Beck, interpelując prelegenta co do rozmaitych szczegółów techniki operacyjnej, a kol. Kučera przypomina, że niekiedy guzy odźwiernika, przedstawiające się jako nie nadające do operacyi nowotwory złośliwe, po całkowitem wykluczeniu żołądka z czynności (n. p. po jejunostomii) znikają prawie bez śladu, były bowiem wytworem tylko procesu zapalnego. Kończąc przytacza odpowiednie spostrzeżenie z kliniki ś. p. prof. Maydla.

III. Wykład kol. Dr. W. Ziembickiego: *„O węgorku jelitowym (Anguillula intestinalis) i pierwszym przypadku anguilluliasis w Polsce“* drukowanym będzie w całości w „Przegl. lek.“

W dyskusyi przemawiał kol. A. Gluziński.

IV. Kol. Dr. A. Wątorek wygłosił I-szą część swego wykładu: *„O odklejaniu i wydalaniu popłodu zapomocą nastrzykiwania łożyska.“*

Herman, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 9 listopada 1904 r.

Przewodniczy kol. Zanietowski *sen.*

Obecnych członków 28.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Nowotny wygłosił zapowiedziany odczyt „O ciałach obcych w nosie, gardle i przełyku.“ (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Spira poleca przy wydobywaniu ciał obcych z nosa stosowanie adrenaliny, która, tamując krwotok, w niektórych przypadkach znacznie ułatwia operacyę.

Kol. Bogdanik podnosi zalety łyżeczki usznej przy wydobywaniu ciał obcych z nosa, a następnie zastanawia się nad kwestyą postępowania wobec ciał obcych w przełyku, w szczególności rozbiera wskazania do ezofagotomii.

Kol. Gertler omawia sposób usuwania ciał obcych z nosa zapomocą przestrzykiwania.

Kol. prof. Pieniążek wspomina o przypadku nagłej śmierci, w którym kość, tkwiąca w przełyku, przebiła jego ścianę i ścianę tętnicy głównej.

W dalszej dyskusyi zabierali głos koll.: D. Hirsch, prof. Łepkowski i prelegent.

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

* * *

VIII. Wiadomosci bieżące.

Kraków, dnia 24 listopada.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 16 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem wybrano na członków czynnych Drów: Rydla Adama, Frommera Artura, Kupczyka Bernarda, Pisarskiego Tadeusza, Piepesa Wilhelma, Staniszewskiego Juliana i Zopotha Artura. Następnie Dr. Teodor Heryng mówił „O najnowszych metodach inhalacyjnych“ i przedstawił przyrząd do wdychiwań własnego pomysłu.

* Donoszą nam ze Lwowa, że zatarg tarnowskiej Kasy chorych z lekarzami dał powód Namiestnictwu do wejrzenia w działalność tej instytucyi: dla dobra samych chorych namiestnictwo żąda, ażeby personal lekarski Kasy został powiększony o jednego lekarza, by lokal Kasy stosownie do istotnej potrzeby był rozszerzony i ażeby regulamin Kasy o tyle został zmieniony, by wypowiedzenie służby lekarzowi i odwrotnie — opuszczenie posady przez lekarza, następowało po trzymiesięcznem wypowiedzeniu.

* Zarządy obu Izb lekarskich galicyjskich zawiadamiają, że listopadowy Nr. „Sprawozdań“ wyjdzie w końcu grudnia w zdwojonej objętości.

* (*R.*) Kurs z zakresu dentystyki, t. j. wyrywania zębów i wypełniania ich materyałami plastycznymi, na wzór kursów zagranicznych, rozpocznie się dnia 1 grudnia 1904 r. w Ambulatoryum dentystycznem Uniw. Jagiel. (Rynek 22, II piętro), pod kierunkiem prof. Dr. Łepkowskiego. Kurs trwać będzie przez cztery tygodnie w godzinach przedpołudniowych. Demonstracye wyjmowanie zębów i wykład teoretyczny od 8—10 rano, poczem ćwiczenia w plombowaniu. Opłata wynosi 100 koron. Kurs dojdzie do skutku tylko w razie zgłoszenia się co najmniej 5-ciu lekarzy. Zgłoszenia przyjmuje asystent ambulatoryum Dr. Aleksander Ruczka, codziennie w godzinach rannych (Rynek l. 22, II p.).

* Ziemianie Podola, pragnąc uczcić ogromne zasługi zmarłego przed 10 laty lekarza i dziejopisa tej krainy, Dr. Antoniego I. Rollego, postanowili wmurować pamiątkową tablicę w katedrze kamienieckiej, której dzieje tak szczegółowo opisał. Pomnik wykonał znany rzeźbiarz Antoni Popiel; ma on kształt tablicy z zielonego marmuru, obramowanej marmurem popielatym. Szczyt tablicy wieńczy bronzowy medalion Antoniego Rollego z bronzowymi emblematami historyka i lekarza, przewiniętymi gałązką wawrzynu.

(Ś. p. Antoni Józef Rolle urodził się 1830 r. w Henrykówce, zmarł 1894 r. w Kamieńcu Podolskim. Znakomity badacz źródeł dziejowych Podola, był niemniej gruntownie wykształconym i światłym lekarzem, czego przez długi szereg lat składał dowody w „Przeglądzie lekarskim“, którego stałym był współpracownikiem).

* Komisya budżetowa lwowskiej Rady miejskiej uchwaliła wstawić do wydatków na rok przyszły 2,250 koron na opłacenie lekarza szkolnego. Oczywiście kwota ta jest tak nizką, że jej niepodobna brać w rachubę tam, gdzie mówi się o instytucyi lekarzy miejskich. Natomiast wysoko cenimy przemówienia i okoliczności, wśród których uchwała ta zapadła i krok ten nieśmiały lecz zasadniczy uważamy za początek tak niezbędnej organizacyi lekarzy szkolnych.

* Dnia 16 listopada obsadziła Rada miasta Pragi dziewięć posad lekarzy szkolnych.

* W Nr. 38 „St. Petersburger Wochenschrift“ czytamy opis kul japońskich i ich skutku, pióra prof. Zoege Manteuffla, biorącego czynny udział w toczącej się wojnie azyatyckiej. Powłoka kuli japońskiej jest o tyle gruba, zwłaszcza na swym końcu, że po ugodzeniu nie rozpada się, lecz pozostaje całą, co sprawia, że trafione przez te kule miejsca ciała nie ulegają rozległemu poszarpaniu; zdarza się, że oficer z przestrzeloną piersią, szyją lub nogą nie opuszcza stanowiska kierowniczego, dopóki nie trafi go kula druga. Na polu walki padają tylko rażeni kilku kulami, ranieni w tętnicę główną lub płucną, oraz w serce, a czasem tylko po postrzałach czaszki. Według spostrzeżeń autora wielka liczba ran przeszywających czaszki kończy się zupełnym powrotem do zdrowia; rany te najczęściej wywoływały porażenie niektórych czynności mózgu; zaburzenia te jednak ustępowały przeważnie już po 3—4 dniach; jeśli po upływie tego czasu zaburzenia czynności mózgowych nie mijały, to zwykle w takich razach trwały bardzo długo, albo nawet pozostawały stale. Przeróżne zaburzenia mowy, agrafia, ośrodkowe porażenie nerwu twarzowego, najczęściej przemijały zupełnie. Rany podstawy czaszki nie wywołują zwykle przypadów mózgowych, prócz utraty świadomości w początku. Rany brzucha często sprowadzały zapalenie otrzewnej, w czem znaczną część winy musi wziąć na siebie bardzo niewłaściwy sposób przewożenia ranionych na 2-kołowych wózkach; tylko ograniczone zapalenia otrzewnej kończą się wyzdrowieniem, choć nie zawsze; tego powiedzieć nie można o zapaleniach otrzewnej rozlanych. Rany płuc wywołują uderzająco małe zaburzenia zdrowia tak, że po zaklejeniu plastrem otworów, ranni najczęściej pieszo oddalają się z etapu pierwszej pomocy. Autor leczył pięciu żołnierzy, którzy otrzymali postrzał w serce: u wszystkich nie zachodziła potrzeba wkroczenia chirurgicznego i wszyscy zostali przy życiu.

* Czeski uniwersytet w Pradze liczy 3,803 słuchaczów (zwyczajnych i nadzwyczajnych), o 100 więcej niż w roku zeszłym.

* D. 7 listopada otwartą została w Mnichowie klinika psychiatryczna, zaprojektowana przed paru laty przez nieżyjącego już prof. Bumma. Obecnym kierownikiem tej kliniki jest prof. Kraepelin.

* X-ty międzynarodowy Kongres przeciwalkoholiczny odbędzie się w Peszcie na początku września 1905 r.

* Między 30—X a 5—XI doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim, horodeńskim, kolbuszowskim, jaworowskim (po 1 gm.), w nadwórniańskim i rawskim (po 2 gminy).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Küttner mianowany profesorem chirurgii w Marburgu. Doc. Fischer mian. profesorem nadzwycz. anatomii w Freiburgu. Dr. Augagneur mian. profesorem dermatologii w Lugdunie. Dr. Reclus mian. profesorem chirurg. kliniki w Paryżu. Doc. Wolff mianowany profesorem nadzwycz. psychiatryi w Bazylei.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Cypryan Jaroszewicz lat 56 — w Rezynie na Bessarabii. Dr. Bolesław Połoński l. 57 — w gub. Nowogrodzkiej.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 46. Dobrzycki: Spostrzeżenia dotyczące przeciwgorączkowego działania kryogeniny w gruźlicy.

— *Gazeta lekarska* Nr. 46. Pruszyński: O zakażeniu mieszanem w przebiegu wąglika. Malinowski: O leczeniu płonicy surowicą przeciwpłoniczą wyrobu pracowni Dr. Palmirskiego (c. d.).

— *Ginekologia* Nr. 9. Kośmiński: Stół operacyjny. Cykowski: Przyczynek do leczenia eklampsyi.

— *Głos lekarzy* Nr. 11 zawiera: Nasze Izby lekarskie. — Położenie lekarzy rządowych przy władzach politycznych w roku 1904 (c. d.). — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych (VIII). — Pokłosie z prasy lekarskiej. — Z niwy dziennikarskiej. — Po strejku lekarzy w Tarnowie. — Odcinek.

— *Zdrowie* Z. 11. M. Biernacki: O higienie służby folwarcznej. Themerson: Słówko w sprawie higieny służby domowej. Doerfner: O zabezpieczaniu robotników od kurzu. Arnstein: O potrzebie urządzeń wodoleczniczych w Ciechocinku. Dobrzyński: O paleniu odpadków m. Warszawy.

— *Revue v neurologii, psychiatrii, fisikalni a diaetetické therapii* Č. 10. Chalupecký: Očni příznaky při traumatické neurose (c. d.). Nový: Folie gémellaire. Zahradnický: O narkose skopalaminomorfinove.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 46. Hnátek: Tetanus a neuritis (c. d.). Jerie: Sectio caesarea vaginalis sec. Dührssen (dok.). Pelnař: Polyneuritis acuta progressiva s klinickým obrazem Landrovy obrny.

— *La Presse médicale* Nr. 90. Tuffier: Ból w nerce wędrującej. Romme: Choroba Dukes-Filatowa.

— Nr. 91. Gourdon: Odprowadzenie bezkrwawe wrodzonego zwichnięcia biodra. Nigoul: Czego oczekiwać należy po tigenolu w ginekologii.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 46. Renzi: Leczenie cukrzycy. Bornstein: Odtłuszczanie a tuczenie białkiem. Holzknecht: Leczenie przeobrażonem światłem (uczulenie, fluorescencya). Holz: O zatruciu atropiną. Westenhoeffer: Państwowe prawo oglądania mięsa ze względu na gruźlicę, oraz niektóre uwagi nad wykonywaniem tego oglądania (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 46. Silbermark: O znieczuleniu rdzeniowem. Hahn: Przyczynek do patogenezy przemijającej afazyi w durze brzusznym i jej stosunek do ostrego ograniczonego obrzęku. Detze i Sellei: Hemolityczne działanie sublimatu (dok.).

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 46. Frank: Całkowite zarośnięcie macicy. Küster: Porównawcze uwagi nad nieprawidłową tkanką zwierzęcą i roślinną. Rosenfeld: Przyczynek do symptomatologii porażenia nerwu spółczulnego. Roemheld: Toniczne oddziaływanie niewrażliwej na światło źrenicy. Mayer: Zapalenie nerek pobłonicze. Bernhart: Neuropatyczne usposobienie. Avellis: Wpływ klimatu na dychawicznych. Cramer: Zator tętnicy krezkowej górnej w przebiegu połogu. Wiener: Ciąża zamaciczna przy jednoczesnem istnieniu ciąży śródmacicznej.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 47. Koch: Choroby wywoływane pasorzytem „trypanosoma.“ Wendelstadt: Działanie zieleni malachitowej i innych rozmaitych substancyi sztucznych na „nagana trypanosoma“ u białych szczurów. Westheimer: Przypadek wiądu z zajęciem krtani oraz schorzeniem błędnika usznego. Heydenreich: Bronchoskopijny przypadek ciała obcego. Scagliosi: Rak pierwotny opłucnej. Rosenfeld: Znaczenie wiciowców (Flagellaten) w żołądku i jelitach ludzkich. Strauss: Postępy w leczeniu cukrzycy (dok.).

Redakcya otrzymała. I. Kadyi: Der Vorfall der Scheide und der Gebärmutter während der Geburt. Legeżyński: Jak należy zorganizować służbę desinfekcyjną w naszych miastach i miasteczkach.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 46 (od 13/XI do 19/XI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 29, dz. 25; nieżywo: chł. 1, dz. 6. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 12, kob. 18; zamiejscowych: męż. 12, kob. 10.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 6, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 6, ob. 1. 4) dławieci błonica: miejsc. —, ob. 4. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —. ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —. ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 4, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —. ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 6, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —. ob —. **Razem** miej. 30, obcych 22.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 30 listopada, o godzinie 6-tej popołudniu, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie nadzwyczajne, na którem p. Tadeusz Chrząszcz, profesor krakowskiej Szkoły techniczno-przemysłowej, mówić będzie „O hipotezie życia i śmierci ze stanowiska enzematycznego.“

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIII. Kraków 3 Grudnia 1904. Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O ropniach urazowych śledziony.

Podał

Dr. Józef Bogdanik,

prymaryusz oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

W prawidłowych warunkach śledziona tak szczęśliwe ma położenie, że nieznacznie tylko ucierpieć może wskutek urazu, zadanego narzędziem tępem. Podskórne tedy uszkodzenie śledziony jest stosunkowo dość rzadkie. Inaczej rzecz się ma, jeżeli narząd ten wskutek chorób (zimnica, białaczka i t. d.) ulegnie zwiększeniu swej objętości. Wtedy bowiem uraz stosunkowo mały powodować może pęknięcie śledziony z następowym krwotokiem śmiertelnym. Rychło wykonana laparotomia, połączona z wycięciem śledziony, jeszcze w niektórych przypadkach uratowała życie. Le Dentu, przedstawiając przypadek szczęśliwie dokonanego wycięcia pękniętej śledziony na posiedzeniu Akademii medycznej w Paryżu, podał, że znalazł w piśmiennictwie 67 przypadków podskórnego pęknięcia śledziony, z pomiędzy których 38 chorych uratowano. Przemawia on za całkowitem wyłuszczeniem śledziony, jeżeli tylko stan chorego na to zezwala.

W niniejszej pracy zamierzam atoli uwzględnić li tylko śródtorebkowe uszkodzenia śledziony, które dają następnie powód do utworzenia się ropni w śledzionie. Przypadki takie znane są w piśmiennictwie; zanim jednak je uwzględnię, opiszę pokrótce przypadek, który sam operowałem i w którym dokładne rozpoznanie możebne było dopiero podczas operacyi, bo wywiady były początkowo niepewne.

B. T., lat 52 liczący, robotnik z O., przyjętym został do szpitala bialskiego w dniu 4/IX 1903 roku. Żalił się na ból w boku lewym, po lewej stronie klatki piersiowej i w brzuchu. Brzuch wzdęty, przy dotykaniu bolesny, a przy obmacywaniu wybadać można guz obły, zajmujący cały dołek podsercowy, sięgający nieco poniżej pępka, przechodzący na prawo do linii brodawkowej, na lewo zaś do linii pachowej, a gubiący się w podżebrzu lewem. Guz nieporuszalny, wykazujący chełbotanie i bolesność, wykonuje współruchy z przeponą podczas głębokich wdechów. Chory z powodu bólów nie może ani jeść ani sypiać, jest tak osłabionym, że się z łóżka ruszyć nie jest w stanie, a chcra podczas tygodniowej obserwacyi jeszcze się wzmogła. Cera ziemista, tętno bardzo słabe, mało przyśpieszone, ciepłota ciała prawidłowa, wymiotów nie ma, oddawanie stolca nieco upośledzone, oddawanie moczu prawidłowe. W narządach oddychania i krążenia nie znaleziono zmian żadnych.

Wywiady wykazały początkowo tylko tyle, że chory nie domaga już od roku, a dopiero po operacyi przyznał się on, że przed rokiem kopnął go koń kopytem w bok lewy, że wtedy poczuł znaczny ból, jakby coś się urwało. Z początku jeszcze mimo bólu pracował, ale później z powodu zbyt wielkiego bólu i upadku sił musiał zaniechać pracy.

W celu usunięcia guza wykonałem laparotomię w dniu 12/IX 1903 roku. W uśpieniu chloroformowem poprowadziłem cięcie, długie na 10 ctm., nieco na zewnątrz od lewego brzegu mięśnia prostego brzucha, t. j. przez największą wypukłość guza. Po otwarciu jamy otrzewnowej ujrzałem w ranie guz obły, o powierzchni gładkiej, połyskującej, barwy stalowej. Wsunąwszy rękę do jamy brzusznej przekonałem się, że guz, wielkości głowy dorosłego człowieka, ma kształt jajowaty, że jest lekko na boki przesuwalny, a podczas oddechu wykonywa współruchy z przeponą. Powierzchnia gładka guza dała się najdokładniej odgraniczyć od żołądka, wątroby i kiszki, a guz gubił się w podżebrzu lewem, gdzie śledziony wymacać nie mogłem. Miałem tedy przed sobą obrzęk śledziony o treści płynnej, za czem przemawiało chełbotanie, podczas operacyi wykazalne. Ustaliwszy guz w ranie laparotomijnej naciąłem go podłużnie, a brzegi torebki grubości 1 ctm. ująłem w szczypczyki. Z guza wypłynęła ciecz brudnozielonkowata, nie cuchnąca. Torebkę guza pociągałem na zewnątrz jamy otrzewnowej, aby zapobiedz przedostaniu się treści do wnętrza jamy otrzewnowej. Wypróżniwszy z guza około litra płynu, obciąłem nieco jego brzegi w celu zmniejszenia pojemności, a potem przyszyłem torebkę guza do rany w ścianie brzusznej. Najpierw przyszyłem otrzewnę ścienną do powłoki otrzewnowej guza katgutem karbolowym, a potem założyłem szew węzełkowy z *fil de Florence*, przyszywając torebkę w całej grubości do rany brzusznej, którą szwami, założonymi u dołu rany, nieco zmniejszyłem. Jamę guza wytamponowałem gazą jodoformową, do czego zużyłem przeszło pół metra gazy. Operacyę wykonałem aseptycznie, a ranę opatrzyłem gazą jodoformową i watą.

Płyn, badany pod drobnowidem, wykazał liczne białe i czerwone ciałka krwi (te ostatnie gwiazdkowato pokurczone), liczne leukocyty i ciałka rozpadowe.

Po operacyi stan chorego zaczął się poprawiać, ciepłota ciała dochodziła najwyżej do 37·2° C, chory odzyskał łaknienie. Wydzielina z jamy wytamponowanej była znaczna. Dnia 17/IX wsunąłem do jamy gruby sączek i zapuściłem nieco mieszanki jodoformowej 5%, w dniu zaś 23/IX przepłukałem jamę 10% rozczynem chlorku cynkowego. Jama się wypełniała ziarniną, ale wydzieliny było jeszcze dużo. Od dnia 30/IX chory zażywał chininę, poczem ilość wydzieliny stawała się coraz mniejszą. Dnia 13/X wydzieliny było już bardzo mało, a brzeg rany wsunął się lejkowato do jamy otrzewnowej, nieco skośnie pod lewy łuk żebrowy. Śledziona, kurcząc się pod wpływem chininy, pociągała widocznie brzeg, przyrosły do powłok brzusznych. Od dnia 24/X przyżegałem ziarninę elektrokauterem, poczem rana rychlej się zabliźniła, tworząc w tem miejscu zagłębienie

w powłokach brzusznych. W celu obserwacyi trzymałem chorego w szpitalu do 9/XII 1903 r., poczem wypuściłem go zupełnie uzdrowionego.

Zanim uwzględnię piśmiennictwo, dotyczące tego przedmiotu, nakreślę w krótkości obraz budowy śledziony. Według zdania Stöhra jest to gruczoł naczyniowy (*Blutgefässdrüse*) i składa się z torebki łącznotkankowej i miąższu (*Milzpulpa*), będącego czerwoną miękką masą. Torebka jest ściśle złączoną z pokrywającą ją otrzewną i składa się z grubowłóknistej tkanki łącznej, gładkich włókien mięśniowych i z sieci włókien elastycznych. Z torebki wnikają w wnętrze śledziony liczne wypustki (beleczki) i tworzą tamże utkanie siatkowate, w którego oczkach miazga śledziony się znajduje. Beleczki te zawierają prócz tkanki łącznej włókna mięśni gładkich. U wnęki śledziony odchodzi od torebki do naczyń krwionośnych osobna osłonka.

Miąższ śledziony składa się z bardzo delikatnego utkania łącznotkankowego i licznych komórek, będących po części leukocytami, po części nieco większemi komórkami wieloziarnistemi, dalej są tam ciałka krwi czerwone i barwik ziarnisty.

Tętnice śledziony oddają gałązki od beleczek, nie tworząc anastomoz, a żyły wychodzą z szerokiej sieci włosowatej. — Jaki jest związek pomiędzy tętniczkami, a żyłami, dotąd jeszcze dokładnie nie wyświetlono. Tętnice przechodzą w wydłużone naczynia włosowate, nie anastomujące pomiędzy sobą. Jeżeli się tętnice nastrzyka, śledzionę zmaceruje, a potem miąższ wypłócze, to widać wydłużone zakończenia tętnic, leżące koło siebie w kształcie pęczków (*penicili*). Zdaniem jednych autorów zakończenia tętnic przechodzą wprost w naczynia włosowate żylne; obieg krwi byłby zatem wszechstronnie zamkniętym w śledzionie. Zdaniem innych zaś autorów zakończenia włosowate tętnic przechodzą w przetwory bezścienne, łączące się z żyłami, sitowato przedziurawionemi, które przechodzą w żyły, mające własną ścianę.

Naczynia chłonne w śledzionie ludzkiej są słabo rozwinięte tak na powierzchni, jak i w jej wnętrzu, a rozmieszczenie ich nie jest jeszcze dokładnie wyjaśnione.

Na podstawie swych badań fizyologiczno-doświadczalnych śledziony wysnuł Vulpius[1]) następujące wnioski:

1) Badanie histologiczne budowy śledziony prawidłowej nie daje pewności, ale uprawnia do przyjęcia możliwości wprowadzenia komórek bezbarwnych do obiegu krwi; nie daje również dowodów tworzenia się ciałek czerwonych krwi, ale stwierdza zanikanie ich w śledzionie.

2) Z porównania tętniczej krwi śledziony z żylną nie można poznać różnicy z całą pewnością.

3) Podczas ostrej niedokrewności ustroju okazuje śledziona zwiększoną czynność.

4) Wycięcie śledziony sprowadza przemijający przybytek czerwonych, a ubytek białych ciałek krwi.

5) Gruczoł tarczykowy nie jest narządem zastępczym.

Utkanie zatem śledziony, obfitującej w krew usposabiałoby ją do uszkodzeń i ich następstw, których unika tylko dzięki małej swej objętości w prawidłowych warunkach i umiejscowieniu ochronnemu pod łukiem żebrowym. Tem się tłómaczy, że uszkodzenia śledziony nie są częste i rzadziej się stwierdzają, aniżeli uszkodzenia innych narządów. Częściej się to przytrafia w okolicach zimniczych, lub w krainach panowania żółtej febry. I dziwić się nie można, że śledziona, doszedłszy znacznych rozmiarów i wagi, wynoszącej kilka kilogramów, łatwiej daleko doznaje obrażeń, aniżeli śledziona zdrowa. W rzędzie uszkodzeń podskórnych w następstwie urazu narzędziem tępem zajmuje śledziona również dalekie miejsce. Statystyka wykazuje, że częściej się przydarzają w tych razach obrażenia wątroby, nerek lub przewodu pokarmowego[2]). W cięższych przypadkach krwotok, wywołany pęknięciem śledziony, sprowadza śmierć, jak już wyżej wspomniałem; w lżejszych zaś przypadkach rana torebki albo się zabliźnia, co na sekcyach stwierdzono, albo też występuje krwotok śródtorebkowy, a torebka sama nie jest naruszona. Krew wynaczyniona śródtorebkowo, nie zostawszy zakażoną, ulega wessaniu. Czasem tworzy zlepne zapalenie, powodujące zrosty śledziony z narządami sąsiedniemi. Nie zawsze jednak krew wynaczyniona ulega wessaniu, lecz przemienia się niekiedy w torbiel. Torbiel taki nawet lata całe istnieć może, jak n. p. w przypadku Bardenheuera[3]).

Rzadziej następuje zropienie wynaczynionej krwi. W samej śledzionie bowiem niema powodów do zakażenia. Stać się to łatwiej może, jeżeli krew tętnicza uniesie z sobą zarazek z oddalonego ogniska ropnego. Ciekawe w tym względzie są dwa przypadki ropni śledziony, które opisał Bessel-Hagen[4]). Ślusarz, liczący lat 16, zachorował na stulejkę i owrzodzenie żołędzi z objawami ciężkiego zakażenia. Stulejkę operowano 12/IV 1899 r., poczem gorączka ustąpiła. Dnia 24/IV wystąpiło rozwolnienie, ból w okolicy kątnicy, bębnica i bolesne obrzmienie śledziony, połączone z gorączką. Bole w okolicy śledziony wzmogły się i wystąpiły wymioty. Strzykawką Pravaza wydobyto nazajutrz gęstą, cuchnącą ropę, przeto dnia 8/V wycięto śledzionę po resekcyi żebra 10-go. Była ona prawie cała zgorzelinowo rozpadła. Z początkiem sierpnia chory był już wyleczony.

Drugi przypadek dotyczył chłopaka, liczącego 18 lat, który zachorował wśród objawów zapalenia wyrostka robaczkowego. Dnia 5/VII 1899 nacięto ropień, nie szukając wyrostka z powodu lichego stanu ogólnego. Po operacyi stan się poprawił, wytworzyła się jednak dnia 27/VII przetoka kałowa. Później wystąpił guz w okolicy lewego podżebrza. Dn. 29/VIII resekowano 9-te i 10-te żebro i wycięto prawie całą śledzionę, pozostawiając tylko mały skrawek u wnęki. Krwawienie było bardzo małe. Dn. 21/X wycięto jeszcze wyrostek robaczkowy, poczem nastąpiło wyleczenie.

Dwóch tych przypadków nie można zaliczyć do ropni urazowych śledziony; są jednak pouczające, jako ropnie przerzutowe (metastastyczne), wskazują nam bowiem drogę, którędy zakażenie nastąpić może i dają pewne wskazówki rozpoznawcze. Verneuil[5]) podaje ból, obrzmienie śledziony i gorączkę jako cechy charakterystyczne uszkodzenia śledziony, które to objawy towarzyszą w równej mierze ropniom

[1]) O. Vulpius: Beiträge zur Chirurgie und Physiologie der Milz. Beiträge zur klinischen Crhiurgie. B. XI.

[2]) Berger: Die Verletzungen der Milz und ihre chirurgische Bedeutung. Archiv. f. klin. Chirurgie. Bd. 68. H. 3, 4.

[3]) Bardenheuer: Deutsche medic. Wochenschrift. 1890.

[4]) Prof. Dr. Bessel-Hagen: Ein Beitrag zur Milzchirurgie. Bd. 62. H. 1.

[5]) Mémoires de chir. T. III.

śledziony. W przypadku naszym była jeszcze chera zimnicza, która dopiero po operacyi ustąpiła miejsca zdrowemu wejrzeniu. Urazowego pochodzenia ropnia nie przypuszczałem przed operacyą, bo się chory dopiero następnego dnia po operacyi przyznał, że go koń kopnął.

Ból po urazie, zazwyczaj dosyć znaczny, pochodzi od obrażenia tkanki śledzionowej, a wynaczyniona krew napina torebkę, powodując bolesne obrzmienie śledziony, wzmagające się przy obmacywaniu. Przekrwienie czynne przybrać może znaczne rozmiary wobec tego, że miąższ śledziony obficie zaopatrzony jest w naczynia. W tem miejscu wspomnieć muszę o przypadku, opisanym przez Silbersteina[6]): mężczyzna lat 35 liczący zażył tabaczki, którą go poczęstowano, poczem nastąpiło całogodzinne gwałtowne kichanie. Podczas tego poczuł ból w podżebrzu lewem, a następnie wytworzył się ropień, który w miesiąc później operowano. Wykonano cięcie 6 ctm. długie wzdłuż 10-go żebra, a 5 ctm. głębokie, poczem wypłynęła spora ilość ropy. Chory po dwóch miesiącach wyzdrowiał. Opis tej choroby nasuwa pewne wątpliwości, czy miano do czynienia z ropniem śledziony, co zresztą i sam autor rozprawki podnosi, a również trudno stwierdzić, że jest związek pomiędzy kichaniem, a ropniem. Snadniej można przypuścić, że się ropień tworzył z innej jakiej przyczyny, a sam chory odniósł to do kichania, by módz w drodze karnej wystąpić przeciwko temu, co go poczęstował tabaczką.

Trzecim objawem, występującym według Verneuila po uszkodzeniu śledziony, jest gorączka, mająca cechy gorączki zimniczej. Gorączka zdaniem Sterna[7]) może być tłómaczoną tem, że stłuczenie daje powód do odnowienia się dawnej sprawy zimniczej. I bez przypuszczenia zimnicy można tłómaczyć gorączkę albo przez chłonienie wynaczynionej krwi *(Resorptionsfieber)*, albo przez zakażenie następowe. Jeżeli do tego przyjdzie, w takim razie wystąpić musi i chera, niemniej towarzyszący jej upadek sił.

Liczba znanych w piśmiennictwie przypadków ropni śledziony nie jest wielką, a przytem autorowie rozmaite podają liczby. Jasiński[8]), omawiając na XI Zjeździe chirurgów polskich rzecz o wycinaniu śledziony, oparł się na statystyce Vanvertsa w Paryżu z roku 1897, który zebrał 243 przypadki wycięcia śledziony, a dodawszy do tego 112 przypadków, znanych i zebranych w piśmiennictwie od roku 1897 do 1901 r., rozporządzał razem 355 przypadkami. Widać z tego, jakie postępy czyni chirurgia śledziony. W liczbie tej atoli operacye z powodu ropni śledziony są nader rzadkie, bo liczba ich wynosi zaledwie cztery przypadki, z których jeden zakończył się śmiercią. Bessel-Hagen zaś podaje już 7 przypadków dawniejszych, a mianowicie trzy po rok 1900, a cztery z roku 1901 i przytacza 9 przypadków nowych. Walter M. Spear[9]) zaś podaje, że zebrał 65 przypadków, z których aż 23 było pochodzenia zimniczego, a tylko kilka zaledwie przypadków jest niewątpliwie pochodzenia urazowego.

Bez względu na pochodzenie ropnia śledziony należy, w razie jego rozpoznania przystąpić do operacyi. Nakłucia ropnia strzykawką nie zaleca się z powodu niebezpieczeństw, połączonych z tym zabiegiem. Do wyboru pozostaje zatem tylko nacięcie ropnia albo wyłuszczenie całej śledziony. Uwzględniając, że w ostatnich latach bardzo często już wycinano śledzionę (p. w.) z dobrym skutkiem, z wyjątkiem przypadków białaczki, w których operacyę na razie przynajmniej zaniechać się powinno, wskazaną ona jest i przy ropniach, jeżeli znaczna część miąższu śledziony jest zniszczoną i niema zrostów silnych z sąsiednimi narządami. W celu utorowania sobie drogi do śledziony okazuje się czasem potrzeba resekcyi żebra 10-go a nawet 9-go, jak to n. p. wykonali Lauenstein, Bessel-Hagen.

Przy ropniach, w których narząd ten pozrastany jest z sąsiednimi narządami, nacięcie zazwyczaj sprowadza w krótkim czasie wyleczenie; należy jednak warstwami ostrożnie drążyć w głąb. W przypadkach, tym sposobem operowanych, niema atoli pewności, czy to były ropnie śledziony, czy też tylko ropnie w okolicy śledziony. Rozważanie historyi chorych przynajmniej nasuwa pewne uzasadnione wątpliwości, jak n. p. w przytoczonym powyżej przypadku Silbersteina. Jeżeli zaś podczas operacyi znajdziemy śledzionę znacznych rozmiarów i zupełnie wolną, wtedy zaleca się sposób operacyi, którego użyłem w moim przypadku. W podobny sposób operował Walter M. Spear (p. w.). Metoda ta, zbliżona do sposobu operowania bąblowców śródotrzewnowych, podanego przez Billrotha[10]), ma te zalety, że część utkania śledziony zachowaną zostaje.

[6]) Wiener med. Presse 1878. Nr. 44.

[7]) Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten. Jena, 1900.

[8]) Pamiętnik XI Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie, 1902.

[9]) Abscess of the spleen. Journal of the American Medical Association. 1903.

[10]) Schüssler: Das neue Billrothische Verfahren zur Behandlung intraperitonealer Echinokokken. Festschrift gewidmet Th. Billroth.

II. Z oddziału laryngologicznego Prof. Pieniążka w Krakowie.

Ciała obce w nosie, gardle i przełyku, wydobyte w przeciągu ostatnich dwu lat.

Podał

Dr. Franciszek Nowotny,

Asystent oddziału.

(Dokończenie.)

Wreszcie przystępuję do terytoryum obecnie jeszcze ciągle spornego, t. j. do sposobów wydobywania ciał obcych z przełyku. Zapatrywania swoje w tym kierunku przedstawił Prof. Pieniążek dwa lata temu w „Przeglądzie lekarskim.“ Ja jeżeli obecnie o tem piszę, to na podstawie kilku przypadków z ostatnich dwóch lat. I tak obecnie coraz więcej porzucamy metody wydobywania ciał obcych na ślepo, a natomiast polecane są metody tego zabiegu pod kontrolą wzroku, t. j. przy ezofagoskopii, w pewnych zaś przypadkach przy ezofagotomii. I tu granice nie są wyraźne, wahają się one według różnych autorów znacznie; i tak, gdy jedni jak największą wagę przykładają do ezofagoskopii i tego sposobu używają przeważnie (Killian), drudzy, a tyczy się to przeważnie chirurgów, uważają i tę metodę za niepewną i niebezpieczną i dla wydobycia ciała obcego otwierają częściej przełyk. W naszym oddziale używamy tak metod wydobywania ciał obcych na ślepo, jak i przy ezofagoskopii, a czasem polecamy ezofagotomię, przyczem trzymamy się

zasad następujących: W przypadkach obecności w przełyku ciał obcych o powierzchni gładkiej lub też ciał płaskich, ale o brzegach gładkich, jak n. p. monety, wreszcie nawet ciał kształtu nieregularnego, ale tak o powierzchni, jak i o brzegach tępych, nie widzimy niebezpieczeństw przy wydobywaniu ich na ślepo. Tu używamy koszyczka Graefego, którym wchodzi się poza ciało obce i wyważa się je na zewnątrz, lub też odpowiednich szczypczyków. Przy ciałach obcych metalicznych ogromnie pomocna jest roentgenoskopia, która nietylko daje nam pewność istnienia ciała obcego, oszczędzając choremu niepotrzebnych zabiegów, ale zarazem okazuje nam miejsce uwięznięcia i ułożenie ciała obcego. I tak w ostatnich dwóch latach metoda ta była u nas użyta dwukrotnie z powodu obecności kopiejki w przełyku; w jednym z tych przypadków obecność i miejsce usadowienia (wysokość przyczepu trzeciego żebra) ciała obcego wykazane zostało przy pomocy promieni Roentgena. Jedno z tych ciał wydobyte zostało koszyczkiem Graefego, drugie przy próbach wydobycia najpierw szczypczykami przełykowemi, a potem koszyczkiem Graefego, wpadło do żołądka i następowo wydalone zostało z przewodu pokarmowego. Podobnież już dawniej wydobył prof. Pieniążek koszyczkiem Graefego u chłopca 8-letniego czterokrajcarówkę austryacką, uwięźniętą poza krtanią. W przypadkach tych ezofagotomię uważalibyśmy za zabieg wprost przeciwwskazany; wydobycie zaś przy pomocy ezofagoskopii może być przyjemniejsze dla lekarza, który czynność swą wtedy może kontrolować wzrokiem, uciążliwsze jest natomiast dla pacyenta. Opór jedyny, który w tych przypadkach możemy napotkać, powodowany bywa silniejszym wystawaniem chrząstki obrączkowej ku przełykowi; opór ten atoli w przeważnej liczbie przypadków da się łatwo przezwyciężyć przy użyciu nieznacznej siły podczas wydobywania; przy użyciu koszyczka Graefego można zresztą, zmieniając kierunek koszyczka, zmienić i położenie ciała obcego; przy ułożeniu ciała w kierunku podłużnym jego osi — wzniesienie, wytworzone przez wystawanie chrząstki obrączkowej, już nie będzie stanowić zapory przy wyciąganiu. Jeżeli mamy do czynienia z ciałami okrągłemi o powierzchni gładkiej, dalej z ciałami płaskiemi o brzegach równych, gładkich jak n. p. monety, to choćbyśmy użyli większej siły przy wyciąganiu tych ciał, szkody nie sprowadzimy; pewne niebezpieczeństwo atoli jest możebne, jeśli ciała te są podłużne, nawet o brzegach nie bardzo ostrych; w tych przypadkach forsowniejsze próby wyciągania mogłyby spowodować zranienie, względnie nawet przebicie błony śluzowej przełyku. I tak gdy wobec ciał pierwszej kategoryi nie balibyśmy się złych następstw, nawet przy wyciąganiu, wymagającem użycia pewnej siły, i dopiero gdyby pomimo tych zabiegów ciało obce wydobyć się nie dało, przystąpilibyśmy do ezofagoskopii, to wobec ciał kategoryi drugiej już przy małym oporze przy użyciu koszyczka Graefego ezofagoskopia byłaby wskazaną. Ezofagoskopia, okazując nam ułożenie ciała obcego, pozwala przy pomocy wzroku na łatwiejszą zmianę jego położenia; i tak przy ciałach podłużnych ułożonych poziomo pozwala na ułożenie ich przy pomocy pewnych narzędzi w położenie pionowe, w którem łatwo już przez rurę ezofagealną wydobyte być mogą; przy ciałach zaś okrągławych płaskich i kulistych, niedających się przeprowadzić przez ezofagoskop, a zapomocą koszyczka Graefego z powodu wysterczania chrząstki obrączkowej nie dających się wyciągnąć, ezofagoskop ułatwia nam zadanie w ten sposób, że szczyt ciała obcego możemy wciągnąć w światło tego narzędzia i wydobyć ciało obce razem z rurą ezofagoskopu; w ten sposób omijamy wyżej wspomnianą przeszkodę.

Obok wymienionych dwóch przypadków uwięzłych kopiejek mam jeszcze do zanotowania następujące przypadki: kilka połączonych ze sobą kawałków żeber z wieprza u mężczyzny 50-letniego; ciało to, długie na 5 ctm., a szerokie na 4, wywoływało silny bardzo ból poza mostkiem i niemożność połykania; wydobyłem je koszyczkiem Graefego, przy wyciąganiu napotkałem na znaczny opór, który atoli przy użyciu pewnej siły pokonać się dał; znany mi już przedtem rodzaj ciała obcego usuwał możność wywołania zranienia błony śluzowej. Szczypczykami ezofagealnemi giętkiemi wyjął wreszcie Prof. Pieniążek wielki kawał mięsa, w środku którego tkwiła kość; ciało to usadowione było w części pozakrtaniowej przełyku. Koszyczek Graefego wreszcie będzie wystarczającem narzędziem przy wydobywaniu z przełyku ciał miękkich, jak n. p. kawałków mięsa, które tkwią przeważnie w pozakrtaniowej części przełyku. W razie niemożności przesunięcia koszyczka poza ciało obce o wyżej opisanych cechach, możnaby spróbować przepchać je zgłębnikiem do żołądka. Lecz i w tych przypadkach czasem eozofagoskopia jest konieczną; demonstruje to przypadek następujący: Dnia 4/V 1904 zgłosił się na nasz oddział chłop 40-letni, podając, iż dnia poprzedniego rano, jedząc kapustę, czemś się udławił; odtąd doznaje zupełnej niemożności połykania tak potraw stałych, jak i płynnych i czuje silny ból pomiędzy łopatkami. Ponieważ nie wiedziałem, co może być przyczyną zwężenia, przystąpiłem odrazu do ezofagoskopii; wykonałem ją w postawie siedzącej chorego — przy oświetleniu lampką Kirsteina. Ezofagoskopia wykazała w dolnej części przełyku obecność ciała okrągłego o powierzchni gładkiej, szarawo białej, wielkości mniej więcej małego jabłka; ciało to w zupełności zatykało przełyk i miało wejrzenie ziemniaka surowego, nieoskrobanego; teraz i sam pacyent podawał, iż prawdopodobnie będzie to ziemniak. Haczykiem Killiana, używanym do wydobywania ciał obcych z tchawicy i oskrzeli, wszedłem popod ciało obce, (grubszego narzędzia wprowadzić się nie dało); wyciągając następnie haczyk, wyrwałem kawałek, który potwierdzał pierwotne przypuszczenie, że to jest kawałek ziemniaka. Wtedy usiłowałem zepchnąć ciało obce zgłębnikiem do żołądka, lecz z powodu wielkości jego to mi się nie udało; wziąłem więc znowu haczyk Killiana i powoli w ezofagoskopie rozkawałkowałem ziemniak i częściowo wyjąłem go szczypcami; resztę zepchnąłem zgłębnikiem do żołądka. Cały ten zabieg trwał około dwóch godzin.

Zresztą mam do zanotowania następujące przypadki: 1) U 4-letniej dziewczyny w przełyku pestka ze śliwki; ciało to można było wymacać w części pozakrtaniowej przełyku; usiłowano wydobyć je pensetą krtaniową; podczas wyciągania wpadła pestka do żołądka. 2) Drewienko u mężczyzny 40-letniego, wydobyte koszyczkiem Graefego. 3) Kość podłużna cienka, długości 4 ctm., ułożona w przełyku poziomo, wydobytą została przez Prof. Pieniążka przy pomocy giętkich kleszczyków ezofagealnych, o ramionach do chwytania płaskich, rowkowanych; w przypadku tym już przy pierwszem wprowadzaniu do przełyku roz-

wartego narzędzia uczuł Prof. Pieniążek w głębi przełyku opór, który nie pozwalał na głębsze swobodne wsunięcie narzędzia; przypuszczając, iż natrafił na ciało obce, zamknął ramiona kleszczyków i wyciągnął narzędzie wraz z kością. 4) Kawałek chrząstki, cienkiej a długiej, który usiłowałem wydobyć koszyczkiem, lecz bez skutku; dopiero po wprowadzeniu ezofagoskopu udało mi się ciało to zobaczyć w zanłku popod chrząstką obrączkową, ułożone poziomo; wyciągnąłem je w ezofagoskopie kleszczykami. 5) Dodatkowo mam do zanotowania przypadek, który spostrzegany był przed 5 laty: kobieta wiejska zgłosiła się z dusznością; z wywiadów dowiedzieliśmy się, iż przed kilkoma dniami zadławiła się kiszką; od tego czasu doznaje zupełnej niemożności połykania ciał stałych, a duszność wzmaga się coraz bardziej. Badanie wykazało: rozległe, niebolesne podbiegnięcia krwawe na podniebieniu miękkiem; obrzmienie fałdów nalewkowo-nagłośniowych i chrząstek nalewkowych; więzadła prawdziwe nieco obrzmiełe, ułożone prawie w linii środkowej; ruchomość ich prawie zupełnie zniesiona; szpara oddechowa szerokości około 3 mm. Domyślając się obecności ciała obcego, uwięzłego w części pozakrtaniowej przełyku pomiędzy *processus musculares*, założono koszyczek Graefego (Doc. Baurowicz), przy pomocy którego wyciągnięto przy użyciu pewnej siły ciało obce. Był to koniec kiszki wraz z tkwiącym w nim patyczkiem długości 4 ctm., załamanym w środku (przy wyciąganiu). Ruchomość więzadeł zaraz potem wróciła do normy; powodem poprzedniej nieruchomości był patyk, który, wsunąwszy się pomiędzy oba *proc. musculares cartilag. aryaenoid.*, odpychał je i niepozwalał na ich rotacyę ku wewnątrz.

W przypadku drugim i piątym wyciągnięcie koszyczkiem mogło przedstawiać pewne niebezpieczeństwo; w przypadku piątym musiano nawet użyć pewnej siły do wydobycia ciała obcego, czego dowodem przełamanie się w środku drewienka; rzeczywiste atoli niebezpieczeństwo byłoby przy skośnem lub pionowem ułożeniu ciała o ostrym końcu; przy ułożeniu poziomem, jak w tym przypadku, wyciągnięcie, choćby forsowne, głębszych zranień wywołać nie mogło; tak samo w przypadku drugim ułożenie ciała poziome, gładkość brzegów i końców zmniejszały znacznie niebezpieczeństwo. Co się tyczy kleszczyków przełykowych, to mają one tę wyższość nad koszyczkiem, iż stanowczo nie mogą wywołać zranień błony śluzowej; w razie bowiem, gdy przy wyciąganiu ciała obcego przy pomocy kleszczyków czujemy opór, możemy je w każdej chwili rozwarłszy wyjąć, podczas gdy koszyczek, wprowadzony poza ciało obce, czasem tak się zahaczy, iż bez obawy wywołania większych zranień błony śluzowej, a nawet przebicia jej zupełnego, już go wyciągnąć nie możemy; wtedy dla usunięcia ciała obcego i koszyczka przystąpić musimy odrazu do ezofagotomii. Z drugiej strony znowu szczypczyki łatwo ominąć mogą ciało obce, jak to było przy wydobywaniu kopiejki. W przypadku czwartym niemożność wydobycia ciała obcego koszyczkiem tłómaczyła się ukrytem jego położeniem popod chrząstką obrączkową. I w tym przypadku poziome ułożenie ciała obcego usuwało możność zranienia błony śluzowej przy wydobywaniu koszykiem. Uwięznięte w przełyku kości bywają przeważnie cienkie a długie tak, iż tylko przy pionowem ich ułożeniu jest pewne niebezpieczeństwo wbicia ich w błonę śluzową, choć i tu kość taką prędzej się zagnie i złamie. Rzeczywiste niebezpieczeństwo przedstawiają ciała obce o zbitości twardej, podłużne, o brzegach i końcach ostrych; ciała te musimy wydobywać przy pomocy ezofagoskopii, czasem ezofagotomii. Że zaklinowana i wbita już na granicy gardła i przełyku kość ostra może przy próbach wyciągania rozciąć jeszcze bardziej ściany przełyku, dowodzi tego przypadek, opisany przez Pieniążka i Trzebickyego; tak ostre atoli kości, jak w tym przypadku, chyba rzadko spotykamy; ale i sama kość bez prób pociągania może rozciąć błonę śluzową; przykładem tego jest przypadek następujący:

Przed pięciu laty zgłasza się do naszego oddziału pacyent, z zawodu muzyk, podając, iż przed tygodniem zadławił się kością z kurczęcia. Od tego czasu czuje nieznaczny ból po prawej stronie szyi i pewien niepokój, który ostatniej nocy tak się powiększył, iż chory noc tę spędził bezsennie. Zresztą pacyent czuje się zupełnie zdrowym. Kilkakrotne próby wydobycia koszyczkiem Graefego nie doprowadziły do żadnego wyniku; zaraz potem wystąpiło krwawienie z przełyku i znaczne osłabienie chorego. Obmacywanie szyi wykazało odmę podskórną po stronie prawej. Chory pozostał w szpitalu, gdzie wśród objawów obustronnego zapalenia opłucnej w przeciągu 24 godzin życie zakończył. Sekcya wykazała: na dolnej granicy gardła po stronie prawej podłużną szczelinę, 2 ctm. długą, przechodzącą przez błonę śluzową i całą warstwę zwieraczy gardła; zapalenie posokowate rozlane w tylnem śródpiersiu, sięgające aż do żołądka; obustronne zapalenie opłucnej; ciała obcego nie znaleziono. Zmiany, wykazane na stole sekcyjnym, tłómaczą nam dokładnie cały obraz chorobowy. Kość wbita w błonę śluzową wywołała koło rany prawdopodobnie najpierw ropne, potem posokowate zapalenie. Skutkiem ropienia było obluźnienie się ciała obcego i wypadnięcie jego z wytworzonej szczeliny. Zapalenie posokowate szerzyło się coraz dalej w śródpiersiu tylnem i obniżając się wzdłuż przełyku, doszło aż do wpustu żołądka. Niepokój chorego był objawem ogólnego zatrucia; nagromadzenie się zaś gazów po stronie prawej szyi pochodziło z rozcięcia całej ściany. Następstwem wreszcie posocznicy było obustronne zapalenie opłucnej. Koszyczek Graefego mógł co najwyżej wywołać osłabienie chorego.

W razie ułożenia ciał tych w części pozakrtaniowej przełyku ezofagoskopia przedstawia także pewne niebezpieczeństwo: już bowiem przy wprowadzaniu ezofagoskopu możemy wepchnąć ciało obce w głąb błony śluzowej. W tych przypadkach stosujemy zwykle rury, używane do tracheoskopii, które, jako krótsze, łatwiej wprowadzić się dadzą i przy pomocy których już górną część przełyku dokładnie obejrzeć można; lecz i tu ostrożność jest nakazaną.

Zachowanie się nasze wobec ciała obcego w przełyku musi, obok uwzględnienia cech i wielkości jego, mieć także na uwadze czas jego przebywania, liczyć się bowiem musimy z możliwością wywołania przez ciała obce odleżyny. Mogą to być ciała, których wydobycie na ślepo zaraz po ich uwięznięciu nie przedstawiałoby niebezpieczeństwa; wydobywanie zaś ich przy odleżynie groziłoby przedarciem błony śluzowej. Ocena, kiedy i w jakim stopniu ciało obce wywołało odleżynę, jest ogromnie trudna. Tu musimy wziąść pod uwagę cechy ciała obcego (niezawsze nam dobrze znane), umiejscowienie i czas przebywania w przełyku. Ciała miękkie nie przedstawiają pod tym względem żadnego niebezpieczeństwa, mogłyby one ewentualnie wywołać ugniece-

nie tchawicy od tylu; ciała twarde, okrągłe, jak n. p. monety, jeśli wywołają odleżynę, to chyba powierzchowną, nie przedstawiającą przy wyciąganiu większego niebezpieczeństwa; ciała te musiałyby chyba długo leżeć w przełyku, by wywołać głębsze zmiany; niebezpieczeństwo to istnieje przy ciałach wielkich, które wywołują ucisk na ściany przełyku. Wielkość ciała obcego oczywiście mierzyć musimy także szerokością przełyku; i tak gdy n. p. moneta jakaś u dorosłego człowieka może swobodnie przebywać w przełyku, nie wywołując żadnych zmian, to tażsama u dziecka z wązkim przełykiem już prędzej może odleżynę wywołać. Co się tyczy umiejscowienia, część pozakrtaniowa przełyku najwięcej usposabia do powstania odleżyny; w przypadku tym niebezpieczeństwo przy wyciąganiu ciała obcego polegałoby na możności wystąpienia następowego zapalenia ochrzęstnej chrząstki obrączkowej wraz z stawem nalewkowoobrączkowym. Czas powstania odleżyny i cechy jej będą więc wypadkową, zależną od wyżej wymienionych czynników.

W ostatnim wreszcie tygodniu obserwowaliśmy następujące 4 przypadki: 1) mężczyzna 20-kilkoletni, żali się na bole przy połykaniu; dzień przedtem, jedząc cukierki, miał połknąć gwóźdź. Badanie ezofagoskopem wykazuje na tylnej ścianie przełyku obecność kilku podłużnych, krwawo podbiegniętych rys. 2) Kobieta 25-letnia miała przed kilku dniami połknąć kość, od tego czasu ból przy przełykaniu i bolesność lewej połowy klatki piersiowej. W ezofagoskopie widać wtłaczanie się w okienko ezofagoskopu lewej ściany przełyku, wtłaczająca się część jest sinawo zabarwiona, na powierzchni jej widać wyraźnie porozszerzane żyły. Ciała obcego nie znaleziono. Bole po kilku dniach ustąpiły. 3) Dziewczyna 17-letnia, od 4 dni niemożność połykania płynów i potraw stałych. Koszyczek Graefego wchodzi z trudem popod ciało obce, uwięzłe w przełyku, wydobyć atoli ciała obcego się nie udało. Próby ekstrakcyi kleszczykami ezofagealnemi również z wynikiem ujemnym, pomimo iż ciało obce wyraźnie daje się wyczuć. Przy wprowadzaniu ezofagoskopu czuć w górnej części przełyku opór, który nie pozwala na głębsze wprowadzenie ezofagoskopu; ciała obcego z powodu wtłaczania się błony śluzowej w światło ezofagoskopu nie widać. Przy powtórnej próbie wyjęcia ciała obcego koszyczkiem czuje się podnoszenie się błony śluzowej w głębi gardła po stronie prawej. Z trudnością tylko wyciągnięto koszyczek. Postanowiono ponowić próby ekstrakcyi na drugi dzień przy ezofagoskopii w narkozie, wieczorem atoli wśród ruchów wymiotnych miała wyrzucić chora kość wielokształtną, poczem łykanie stało się zupełnie swobodne. 4) Dnia 22/XI 1904 r. o godzinie 5 popołudniu zgłasza się pacyent 18-letni, podając, iż tegoż samego dnia w południe miał połknąć kość z mięsa; odtąd silne bole poza mostkiem w dolnej jego części i niemożność połykania. W gardle oprócz nagromadzenia się śluzu w obu zatokach gruszkowatych zmian nie ma. Ezofagoskopia wykazała: na prawej ścianie przełyku, mniej więcej w środku jego długości, dwie szerokie krwawe rysy, w dolnej zaś części przełyku zaraz ponad wpustem widać kość, przebiegającą poprzecznie, grubości około $^1/_2$ ctm. Przypuszczając, iż jest to kość podłużna, usiłowałem w ezofagoskopie zmienić położenie kości z poprzecznego na podłużne, podczas prób tych atoli przekonałem się, iż jest ona szeroka, płaskawa o grubych brzegach. W ezofagoskopie haczykiem i pensetą Killiana usiłowałem ciało to podciągnąć ku górze, co mi się też udało, następnie powtórzyłem to w ezofagoskopie krótszym, wreszcie podciągnąwszy ciało obce aż do górnej części przełyku wydobyłem je kleszczykami elastycznemi o ramionach półkolisto zagiętych. Była to czworoboczna kość o brzegach dość ostrych, gruba na $^1/_2$ ctm., o ramionach długości $3^1/_2$ ctm. Extrakcyę tę wykonałem w pozycyi siedzącej chorego przy oświetleniu lampką Kirsteinowską; cały zabieg trwał $1^1/_2$ godziny.

W 4 przypadkach opisywanych ciał obcych w gardle i przełyku przy próbach wydobycia ciała te dostały się do dalszych części przewodu pokarmowego, gdzie albo zostały strawione, albo też stąd wydalone na zewnątrz. Strawieniu uległy 2 kości długie i pestka ze śliwki, wydalona na zewnątrz kopiejka. Zachowanie się nasze we wszystkich tych przypadkach było wyczekujące. Podobnie się rzecz miała w dwóch następujących przypadkach: w ostatnich czasach mieliśmy sposobność spostrzegać zachowanie się dwóch zupełnie identycznych ciał obcych, które z przełyku dostały się do żołądka. W obydwóch przypadkach były to zupełnie jednakowe gwizdki, używane na wsi przez dzieci do zabawy. Są one złożone z dwóch wypukłych blaszek, złączonych ze sobą; średnica ich wynosi $2^1/_2$ ctm., w środku mają otwór. W jednym z tych przypadków poprzednie badanie Roentgenem poza naszym oddziałem miało wykazać obecność gwizdka już w żołądku; w drugim przy badaniu ezofagoskopem widać było gwizdek w dolnej części przełyku; w tym drugim przypadku usiłowałem ciało obce wyjąć szczypczykami; podczas prób ciało to wpadło do żołądka; w obydwóch przypadkach ciało obce w przeciągu kilku dni bez najmniejszych dolegliwości zostało wydalone na zewnątrz. Oba przypadki tyczyły się dzieci 6-letnich. Podobny przypadek przed kilku laty (12/IX 1901) miał Prof. Pieniążek (taki sam gwizdek) u 7-letniego dziecka. Tkwił on w zakrtaniowej części gardła; szczyt jego był widoczny; przy próbie uchwycenia szczypczykami krtaniowemi przeszedł do przełyku i żołądka.

III. **Na czem polega obecne histopatologiczne rozpoznanie niedowładu postępującego?**

Podał

Dr. med. i fil. **P. Pręgowski** (Lwów).

(Ciąg dalszy.)

Tak postępując, doszliśmy do poznania szeregu zmian, występujących w korze mózgowej w przebiegu niektórych chorób umysłowych, a w pierwszym rzędzie nauczyliśmy się rozpoznawać pod mikroskopem niedowład postępujący.

Nie zamierzam wdawać się w to, jak kliniczne pojęcie niedowładu postępującego zacieśniało się od czasów Baylesa (1822) po dzień dzisiejszy i dalej się jeszcze zacieśnia, jak z pojęcia tego wydzielony został szereg innych procesów chorobowych (np. kiła mózgu, niedołęstwo umysłowe urazowe lub na tle miażdżycowem i t. d.). Również nie zamierzam omawiać szczegółowiej obrazu klinicznego tej choroby, jaki obecnie posiadamy. Znajdzie to każdy z łatwością w nowszych podręcznikach psychiatryi. Zaznaczę

tylko, że niedowład postępujący, jak wiadomo, rozpoznajemy klinicznie na podstawie stwierdzenia z jednej strony znanych zaburzeń w sferze duchowej, — jak osłabienia pamięci, ogłupienia wraz z charakterystycznemi niedorzecznemi ideami, tudzież zmienności i zmiany w napięciu życia uczuciowego, — z drugiej strony objawów cielesnych, jak zmiany w oczach i w mowie. Co do histologicznego rozpoznania niedowładu postępującego, to opiera się ono na podstawie stwierdzenia w korze mózgowej — dwóch tworów: 1) komórek plazmatycznych (*Plasmazellen*), zwanych także komórkami Unny-Marschalko'a, tudzież 2) t. zw. komórek pałeczkowatych (*Stäbchenzellen s. Wurstzellen*). Co się tyczy zmian w komórkach nerwowych, występujących w niedowładzie postępującym, to o tem będzie mowa jeszcze poniżej; tutaj wspomnę tylko, że o zmianach tych w komórkach nerwowych, zachodzących w niedowładzie postępującym, dotąd ostateczne zdanie jeszcze ustalone nie jest. Komórki plazmatyczne odkrył Unna przy sposobności znalezienia nowej metody barwienia protoplazmy. Uważał też swoje barwienie za specyficzne dla tych komórek. Atoli Jadassohn, Neisser, Marschalko, Weygert wykazali, że barwienie Unny nie jest specyficznem dla tych komórek, gdyż barwią się one w sposób charakterystyczny także całym szeregiem innych zasadowych barwików, (jak tionina, safranina, hemateina i t. d.). Nazwa „komórki plazmatyczne" (*Plasmazellen*) pochodzi stąd, że Unna z początku sądził, że twory te są identyczne z komórkami, odkrytemi przez Waldeyera, a nazwanemi przezeń „komórkami plazmatycznemi." Gdy się jednak okazało, że owe komórki Waldeyera są tem samem, co komórki tuczne (*Mastzelle*) Ehrlicha, wtedy nazwa „komórki plazmatyczne" pozostała przy tworach, odkrytych przez Unnę. Co się tyczy morfologii komórek plazmatycznych, to w pierwszej swej pracy Unna podaje, że komórki te wyróżniają się oprócz charakterystycznego swego ciemnego zabarwienia, jeszcze ziarnistością protoplazmy w swem ciele, tudzież ciemnem zabarwieniem jądra. Atoli w następnych swych pracach o tych komórkach ogranicza się Unna do podania tylko pierwszej cechy ogólnego ciemniejszego zabarwienia jako charakterystycznej dla tych komórek. Dopiero Marschalko, a za nim Paltauf, Schottländer, Justi i Krompecher podali szereg następujących cech, charakteryzujących komórki plazmatyczne: 1) Kształt tych komórek jest okrągły lub owalny, gdy znajdują się one wolne; poligonalny lub podłużny — zależnie od tego, czy znajdują się wśród innych tkanek. 2) Protoplazma nie jest ziarnistą, jak pierwotnie to utrzymywał Unna. Jest ona nierównomiernie rozmieszczona w ciele protoplazmy, gdyż więcej jej jest na obwodzie, który też bywa ciemniej zabarwiony, gdy w środku ciała jest bardzo mała, stąd tu występuje miejsce jaśniejsze t. zw. „heller Hof." 3) Jądro jest zwykle położone odśrodkowo lub znajduje się w komórkach owalnych — w jednym biegunie. 4) W jądrze wzdłuż obwodu znajduje się 5—8 ziaren chromatynowych o znacznych rozmiarach, co nadaje tym jądrom silnie ciemne zabarwienie.

Nawet wtedy, gdy skrawki zostały zbytnio odbarwione, można łatwo rozpoznać komórki plazmatyczne już po liczbie i rozmieszczeniu ziarn chromatynowych w jądrze, po umiejscowieniu jądra i po wejrzeniu ciała komórkowego.

Co do pochodzenia komórek plazmatycznych, Unna sądził, że powstają one z komórek tkanki łącznej i podaje, że swierdzał wszelkie stany przejściowe między komórkami plazmatycznemi, a komórkami łącznotkankowemi. Jadassohn zauważył, że przytoczony argument, na którym Unna opiera swoje twierdzenie o pochodzeniu tych komórek, nie jest wystarczający i że jedynie tu miarodajnemi mogą być dane doświadczalne. Dane te przedstawił Marschalko, atoli nie na korzyść przypuszczenia Unny, lecz na poparcie własnego twierdzenia, że komórki te pochodzą z limfocytów małych. Dane te, potwierdzone przez Schottländera, Justiego i Krompechera, są następujące: 1) Przejść między komórkami plazmatycznemi, a komórkami tkanki łącznej niema. Natomiast są stany przejściowe między komórkami plazmatycznemi a limfocytami. 2) W sztucznie wywołanem aseptycznem ognisku zapalnem znajdują się bujające komórki łącznotkankowe, a niema komórek plazmatycznych. 3) W sztucznie wywołanem ognisku zapalnem bakteryjnem już po 24 godzinach znajdują się w nacieku wśród limfocytów liczne komórki plazmatyczne. 4) W takiem ognisku zapalnem jest tak, że tuż przy naczyniu są niewątpliwe ciałka krwi, potem na zewnątrz komórki przejściowe między limfocytami a komórkami plazmatycznemi, dalej zaś jest utworzony niejako wał ochronny przez typowe komórki plazmatyczne. 5) Po wprowadzeniu tuberkuliny pod skórę lub do krwi królika — powstaje sztuczna leukocytoza, a w krwi i śledzionie stwierdzamy typowe komórki plazmatyczne. 6) Barwienie Biondiego zabarwia jądra tkanki łącznej na fiołkowo, komórki zaś plazmatyczne, podobnież jak i limfocyty, na zielono. A wreszcie i ten fakt, że, jak to Jadassohn, Marschalko, Unna, Schottländer podają, komórki plazmatyczne znajdują się także prawidłowo w narządach krwiotwórczych, przemawia również za tem, że pochodzą one z komórek krwi.

Wszystkie przytoczone dane zdają się wskazywać na to, że mamy tu do czynienia z komórkami, pochodzącemi z ciałek krwi.

Co się tyczy zejścia tych komórek, to pewnem jest, że one mogą się rozpadać i ulegać zanikowi; natomiast, czy mogą ulegać organizacyi, tego na pewno nie wiemy. Marschalko, Schottländer, Unna, Krompecher przypuszczają, ze komórki plazmatyczne mogą tworzyć tkankę łączną. Co do stosunku do komórek t. zw. nabłonkowatych, — to Unna twierdzi, że niektóre z nich mogą pochodzić z komórek plazmatycznych. Również Schottländer i Krompecher twierdzą, że są formy przejściowe między komórkami plazmatycznemi a komórkami nabłonkowatemi. Marschalko jednak i Jadassohn temu przeczą.

Drugim tworem, niezbędnym do drobnowidowego rozpoznania niedowładu postępującego, są, jak wspomniałem, t. zw. komórki pałeczkowate. Scharakteryzuję je najlepiej może, gdy podam, że nieznający tych komórek biorą je zwykle za komórki naczyniowe. Są to podłużne jądra, często o długości dwa i trzy razy tak wielkiej, jak zwykłe jądra śródbłonkowe, blado barwiące się, o kilku drobniutkich chromatynowych ziarenkach wewnątrz, ustawionych zwykle wzdłuż komórki. Z ciała protoplazmatycznego pozostają zwykle tylko dwie wypustki, odchodzące od obu biegunów jądra.

Co się tyczy znaczenia i pochodzenia tych tworów pałeczkowatych, sprawa ta rozstrzygniętą dotąd nie jest. Wspomnę tylko o 2. tu odnoszących się objaśnieniach. Alzheimer mianowicie przypuszcza, że komórki pałeczkowate pochodzą z komórek przybyszowych (adwentycyalnych). Opiera swoje twierdzenie na preparatach, mających rzekomo wykazać to wytwarzanie się komórek pałeczkowatych z błony przybyszowej *(adventitia)* naczyń. Szereg spostrzeżeń, o których za chwilę będę mówił, naprowadza mnie na przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z jądrami neurogliowemi, podległemi licznym, niecałkowicie jednak zakończonym podziałom. Nissl pierwotnie przypuszczał, że komórki pałeczkowate powstają z jąder neurogliowych; nieumiał sobie jednak zdać sprawy z tego, w jaki sposób dochodzi do tak znacznego ich wydłużenia. Porzucił też to objaśnienie, które ja podejmuję w zmienionej w sposób powyższy formie. A czynię to na podstawie następujących danych: 1) Co się tyczy objaśnienia Alzheimera, to zawiera ono właściwie dwa różne twierdzenia: jedno, że z komórek przybyszowych (adwentycyalnych) powstawać mogą komórki pałeczkowate; drugie, że wszystkie komórki pałeczkowate powstają tylko z komórek zewnętrznej ścianki naczyń. Te dwa twierdzenia są zupełnie odrębne i do pewnego stopnia niezależne, a przynajmniej o tyle niezależne, że twierdzenie drugie może być błędne, a pierwsze mimo to może być prawdziwe, jakby to n. p. miało miejsce, gdyby było tak, że komórki pałeczkowate powstają nietylko z komórek ścianki naczyniowej, lecz także i w inny sposób. W tem też ostatniem znaczeniu twierdzenie, że komórki pałeczkowate powstają z komórek neurogliowych, nie wykluczałoby jeszcze twierdzenia, że powstawać one mogą także i z komórek ścianek naczyniowych. To też oba wspomniane objaśnienia, gdy je będziemy pojmowali w właściwy sposób, nie wykluczają się wzajemnie. I tylko z góry należałoby powiedzieć, że jeśli Alzheimer, podając, że wykazał wytwarzanie się komórek pałeczkowatych z komórek ścianki naczyń, utrzymuje, iż tem samem już wykazał powstanie z komórek naczyniowych wszystkich komórek pałeczkowatych, — to popełnia błąd rażący. 2) Co do teoryi Alzheimera, o ile ona dąży do wyprowadzenia wszystkich komórek pałeczkowatych z komórek ścianki naczyń, to teorya ta, zdaje się, upaść musi wobec następującego faktu, którego nie jest w stanie wytłómaczyć. Jak wiadomo, do charakterystyki komórek pałeczkowatych należy, że występują one nietylko przy naczyniach krwionośnych, lecz także przy komórkach nerwowych, tudzież wśród tkanki, zdala od komórek nerwowych i od naczyń krwionośnych. Tych dwu ostatnich faktów teorya Alzheimera w owem szerszem pojęciu nie jest w stanie wytłómaczyć. Nie jest ona w stanie wskazać, w jaki to sposób takie komórki pałeczkowate, jeżeli powstały z komórek ścianki naczyń, znalazły się zdala od tych naczyń bez żadnego z niemi bezpośredniego, czyto pośredniego połączenia, skoro jest niewątpliwem, że te komórki pałeczkowate własnych ruchów nie posiadają. O tę trudność rozbić się musi wspomniana teorya Alzheimera, pojęta szerzej, jako tłómaczenie powstania z komórek naczyniowych — nietylko komórek pałeczkowatych, znajdujących się przy naczyniach, ale także komórek pałeczkowatych, znajdujących się zdala i niezależnie od naczyń. 3) Preparaty, na które powołuje się Alzheimer, a z których jeden dzięki uprzejmości ich właściciela posiadam, wziąwszy ściśle, nie wykazują nam powstawania komórek pałeczkowatych z komórek ścianki naczyniowej. One, jak zresztą wszelkie obrazy anatomiczne, nie przedstawiają procesu powstania, lecz tylko dany jakiś stan. Obrazy, na które powołuje się Alzheimer, przedstawiają nam tylko pewne przestrzenne stosunki pomiędzy komórkami pałeczkowatemi i ściankami naczyniowemi, a mianowicie przyleganie, tudzież, co ma miejsce szczególnie przy większych naczyniach, pewne nachylenie się pod kątem komórek pałeczkowatych ku ściance naczynia. To tylko okazują preparaty Alzheimera i na tej już podstawie on utrzymuje, że te komórki pałeczkowate zostają wytwarzane z komórek ścianki naczynia. Widzimy z tego przedewszystkiem, że twierdzenie to Alzheimera nie jest bezpośredniem spostrzeżeniem, lecz jest dopiero przypuszczeniem, objaśniającem fakt spostrzegany. Pragnę jednak zaznaczyć, że objaśnienie, jakie Alzheimer daje wspomnianemu faktowi, nie jest ani jedynem, ani też nie jest więcej prawdopodobnem od następującego objaśnienia, jakie się wytwarza na podstawie mojej teoryi. Już Deiters zauważył, że wzdłuż naczyń występują często jądra, owe dawne „freie Körner“, niewątpliwe jądra neurogliowe. Z drugiej strony wiadomo, że w niedowładzie postępującym liczba włókien neurogliowych jest znacznie wzmożona nietylko w górnej warstwie bezkomórkowej, lecz szczególnie także i przy naczyniach (t. zw. zewnętrzna i wewnętrzna powierzchnia kory), przyczem do tych ostatnich włókna neurogliowe układają się w kierunku prostopadłym lub skośnym. Przedstawmy to sobie teraz: mamy naczynia krwionośne; do nich prostopadle czy skośnie kierują się wiązki włókien neurogliowych, a przy tych naczyniach obok tych włókien znajdują się owe komórki neurogliowe. Jeżeli teraz komórki te ulegną wydłużeniu, to wydłużać się nie będą mogły w poprzek włókien neurogliowych, gdyż spotkają tam znaczny z ich strony opór, lecz będą się oczywiście wydłużać w kierunku słabszego oporu, t. j. wzdłuż owych włókien neurogliowych, a więc skośnie lub prostopadle ku naczyniu krwionośnemu i nawet jego dotykać. Widzimy przeto, że jedyny ten fakt, stosunku przestrzennego między komórkami pałeczkowatemi a ściankami naczyń, jaki przedstawiają obrazy Alzheimera, a na podstawie którego buduje on swoją teoryę komórek pałeczkowatych, — przemawia z niemniejszym stopniem prawdopodobieństwa także i za naszą teoryą. 4) O dowodach charakteru apriorycznego, wypływających z całej naszej dotychczasowej znajomości ośrodkowego układu nerwowego, a przemawiających przeciwko całej teoryi Alzheimera, mówić tu nie będę, gdyż tam, gdzie *quaestio facti* wchodzi w grę, tam dane takie nigdy rozstrzygającej mocy mieć nie mogą. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Karol Klecki: **Alkoholizm i antyalkoholizm. Studyum krytyczne.** Kraków 1904, stron 147.

Sprawa alkoholizmu i jego zwalczania uważaną jest dzisiaj za jedno z najważniejszych zagadnień medycyny socyalnej. Zajmuje ona coraz liczniejszych badaczy nietylko wśród lekarzy, ale także wśród ekonomistów i socyologów

i wywołała wszędzie olbrzymi ruch piśmienniczy, zarówno w zakresie czysto naukowym, jak i w celach agitacyjnych. U nas nowoczesny ten ruch dotychczas słabem tylko odbijał się echem. Autor leżącego przed nami studyum naliczył w naszem piśmiennictwie poważnem wszystkiego dwadzieścia kilka prac o alkoholizmie; w samem zaś tylko naukowem piśmiennictwie niemieckiem w ciągu ostatniego dwudziestolecia ukazało się prac takich 1443. Wskutek małego ruchu piśmienniczego brak nam też informacyi o postępach badań nad zagadnieniami, wiążącemi się ze sprawą alkoholizmu, a obchodzić mogącemi w pierwszym rzędzie lekarzy. Dlatego i dla lekarzy pożądanem być powinno ukazanie się studyum, wymienionego w tytule, choć nie jest ono wyłącznie dla lekarzy przystępne, ale dzięki jasnemu i łatwemu wykładowi może być z korzyścią czytane także przez wykształcony ogół. Lekarz znajdzie w niem jednak zestawienie wszystkiego, co go obchodzić może, dokładne i przedmiotowe. Autor ze swej strony roztrząsa, czy szerząca się także w naszem społeczeństwie w ostatnich czasach propaganda zupełnej wstrzemięźliwości jest ze stanowiska nauki lekarskiej uzasadnioną, stara się określić, jakie są rozmiary klęski pijaństwa u nas i podaje sposoby, którymi zwalczać ją u nas byłoby najwłaściwiej.

Po krótkim wstępie historycznym streszcza autor wyniki doświadczeń na zwierzętach i spostrzeżeń na ludziach, dotyczących działania alkoholu w większych dawkach na różne czynności ustroju. Wynika z nich, że „alkohol słusznie uważa się za jad i to za jad, działający głównie na układ nerwowy, a jadowitość tę należy rozumieć w ten sposób, że działa on istotnie szkodliwie nawet w takich dawkach, w jakich używa go wielu ludzi bez żadnych bezpośrednio się ujawniających złych następstw, a nawet przeciwnie, odczuwając pewne dodatnie jego działanie“. Alkohol pogarsza sprawność mięśni, pracę serca, oddychanie; zagłusza uczucie głodu, obniża czynność wydzielniczą narządów trawienia, a przez to upośledza odżywianie ustroju, działa bardzo szkodliwie na wątrobę. Stąd łatwo zrozumieć, jak szkodliwe skutki wywiera stałe spożywanie większych ilości napojów wyskokowych. Autor wylicza biorące stąd źródło sprawy chorobowe i przytacza obfite dane statystyczne, dotyczące chorobowości i śmiertelności wśród alkoholików. Zgubny wpływ alkoholizmu na sferę moralną oświetla autor podobnież zapomocą całego szeregu liczb, poczem równie dokładnie przedstawia fatalne skutki, jakie alkoholizm rodziców wywiera na potomstwo. Te ustępy książki dotyczą szczegółów, lepiej znanych lekarzom, dlatego krótko tylko o nich wspominam. Mniej natomiast znane są ogółowi lekarskiemu nowsze wyniki badań nad działaniem na ustrój małych dawek wyskoku. Sprawą tą, do dziśdnia jeszcze niezupełnie wyświetloną, a bardzo ważną także i ze stanowiska praktyki lekarskiej, zajmuje się autor w obszernym ustępie.

Już w samem określeniu dawki „małej“ i „umiarkowanej“ panuje nawet między lekarzami pewna dowolność. Jednakże w ostatnich czasach uważa się niemal powszechnie za dawkę małą — ilość, nie przekraczającą $^1/_2$ grm. alkoholu absolutnego dziennie na 1 kg. wagi ciała, czyli nie dochodzącą 3—4 kieliszków 40% wódki, albo tyluż szklanek 4% piwa, lub 4—5 kieliszków 10% wina dla człowieka dorosłego. Jak takie dawki działają na ustrój, jest ciągle jeszcze rzeczą sporną, przedewszystkiem co do ich wpływu na czynności umysłowe. Dawniejsze doświadczenia na zwierzętach nie dozwalały prawie nic o tem wnosić. Nieco pewniejszych danych dostarczyły odpowiednio obmyślane doświadczenia na ludziach, rozpoczęte naprzód przez Kraepelina, a powtarzane przez jego uczniów i naśladowców. Autor opisuje obszernie te zajmujące doświadczenia, z których zdawałoby się wynikać, że wyskok nawet w małych dawkach czynności mózgowe wogóle upośledza, że jednak w początkowych okresach działania może przyspieszyć wystąpienie przejawów nawet dosyć zawiłej pracy umysłowej. Takie działanie zdaje się wywierać alkohol w mniejszych dawkach zarówno u ludzi, do niego przyzwyczajonych, jak i u ludzi zupełnie nie używających napojów wyskokowych. Obecnie nie można jednak jeszcze stwierdzić, na czem działanie to polega: czy jest skutkiem istotnego chwilowego pobudzenia czynności mózgowych, czy zahamowania czynności ubocznych lub korzystnej na razie zmiany usposobienia. Nawet zaś w bardzo małych dawkach upośledza alkohol wrażliwość zmysłów. Czy przy stałem używaniu małych, a codziennych dawek wyskoku może nastąpić skutek zbiorowy, to jest kumulacya jego złych skutków, nie wiemy. Również nie jest dokładnie znanem działanie małych dawek wyskoku na serce i naczynia krwionośne; po dawkach takich nie spostrzegano jednak u zwierząt tych zmian histologicznych w zwojach nerwowych serca, jakie powstają po dawkach większych. Szkodliwego wpływu małych dawek wyskoku na ciałka czerwone krwi nie stwierdzono; oddychanie pod ich wpływem wzmaga się, a ilość powietrza, wdychanego i wydychanego w jednostce czasu, zwiększa się; na trawienie, o ile można wnosić z doświadczeń na zwierzętach, wpływają małe dawki w ten sposób, że zwiększają przy jednorazowem użyciu ilość soku żołądkowego, natomiast często powtarzane, upośledzają trawienie żołądkowe. Nawet małe dawki wyskoku upośledzają wydajność pracy fizycznej, trwającej czas dłuższy; natomiast mogą przy krótkotrwającym wysiłku pracę mięśniową zwiększyć i to bez szkody dla ustroju, jeżeli po wysiłku nastąpi potrzebny wypoczynek i jeżeli wysiłek nie przekracza granicy, poza którą narażone są na szwank inne narządy, zwłaszcza płuca i serce. W pożywieniu może wyskok zastąpić część tłuszczów lub węglowodanów, a przez to zaoszczędzić białko, i to u ludzi, do wyskoku przyzwyczajonych — od samego początku; u ludzi zaś nieprzyzwyczajonych — po kilku dni trwającym wzmożonym rozpadzie białka; jako pożywka, może być wyskok w ustroju źródłem energii. „Umiarkowane“ dawki wyskoku, używane stale, mogą może działać szkodliwie na zdrowie i usposabiać do chorób, nie jest to jednak jeszcze ściśle dowiedzione. Natomiast nie stwierdzono żadnego szkodliwego wpływu dawek istotnie „małych“, nawet codziennych.

Objaśniwszy wszystkie te szczegóły streszczeniem odpowiednich doświadczeń i spostrzeżeń, konkluduje autor, że ściśle stwierdzoną jest dotychczas co do małych dawek wyskoku tylko szkodliwość ich na złożone czynności mózgowe, na wyższe stopnie wrażliwości zmysłów, oraz na dłużej trwającą pracę fizyczną. Sądzi przeto, że ludzie pracujący umysłowo, powinni zachować zupełną wstrzemięźliwość, a już co najmniej nie używać wyskoku przed pracą umysłową i podczas niej; to samo dotyczy ludzi, wytężających przy pracy zawodowej zmysły, oraz pracujących z wielkim wysiłkiem mięśni fizycznie przez czas dłuższy. Ta okoliczność, że nie stwierdzono szkodliwego działania małych dawek wyskoku na mniej zawiłe, lub mniejszego wysiłku wymagające czynności ustroju, nie uprawnia jednak bynajmniej do tego, aby zezwolić wogóle na stałe używanie takich dawek. Możnaby się na nie zgodzić tylko wyjątkowo, nabrawszy przeświadczenia, że w danym wyjątkowym przypadku nad szkodliwem działaniem wyskoku może przeważyć wpływ korzystny na pewne czynności ustroju, a nie można zaprzeczyć, że w pewnych szczególnych warunkach może się to zdarzyć. Jako przykład przytacza autor zachodzącą niekiedy potrzebę przytłumienia pewnych czynności mózgowych, zbyt silnie pobudzonych i trwających wbrew woli osobnika nadmiernie długo, co działa na umysł nużąco i wyczerpująco; ułatwienie krótkotrwających wysiłków fizycznych; chwilowe wzbudzenie łaknienia. Dlatego też, aczkolwiek najlepiej jest wyskoku zupełnie nie używać, to w pewnych szczególnych przypadkach „okolicznościowe ich użycie w dawkach małych lub miernych ze stanowiska nauki lekarskiej winno być dozwolone“. Taka mała dawka, na którą w tych wyjątkowych okolicznościach zezwolić można, wynosi około 23 gr. wyskoku bezwzględnego (2 kieliszki wódki lub wina, lub 2 szklanki piwa) dla zdrowego człowieka dorosłego.

Oczywiście odnosi się to do przygodnego, jednorazowego użycia wyskoku. Regularnego, codziennego używania tego środka, choćby w dawkach małych, należy zupełnie zaniechać, skoro nie dowiedziono, że takie dawki nie posiadają działania zbiorowego, skoro więc takiego działania wyłączyć nie można, a o jakimkolwiek korzystnym wpływie takiego używania wyskoku i mowy niema.

Są wprawdzie jeszcze i dzisiaj autorowie, którzy „ze stanowiska naukowego“ zezwalają na stałe używanie małych dawek wyskoku. Ale autor słusznie zwracając uwagę, że ci, którzy zalecają tylko umiarkowanie, opierają się nie na pewności, że wyskok w takich dawkach jest nieszkodliwy, lecz na braku pewności, że jest szkodliwy, zapatrywania te, jako nieuzasadnione, potępia.

Dotknąwszy jeszcze krótko sprawy leczniczej wartości wyskoku, omawia dalej autor drugorzędne składniki napojów wyskokowych, kładąc nacisk na to, że są one po większej części szkodliwsze jeszcze, niż sam wyskok; te zaś, któreby mogły być pożyteczne (cukier, dekstryna, guma i białko w piwie) są przez składniki szkodliwe odsunięte na plan drugi i wypadają dla konsumenta kilkakroć drożej, jako składnik napojów wyskokowych, niż w zwykłych pokarmach. Dalej przedstawia autor sprawę alkoholizmu u dzieci, wreszcie przechodzi do zarysu leczenia; resztę dziełka wypełniają bardzo obfite i zajmujące dane o walce z alkoholizmem, prowadzonej przez różne państwa i społeczeństwa. W tej też części studyum zestawione są najważniejsze systemy walki i wyniki, jakie w różnych krajach osiągnięto. W końcu znajdujemy próbę obliczenia, o ile to dzisiaj jest możebne, w jakim stopniu szerzy się nałóg pijaństwa u nas i jakie miejsce zajmuje społeczeństwo nasze pod tym względem wśród innych narodów. Galicyi przypadałoby według badań autora wśród różnych krajów z rzędu miejsce trzynaste, Królestwu czternaste, czyli trzecie z końca, po Królestwie bowiem następują już tylko dwa najwstrzemięźliwsze dziś narody, t. j. Norwegowie i Finlandczycy. Chociaż jednak pod tym względem „społeczeństwo nasze zajmuje na szczęście wśród narodów europejskich bardzo skromne miejsce“, niemniej poprawa stosunków i ukrócenie pijaństwa jest i u nas pożądane i potrzebne. Przytoczywszy historyę i stan obecny walki z alkoholizmem u nas, uważa autor za najwłaściwszy sposób działania w naszem społeczeństwie nietyle propagandę zapomocą stowarzyszeń, ile energiczną działalność ze strony duchowieństwa i nauczycielstwa; w tym celu należy wpajać potrzebne wiadomości już w seminaryach duchownych i nauczycielskich kandydatom do tych zawodów.

Pożyteczna i na uznanie zasługująca praca autora, opracowana starannie, napisana gładko i potoczyście, a ukazująca się właśnie na czasie, ma wszelkie dane po temu, aby zapoznać dokładniej nasz ogół lekarski i szersze koła społeczeństwa z dzisiejszym stanem nauki o alkoholizmie i ze środkami zwalczania tej klęski społecznej i przyczynić się rzetelnie do powodzenia dobrej sprawy. *Ciechanowski.*

V. Wyciągi.

Küster. **O nader skutecznem leczeniu suchot i innych ciężkich chorób zakaźnych środkami odkażającymi, zastosowanymi wewnętrznie.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1904, Nr. 43). Od czasów, jak uznano za fakt niezbity, że drobnoustroje są przyczyną wielu chorób, myślano, że do wyleczenia potrzebny jest środek wewnętrznie użyty, któryby bakterye zniszczył bez szkody dla ustroju ludzkiego. Dotychczas jednakże nie mogliśmy tą drogą zniszczyć zupełnie drobnoustrojów, ponieważ leki, użyte w dawkach działających, są szkodliwe i dla zdrowia ogólnego. Przypuszczenie jednakże, że wogóle każdy środek silnie działający zawsze jest trucizną dla ustroju, okazuje się nieścisłem, ponieważ w „gryserynie“ mamy przetwór, który działa zabójczo na drobnoustroje, a może być użyty wewnętrznie nawet w wielkich dawkach bez szkody dla ustroju człowieka. Historya gryseryny jest następująca: Brat autora, prof. Küster, miał pierwszy zauważyć, że jodoform przy wielkich opatrunkach wywołuje objawy zatrucia, mogące nawet zakończyć się śmiercią. Potrzebnym więc był przetwór zastępczy, który podał prof. Klaus. Jest to kwas metajodoortoksychinolinoanasulfonowy ($C_9H_4J.OH.SO_3HN.$), który nazwał „loretyną“. Mimo że cały szereg lekarzy uznał ten środek za nie wywołujący ani miejscowo, ani ogólnie objawów zatrucia, podczas gdy działa zabójczo na drobnoustroje, a jednocześnie prędko goi rany, świat naukowy nie okazał się dla niego przychylny i wytwarzania loretyny zaniechano. W ostatnich czasach jednakże laik, niejaki Rich. Griese, wykazał zalety tego środka. Porównawcze tablice uniwersytetu fryburskiego wykazały jego własności bakteryobójcze i to skłoniło pana Griesego do doświadczeń osobistych.

Zażywał on bowiem 5 gramów na dawkę i doszedł do następujących wniosków: loretyna w dawkach 5 grm. jest nieszkodliwą dla ustroju ludzkiego. Dawka od 3 do 5 grm. wywołuje po 20 minutach rozwolnienie, poczem łaknienie się wzmaga. Po 12 godzinach można loretynę wykazać w moczu. Dawka lecznicza jest 0·2, 0·3, 0·5. Sam Griese podawał lek ten chorym na gruźlicę, którzy mimo pobytu w sanatoryach nie doznali polepszenia. Gryseryna w tych razach działała dodatnio, a lekarze podziwiali skutki lecznicze tego przetworu. Bardzo dobre wyniki otrzymał Griese w leczeniu płonicy i błonicy.

Wyniki te skłoniły Griesego do wydania broszury p. t.: „Bezwzględne leczenie gruźlicy drogą wewnętrzną odkaźną“. Nie zwrócono jednakże uwagi na to dzieło, ponieważ było wydane przez laika. Pan Griese tymczasem ulepszył lek przez dodanie alkaliów, co uczyniło go bardziej rozpuszczalnym i zdatniejszym do wewnętrznego użycia. Środek ten nazwał „gryseryną“ i udał się do lekarzy Dr. Malmer Monsa, Dra Dörschlaga i autora (Küstera) z prośbą o jego zbadanie. Dr. Malmer Mons badał środek w sanatoryum Dra Grossa, podczas gdy Dr. Dörschlag i Küster wynajęli do celów obserwacyjnych osobną willę. Küster twierdzi, że działanie gryseryny jest zawsze stałe i pewne i że chorzy chętnie ją zażywają. Dawka 0·5 wywołuje rozwolnienie, dlatego też należy początkowo podać dawki mniejsze, po 0·3 rano i wieczorem, które sprowadzają wypróżnienia prawidłowe. Łaknienie wkrótce się wzmaga, mocz, kał i plwocina przybierają barwę żółtoczerwoną. Zauważyć można, że i ręcznik, użyty do wycierania ciała, staje się żółtawym; gryseryna więc nie wydziela się tylko moczem, ale także i przez skórę. Ubocznego działania gryseryna niema. Rozwolnienie, które czasem występuje, powstrzymać można małemi dawkami tanalbiny. Naprzód badano gryserynę u osób gruźliczych: już po kilku dniach chorzy doznają uczucia ucisku, bolu i kłucia w klatce piersiowej. Ilość plwociny się wzmaga. Są to wedle Küstera objawy, świadczące za tem, że środek zaczyna działać. Objawy te wkrótce ustępują, a chory doświadcza poprawy. Gorączka i poty ustępują, żywienie i odżywianie wzmagają się, chorego przybywa na wadze, kaszel łagodnieje, plwocina się zmniejsza. Objawy przysłuchowe i wypukowe pozostają dłużej, ale także po pewnym czasie ustępują. Wedle zdania Küstera gryseryna, wydzielona przez płuca, zabija prątki Kocha i inne drobnoustroje, przez co zapobiega dalszemu niszczeniu płuc, poczem umożliwia zupełne wyleczenie.

By wyleczyć części, patologicznie już zmienione, potrzebny jest pobyt na świeżem powietrzu i dobre odżywienie. Sanatorya szczególnie nadają się do leczenia suchot gryseryną i liczyć można na zupełne wyleczenie.

Küster stosował gryserynę w przypadkach beznadziejnych. I tak u pacyenta 19-letniego, u którego była już wysoka gorączka, silne poty, gruźlica krtani, a w lewem płucu duża jama, po używaniu gryseryny wysoka ciepłota opadła, poty ustały, a plwocina, przedtem ropna, stała się śluzowo-szklistą. Dobre wyniki otrzymał Küster także w przypadku gruźlicy stawu kolanowego, który był już przeznaczony do operacyi.

Malmer-Mons leczył z dobrym skutkiem wrzody gruźlicze krtani zapomocą wdmuchiwań proszku gryseryny. Küster twierdzi, że otrzymał także dobre wyniki przy raku: rak sutka, trwający od roku, już w 7 dniu uległ przy leczeniu gryseryną rozmiękczeniu, poczem powoli się zmniejszył. Griseryna działa także dobrze w zmianach rakowatych jajników i raku macicy.

Także i Dr. Dörschlag miał mieć dobre wyniki, stosując gryserynę przy raku.

Wedle twierdzenia Küstera działanie dodatnie gryseryny przy raku dowodzi, że przyczyną raka są drobnoustroje, a leczenie raka w przyszłości stanie się rzeczą internisty. Działanie nader skuteczne otrzymał Küster w błonicy i płonicy. Tak samo otrzymał zupełne wyleczenie w zapaleniu płuc, połączonem z zapaleniem śródsierdzia.

Ponieważ w przypadku gośćca stawowego nie stwierdził dobrych wyników, utrzymuje, że ta postać gośćca nie była wywołaną drobnoustrojami. Dobrze działa gryseryna także przy wolu. Nader ciekawe i wprost zdumiewające były wyniki, otrzymane w chorobach skórnych, mianowicie wyprysku i łupieżu. Drobnoustroje, które są przyczyną tych chorób, mają swoją siedzibę dość głęboko w skórze tak, że leki, zastosowane na skórze, tu nie działają. Gryseryna, użyta wewnętrznie, wydziela się także i przez skórę, a po drodze zabija drobnoustroje.

Dobre wyniki otrzymano także przy czyrakach, zolzach i toczniu.

Dr. Dörschlag leczył z dobrym skutkiem ciężki przypadek kiły, gdzie rtęć pozostała bez skutku. Küster twierdzi, że gryseryna, użyta zaraz po wystąpieniu wrzodu twardego, zapobiega wystąpieniu ogólnych objawów kiły.

Dobre wyniki otrzymał K. także w zapaleniu ropnem ucha środkowego i guzów krwawnicowych. Gryseryna więc ma być środkiem zabójczo działającym na drobnoustroje; wydziela się przez przewód pokarmowy, płucami, skórą i moczem. Küster zwraca się przy końcu swej rozprawy do lekarzy całego świata z prośbą, aby gryserynę wypróbowali także w durze, cholerze, dżumie i t. d. i twierdzi, że medycyna wewnętrzna nie będzie więcej kopciuszkiem w porównaniu do chirurgii, ponieważ w gryserynie mamy lek tak dobrze działający, że pociechą będzie być lekarzem chorób wewnętrznych *). *Dr. J. B. Sokal* (Lwów).

L. Lewin (Berlin). **Istotna podstawa działania leków, a szczególnie przetworów odkażających.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 44, 1904). Autor, znany z prac na polu higieny społecznej, podnosi w swoim artykule kilka faktów, na które zwykle tak mało zwracamy uwagę, a które przecież stanowią główny czynnik przy działaniu rozmaitych leczniczych przetworów odkażających. Na podstawie nabytych wiadomości i doświadczeń doszliśmy do pewnych prawd, których stosowanie praktyczne wszelkie nam przynosi korzyści, a właściwie przynosić powinno, gdyby nie smutny objaw, najbardziej nam szkodzący, że nie umiemy, albo też nie chcemy zastosować się w naszych czynnościach prktycznych ściśle do wyników teoretycznych. Jasny przykład mamy na stosowaniu leków. Nie poznawszy dokładnie właściwości tych leków, lub nie rozumiejąc działania ich na podkład żyjący, doszliśmy do pewnego schematu przy ich stosowaniu, od którego nie odstępujemy i stąd też pochodzi, że w pewnych przypadkach szkodzimy, w innych zaś nie pomagamy, mimo iż pomódz możemy. Co do leków lub przetworów desinfekcyjnych, to pierwszym warunkiem, by pewien środek wogóle działał, jest bezpośrednie zetknięcie się owego ciała chemicznego z substancyą żyjącą w tem miejscu, na które środek ten właśnie ma działać. (Teoretycznie jest niedorzecznością, aby pewne środki mogły działać na odległość wzajemnego oddziaływania. To jest przeciw wszelkim podstawowym zasadom chemii). Ładnie brzmi to w teoryi, a jednak jak to wszystko wygląda śmiesznie w praktyce. Jaskrawym tego przykładem, dobitnie demonstrującym nam tę śmieszność, jest stosowanie desinfekcyi wogóle. W sposób cięty i nadzwyczaj dowcipny opisuje Lewin, jak taka desinfekcya w praktyce wygląda. W Berlinie posypują codziennie stanowiska dorożek jakimś czerwonym proszkiem desinfekującym. Konie jednak nie osiągły niestety dotychczas takiego stopnia wykształcenia, ażeby wydaliny swoje akuratnie na tem miejscu zostawiały, które posypano proszkiem. Jeżeli nawet szczęście sprzyja i kał upadnie na takie miejsce, cóż wówczas się dzieje?

Wprawdzie w jednym punkcie swej powierzchni kał dotyka się owego proszku, reszta zostaje tak, jakby proszku wcale nie było. Jeżeli rzeczywiście uważamy za swój obowiązek, by kał koński odkażać, wówczas musielibyśmy postawić człowieka, którym kał ten ciągle dokładnie z proszkiem tym mieszał. Nawiasem powiedziawszy, Lewin uważa kał koński za zupełnie nieszkodliwy. A teraz oglądnijmy się, czy u nas to lepiej może wygląda. Jeżeli chcemy odkazić wydaliny ludzkie, posypujemy je delikatnie jakimś proszkiem i jesteśmy przekonani, żeśmy wszystko zrobili. Tymczasem miliony bakteryi, żyjące w głębszych nieco warstwach tych wydalin, cieszą się wprost, że przez posypanie owym proszkiem warstwy powierzchowne tworzą twardą skorupę i że im tam ciepło i bezpiecznie. Czy sądzimy, że owe miliony żyjątek giną już, jeżeli wąchają nasze środki odkażające? Czy lekarz wychodząc od przypadku duru plamistego inaczej postępuje, gdy delikatnie pokropi swe szaty kwasem karbolowym, jakby jakiemiś perfumami?

*) Redakcya »*Berliner klinische Wochenschrift*« dodała od siebie do pracy Küstera dopisek, w którym pozostawia odpowiedzialność za treść artykułu wyłącznie autorowi. (*Przyp. Red.*).

A jak wygląda nasza urzędowa desinfekcya pomieszkań po przypadkach chorób zakaźnych, wolę już o tem nie mówić. Słusznie więc twierdzi Lewin, że to nie jest praktyczna desinfekcya. Wróćmy więc do tego, cośmy mówili na początku niniejszego sprawozdania. Lekarz, wykonujący sam praktyczną desinfekcyę, lub rozkazujący ją wykonywać, powinien zawsze pamiętać o pogodzeniu praktyki z teoryą, a nie postępować według pewnego utartego, nieskutkującego schematu. *Dr. M. Selzer* (Lwów).

Kuszew. **Pulsus differens w tętnicach sprychowych w ścieśnieniu lewego ujścia żylnego.** (*Medicinskoje Obozrenije* 1904, Nr. 5). Na podstawie dwóch spostrzeżeń, sprawdzonych sekcyą, zaznacza K. doniosłe znaczenie rozpoznawcze objawu, opisanego w roku 1896 przez prof. Popowa, dla rozpoznania ścieśnień lewego ujścia żylnego, powikłanego z niedomykalnością zastawki dwudzielnej. Objaw ten zawiera się w heterodynamizmie, polegającym według prof. Popowa na niejednakiej sile tętna w tętnicach sprychowych; zwykle w lewej tętnicy jest ona znacznie słabszą, niż w prawej. Objaw ten występuje przeważnie u młodych osobników do 40 lat życia w okresie zaburzeń wyrównania; gdy zaś czynność serca pod wpływem spokoju i leczenia staje się prawidłową, objaw ten znika zupełnie lub występuje bardzo niewyraźnie; w wieku starczym nie daje się on wykazać, nawet w razie powikłania wady wysokim stopniem zaburzeń wyrównania. Na powstanie tego objawu składają się różne czynniki, przedewszystkiem znaczne powiększenie lewego przedsionka w kierunku ku górze, tyłowi i na zewnątrz, więc odpowiednio położeniu łuku tętnicy głównej; wskutek tego, łuk i powstające z niego tętnice lewa dogłowowa (*a. carotis*) i lewa podobojczykowa ulegają uciskowi, co zaznacza się mniejszą siłą tętna w lewej tętnicy sprychowej w porównaniu do prawej. Oprócz zwiększonego lewego przedsionka łuk tętnicy ulega uciskowi również ze strony rozszerzonego i przepełnionego krwią pnia tętnicy płucnej. Z innych czynników w ścieśnieniu lewego ujścia żylnego na pierwszem miejscu trzeba położyć małą ilość krwi w tętnicy głównej i obniżenie ciśnienia krwi w dużym krwiobiegu, wskutek tego ściany łuku tętnicy głównej są mało napięte i łatwo ustępują uciskowi ze strony zwiększonego przedsionka lewego. Nie bez znaczenia jest wreszcie i ta okoliczność, że lewa tętnica podobojczykowa tworzy kąt więcej ostry, niż prawa; wskutek tego wzmożone ciśnienie na łuk tętnicy głównej odbija się w większym stopniu na lewej tętnicy podobojczykowej. Wszystkie te przyczyny w połączeniu warunkują różnicę siły tętna w obydwóch tętnicach sprychowych u chorych na ścieśnienie lewego ujścia żylnego w okresie zaburzeń wyrównania. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Dr. Wiesinger. **Dwa przypadki ostrego zapalenia trzustki, wyleczone po laparotomii.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1904, Nr. 35). I. otyła, 44-letnia kobieta, dotychczas zdrowa, zachorowała przed trzema dniami (bóle w okolicy pępka, zaparcie wiatrów i stolca, wymioty). Po otworzeniu jamy brzusznej stwierdzono nastrzykanie otrzewnej, w jamie otrzewnowej znaczna ilość płynu surowiczo-krwawego, w sieci, krezce i na otrzewnej, najczęściej w okolicy trzustki, ogniska obumarłego tłuszczu. Wysięku w torebce sieciowej (*bursa omentalis*) niema. Trzustka nie powiększona. Jamę otrzewnową wysączkowano. Chora wyzdrowiała.

II. Robotnik 32-letni, od dłuższego czasu mający pewne przypadłości żołądkowe; zachorował dnia poprzedniego wśród podobnych objawów, jak w przypadku I. Otworzono jamę brzuszną i znaleziono stosunki takie, jak w przypadku poprzednim, z tą jedynie różnicą, że wysięku było mniej. Po wytamponowaniu okolicy trzustki chory wyzdrowiał.

We wnioskach końcowych zgadza się W. z Mikuliczem, aby w każdym podobnym przypadku starać się głównie o odprowadzenie wysięku zapalnego, a gdy tego zajdzie potrzeba, chory narząd (a więc trzustkę) szeroko kilkakrotnie ponacinać. *Herman.*

Pierre Marie i G. Guillain. **Zwyrodnienia następcze w sznurach przednich rdzenia.** (*Revue neurologique* Nr. 14, 1904). Na podstawie całego szeregu starannie wykonanych badań drobnowidowych w przypadkach ognisk rozmiękczynowych, umieszczonych w przebiegu dróg piramidalnych, przychodzą autorowie do przekonania, że dotychczasowe zapatrywania co do pochodzenia dróg piramidalnych nieskrzyżowanych w rdzeniu nie dadzą się utrzymać w całej pełni. Z jednej strony przerwanie chociażby zupełne dróg piramidalnych śródmózgowych sprowadza tylko minimalne wtórne zwyrodnienie w zakresie sznurów przednich rdzenia, lub nie sprowadza go wcale, z czego wnioskować należy, iż drogi piramidalne w przeważnej liczbie przypadków ulegają zupełnemu, lub prawie zupełnemu skrzyżowaniu. Z drugiej strony ogniska rozmiękczynowe, znajdujące się w opuszce rdzenia lub w moście, wywołują zwyrodnienia bardzo znaczne w zakresie sznurów przednich.

Zwyrodnienia te leżą nieco bliżej rogów przednich, aniżeliby to odpowiadało położeniu piramid nieskrzyżowanych. Fakt ten daje się tylko w ten sposób wytłómaczyć, iż włókna, pochodzące z pewnych części mostu i opuszki, przebiegają w rdzeniu w sznurach przednich i stanowią główną część włókien, które dotychczas uważano za włókna piramidalne nieskrzyżowane pochodzenia mózgowego. Dla włókien tych proponują autorowie ze względu na ich położenie nazwę włókien: „parapiramidalnych“, lub ze względu na kształt zajmowanego przez nie miejsca „włókien półksiężycowatych“ (*faisceau en croissant*). *Dr. A. Rydel.*

Bogdanow Berezowskij. **W sprawie zaczynów utleniających (oksydaz) jamy ustnej i w szczególności śliny.** (*Russkij Wracz* 1904, Nr. 8). Autor badał ślinę 32 osobników zdrowych, dalej ślinę noworodków, starców, 69 chorych na uszy, 14 chorych na mieszkowate i błonicze zapalenie migdałków, 13 z zajęciem jamy ustnej i gardła kiłowej przyrody, 6 z nowotworami jamy ustnej i 38 chorych, dotkniętych różnemi ogólnemi lub miejscowemi schorzeniami: oprócz tego autor poddał badaniu polipy w uchu i nosie, wyrośle gruczołowate w jamie nosowopołykowej migdałki, oraz ślinianki, gruczoły tarczykowy i szyjne zabitego psa, ślinę psa wściekłego i szyjne gruczoły chłonne dziecka, które zmarło na błonicę i dziecka, zmarłego na gruźlicę. Wreszcie wykonał autor szereg doświadczeń na psie z wyprowadzonemi na zewnątrz przewodami gruczołu przyusznego i podszczękowego, w celu otrzymywania z osobna wydzieliny tych ślinianek. Na podstawie tych badań przyszedł autor do wniosków następujących: 1) ślina zdrowego i chorego ustroju, zarówno wydzielina gruczołu przyusznego, jak i podszczękowego, zawsze zawiera zaczyny utleniające; 2) zaczyny te można wykazać w ślinie już w pierwszych godzinach życia dziecka; w starości ilość ich ogromnie obniża się; 3) schorzenia jamy ustnej i górnych odcinków dróg oddechowych wpływają na zawartość w ślinie zaczynów utleniających: stopień tego wpływu w obecnym czasie wskutek niedostatecznej metodyki trudno oznaczyć ściśle; 4) nowotwory i tkanka prawidłowa zachowują się niejednakowo względem odczynów na oksydazy; 5) fizyologiczne znaczenie oksydazy ślinowej sprowadza się do rozkładania tłuszczów i złożonych eterów, do utleniania aldehydów w odpowiednie kwasy; wreszcie do utleniania węglowodanów; 6) oksydaza ślinowa rozkłada salol na fenol i kwas salicylowy, co przemawia za używaniem salolu dla przepłókiwań jamy ustnej i połyku w celach zapobiegawczych i leczniczych; 7) wewnętrzne stosowanie jodku zwiększa ilość oksydazy ślinowej; 8) bliskie powinowactwo oksydazy do nadtlenku wodoru pod względem wpływu na tkanki ustrojowe przemawia na korzyść stosowania nadtlenku wodoru w chorobach jamy ustnej.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Cohn. **O dziedziczności i leczeniu zezu zbieżnego.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 40. 1904). Autor zestawia wyniki badań nad dziedzicznością zezu. Z 27.000 chorych, badanych w praktyce prywatnej, 805 miało zez zbieżny, a z tych 183, czyli 23% miało krewnych, również zezujących. Wynika więc z tego, że co najmniej $\frac{1}{4}$ wszystkich, mających zez zbieżny, odziedziczyła tę wadę rozwojową. Stosunek odsetkowy byłby jeszcze większym, gdyby we wszystkich przypadkach można zebrać dokładne dane wywiadowcze. Jest to jednak z wielu względów niemożebnem. Chorzy bowiem mogą nie wiedzieć o istnieniu krewnych zezujących, lub też zez, w dzieciństwie istniejący, ustąpił dobrowolnie, albo po dokonanej operacyi w późniejszym wieku. Przeszkody te w zebraniu odpowiednich wywiadów mogliby usunąć okuliści szkolni, korzystając z licznego materyału, jakim jest młodzież szkolna. We wszystkich przypadkach odziedziczonych znaleziono nadwzroczność jako wadę refrakcyjną i powszechnie jest wiadomem, że wada ta przyczynia się do powstawania zezu. Zasada ta jednak nie wyjaśnia faktu, dlaczego setki tysięcy nadwzrocznych wcale nie zezują i nasuwa myśl, że muszą tu działać jeszcze inne czynniki, jak schorzenia mięśni ocznych, lub wrodzone zmiany w mięśniu prostym wewnętrznym. Rozstrzygnięcie tego pytania powinno być przedmiotem dalszych badań. W sprawie leczenia zezu zbieżnego zaleca autor na podstawie 40-letniego doświadczenia nad 2000 zezujących i 700 operowanych postępowanie następujące: 1) Do 4 roku życia zawiązywać tylko oko zdrowe na przeciąg kilku godzin. 2) W 5 roku życia rozpocząć ćwiczenia mięśni ocznych przy pomocy szkieł wypukłych i stereoskopu. 3) Starać się o zupełne wyrównanie wady wzrokowej. 4) Operacyę przedsięwziąć dopiero w 10 roku życia; tylko w przypadkach nadzwyczaj szpecących w 6 roku. 5) Chorym przyrzekać tylko poprawę tej wady, a niezupełne jej usunięcie.

Dr. W. Reis.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

M. Lubowski. **O wewnętrznem leczeniu rzeżączki z szczególnem uwzględnieniem nowego leku przeciwrzeżączkowego gonosanu.** (*Fortschr. der Med.*, Nr. 26, 1904). Praca Lubowskiego jest sprawozdaniem zbiorowem z ogłoszonych dotychczas w piśmiennictwie notatek o gonosanie. Lek ten szybko usuwa bole przy oddawaniu moczu i wzwodzie w okresie zapalnym, powiększa wydzielanie moczu, a wpływa na zmniejszenie ilości ropy, skutkiem czego można się spodziewać zupełnego ustania wypływu już 8—10-go dnia. Boss, który wprowadził ten środek do praktyki, rozpoczął leczenie natychmiastowemi wstrzykiwaniami tego leku prątkobójczego i podawał od pierwszego dnia kapsułki gonosanowe (8—10 dziennie, stosownie do nasilenia objawów) aż do czasu, w którym zwyczajnie występują powikłania, t. j. do początku 4-go tygodnia. Tym sposobem leczył Boss 28 przypadków świeżej rzeżączki. Prócz uśmierzania bolów, szybkiego wyjaśniania się moczu, zapobiegania rozszerzeniu się sprawy rzeżączkowej na tylną część cewki, podnosi B., jako dalszą zaletę, iż gonosan, w przeciwieństwie do olejku sandałowego, nie upośledza prawie wcale trawienia. Benninghoven leczył 20 przypadków świeżej rzeżączki: obok równoczesnego miejscowego stosowania wstrzykiwań 1%-ego roczynu protargolu 4—5 razy dziennie, podawał on po 2 kapsułki gonosanu i twierdzi, że środek ten jest prawdziwem wzbogaceniem skarbca leczniczego. M. Friedländer stosował gonosan wyłącznie u takich chorych, u których rzeżączka ostra lub podostra nie ograniczała się do przedniej części cewki, lecz zajęła także część tylną, sprowadzając bole i kurcze, względnie krwawienie po oddaniu moczu. Gonosan działał tu bez wyjątku korzystnie. Reissner (35 przypadków rzeżączki przedniej i tylnej) osiągnął również dobre wyniki. Właśnie w przypadkach rzeżączki ostrej z gwałtownymi objawami zapalnymi okazywał gonosan szczególnie dobre działanie. Po 9-ciu kapsułkach dziennie, bez wszelkiego miejscowego leczenia, jedynie przy odpowiedniej dyecie, ustąpiły podmiotowe dolegliwości, parcie na mocz, bolesne wzwody, a po kilku dniach zmniejszyła się wydzielina. Właśnie w działaniu kojącem bole i zmniejszającem wydzielinę widzi Reissner zalety gonosanu w porównaniu z zwykłym olejkiem sandałowym. L. Spitzer (100 przypadków rzeżączki przedniej i tylnej części cewki moczowej, zapalenia pęcherza ostrego i broczącego) leczył tylko gonosanem z wykluczeniem zabiegów miejscowych i był również zadowolnionym ze skutków. H. Lohnstein przeciwnie leczył 25 przypadków także i miejscowo i to jak najwcześniej; wychwala gonosan, gdyż niema on ani nieprzyjemnego smaku, ani przykrych działań ubocznych, jak inne leki żywiczne, a w szczególności zwykły olejek sandałowy. Saalfeld stosował gonosan w 53 przypadkach ostrej i 22 przewlekłej rzeżączki i twierdzi, iż wprowadzenie gonosanu jest znacznym postępem w leczeniu rzeżączki. Zmniejsza on szybko wydzielinę ropną i zamienia ją w śluzową, łagodzi bole i częstość występowania tak bolesnych i leczenie utrudniających wzwodów prącia. Leczenie gonosanem wystarcza w wielu przypadkach do zupełnego usunięcia rzeżączki i ma przed leczeniem miejscowem tę zaletę, że chorzy, szczególnie mniej inteligentni, zabezpieczeni są od szkód, które wstrzykiwania mogą spowodować. *Baschkopf.*

Winterberg. **Nowsze badania i doświadczenia z sokiem mięsnym „Puro“.** (*Allgem. med. Central-Ztg.* 1904, Nr. 16). Do sztucznych przetworów białka uciec się nieraz trzeba, gdy ustrój potrzebuje więcej białka, niż zwykle, a nie można go podać w postaci zwykłych pokarmów z powodu braku łaknienia i t. p. Ponieważ z używanych przetworów białka żaden nie jest doskonałym, przeto wciąż pojawiają się nowe, a z dawniejszymi trzeba robić porównawcze próby. Autor użył do swoich doświadczeń przetworu „Puro“, zawierającego w 100 częściach 21% białka, 6% peptonu, 19% substancyi wyciągowych, a odznaczającego się większą od innych podobnych środków trwałością. Stosował go autor u 36 chorych, z tego 6 przypadków błednicy, 10 następowej niedokrewności (po krwotokach, zimnicy i t. p.), 3 — niedowładu żołądka, 8 — gruźlicy, 9 — zbyt powolnego zdrowienia po chorobach zakaźnych, i podaje szczegółowe opisy kilku ciekawszych przypadków, uzupełniając je tablicami, z których ocenić można przybytek hemoglobiny, ciałek krwi czerwonych i wagi ciała. W końcu przytacza autor wyniki badań przemiany materyi u dwóch zdrowych, jednakowo żywionych, którym przez pewien czas podawano „Puro“ zamiast jednej części pokarmów białkowych. Z tych prób wynika, że jest to dobry środek odżywczy, co okazało się także we wszystkich przez autora leczonych przypadkach. Szczególną zaletą przetworu jest według autora to, że wybitnie podnieca łaknienie. *S.*

Leczenie pęcherzycy noworodków. (*Therapie der Gegenwart*, lipiec, 1904). Wielka zaraźliwość pęcherzycy, szczególnie

u dzieci niżej 6 miesięcy życia, jest powodem, iż leczenie jej w szpitalach lub w ochronkach łączy się z niemałemi trudnościami, gdyż prócz właściwego leczenia chodzi tu o jak najściślejsze odosobnienie, oraz uniemożebnienie samozakażenia. W przypadkach nie bardzo uogólnionych dobre wyniki daje 10% rozczyn ichtarganu z 3% liposokiem tragankowym, którym pędzluje się miejsca zajęte po zdjęciu pęcherza; następnie miejsca te przykrywa się cienką warstwą waty i powtórnie pędzluje się, skutkiem czego tworzy się mocno przylegająca pokrywa. Gdy całe ciało zajęte, zwłaszcza jeżeli pęcherze zajmują także owłosioną skórę głowy, wiele zależy na wynalezieniu sposobu, uniemożliwiającego dzieciom częstego dotykania miejsc, chorobą zajętych i w takich razach najlepiej pokryć całe ciało opaską bizmutową Bardelebena (*Wismutbrandbinde*), poczem bóle szybko ustępują, a dla uniknięcia zanieczyszczenia opatrunku układa się dzieci na przyrządzie Bendix-Finkelsteina, używanym przy badaniach przemiany materyi. Dzieci wygodnie leżą w przyrządzie, a ta okoliczność, iż przyrząd ułatwia manipulacye bez dotykania się chorych, zapobiega przenoszeniu się choroby. Przy takiem postępowaniu wyleczenie następuje w przeciągu tygodnia, co innym sposobem trudno byłoby osiągnąć. *Baschkopf.*

Dioninę z kreozotalem zachwala E. Deutsch (*Centralblatt für Kinderheilk.* 1904, Nr. 3) jako lek, łagodzący napady kaszlu w krztuścu, podając go według następującego przepisu: Rp. *Rp. Dionin 0·01—0·1* (według wieku dziecka), *solve in Syr. simpl. 30·0, Creosotal 3·0, Ol. amygd. dulc. 10·0, Gumm. arab. alb. pulv. 5·0, Aq. destill. 110·0, Mf. lege artis emulsio. S.* Kilka razy dziennie po łyżeczce. *Ah.*

Dr. L. Ebstein. **O hetralinie, nowym środku przeciwgnilnym dla dróg moczowych.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1904, Nr 35). Hetralina, chemicznie „dioxybenzolhexamethylentetramin", podawana w dawkach ½ grm., w ilości 2—3 gramów na dzień, okazała się równie skutecznym antyseptykiem jak urotropina, niekiedy nawet lepszym. Autor widywał dobre skutki po tym środku, w różnych formach nieżytów pęcherza i miedniczek, — bezskutecznym był jedynie w gruźlicy dróg moczowych. *Herman.*

Santini. **Śródstawowe wstrzykiwania salicylanu sodowego w zapaleniach stawów.** (*Wiener klin. therap. Wochenschrift* Nr. 36, 1904). Autor ogłasza pomyślne wyniki, osiągnięte w 30 przypadkach zapaleń stawów zapomocą śródstawowych wstrzykiwań salicylanu sodowego. Zazwyczaj stosował 3% rozczyn w ilości 5 ctm.³, jako jednorazowej dawce; — czasami wystarczała i mniejsza dawka (3—4 ctm.³); ujemną stroną tego postępowania są dość znaczne bole, występujące po wstrzykiwaniu, co atoli — z uwagi na wynik — nie powinno być przeszkodą do szerszego zastosowania. *Dr. Pisek.*

Leczenie świądu starczego. (*Ther. Monatsh.*, lipiec, 1904). U starców łączy się uporczywy świąd skóry nietylko z wielkiemi cierpieniami, lecz także z pewnem niebezpieczeństwem z powodu niemożności zaśnięcia. Leki, dotychczas stosowane, n. p. mentol, nie mogą usunąć tego cierpienia, lecz tylko go łagodzą; inne środki sprowadzają równocześnie niepożądane wpływy uboczne. Joseph zachwala bardzo działanie eugoformu, który znakomicie wpływa na swędzenie w świerzbiączce (*prurigo*), liszajach, świądzie rzyci i t. d. Jacobsohn podaje, że podobnie dobre usługi oddaje eugoform w świądzie starczym, zwłaszcza w połączeniu z fetronem, jako maścią podstawową. Po zastosowaniu 5—10% maści eugoformowo-fetronowej odrazu znika uporczywe swędzenie, sen staje się spokojny, otarcia skóry skutkiem drapania goją się, a wpływów ubocznych nigdy nie spostrzegano. *Baschkopf.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 1 grudnia.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia 23 listopada posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Bujwid mówił „O epidemii wodociągowej duru brzusznego w Cieszynie."

* Czytamy w Nr. 48 „Gazety lekarskiej": „W ostatnich tygodniach z kilku stron, jakby na dane hasło, odezwały się głosy w prasie lekarskiej zagranicznej i polskiej przeciw nadmiernemu rozrostowi czasopism lekarskich. W Niemczech w r. b. wychodzi 240 pism, poświęconych medycynie. I w polskiej prasie medycznej wystąpiła „Medycyna" w Nr. 45 a „Przegląd lekarski" w Nr. 47 r. b. przeciw tej nadprodukcyi. Jeśli bowiem w Niemczech przy kilkunastu uniwersytetach, kilku akademiach, mnóstwie pracowni, ogromnych i wzorowo urządzonych szpitalach, bogatych nakładcach, liczba pracowników okazuje się za mała, aby nakarmić „pożywnie" molocha o 240 gębach, to cóż powiedzieć o nas, którzy bez przesady na tym punkcie jesteśmy tylko nieledwie pyłkiem. Na ironię więc zakrawa, iż w tym samym czasie, gdy ludzie kompetentni i posiwiali w pracy dziennikarskiej, powodowani nie zawiścią osobistą, lecz dobrem ogółu, występują przeciw mnożeniu się pism lekarskich, w Warszawie ma powstać nowy miesięcznik, poświęcony specyalnie jednej z gałęzi medycyny. Snać właściciel koncesyi na nowe czasopismo nie wie, iż obecnie istniejące nasze pisma lekarskie nie cierpią na pletorę, lecz przeciwnie niejednokrotnie teka ich redakcyjna bywa bardzo cienka, iż redaktorowie doprosić się nie mogą o pracowników, iż nierzadko, byleby tylko wyszedł numer o zapowiedzianej liczbie stronic, drukują pracę, która kwalifikuje się więcej do kosza, niż do kaszty zecerskiej.

Z drugiej znów strony czasopisma tak tutejsze, jak i pozakordonowe stoją wszystkim na oścież, zapraszają one wszystkich do współpracownictwa i każdego przyjmują z otwartemi rękami. Jeśli właściciel nowego pisma lekarskiego ma obietnicę kilkunastu specyalistów, iż będą stałymi jego współpracownikami, to ostrzegamy go, iż, jak poucza długoletnie doświadczenie, większość ich będzie figurantami, o małej wydajności, a dużych pretensyach Czujemy wszyscy braki w istniejących dotychczas pismach, lepiej więc te braki zapełnić, niż zwiększać tandetę. Piszemy się najzupełniej na zdanie „Przeglądu lekarskiego", iż „w imię duchowego dobra ogółu lekarskiego i rzetelnego postępu, powinno utwierdzić się przekonanie, że dalsze zakładanie czasopism w imię interesu osób lub instytucyi, a wbrew istotnemu interesowi naszego piśmiennictwa, jest rzeczą bezcelową a nawet szkodliwą".

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiel. otrzymał Chaim Hilfstein.

* W Nr. 45 „Przeglądu lekarskiego" donieśliśmy, że kilku obywateli z Królestwa Polskiego poszukuje w Krakowie lekarzy do miejscowości, pozbawionych pomocy lekarskiej z powodu powołania znacznej liczby lekarzy na plac boju. Zdaje się, że wiadomość ta wydaje się „Kronice lekarskiej" wątpliwą; możemy służyć Szanownej Redakcyi „Kroniki" konkretnymi dowodami, a nawet oryginałem podania, wystosowanego z inicyatywy obywateli z Królestwa do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, wzywającego do szerszej akcyi na tem polu. W imię więc rzetelnej prawdy prostujemy „sprostowanie" „Kroniki lekarskiej." Zgadzamy się natomiast z główną myślą Redakcyi tego dwutygodnika, że obecny stan liczbowy lekarzy w Królestwie, poza obrębem pojedyczych małych miejscowości, z których został powołany jedyny osiadły tam lekarz, wystarcza na potrzeby społeczeństwa. Zresztą z lekarzy galicyjskich żaden się nie wybiera do Królestwa dla dwóch przyczyn: 1) dla braku prawnej podstawy do osiedlenia się, bo na samem tolerowaniu przez władzę nikt nie zechce oprzeć swego bytu, oraz 2) dla motywów etycznych, bo gdyby nawet po skończonej wojnie lekarz z Galicyi wyjątkowo otrzymał uprawnienie do pozostania w Królestwie, przecież moralnym jego obowiązkiem będzie ustąpić ze stanowiska, gdy powróci z pola walki kolega przedtem stale tu osiadły.

* Dr. Feliks Malinowski z Warszawy otrzymał pozwolenie na wydawanie czasopisma poświęconego chorobom skórnym i wenerycznym.

* Sprawa budowy brakujących klinik uniwersyteckich we Lwowie przybiera cechy realne. Wydział krajowy zwrócił się do namiestnictwa z oświadczeniem, że gotów jest przedłożyć Sejmowi wniosek, aby kraj przyczynił się do kosztów budowy kliniki psychiatrycznej, laryngologicznej (nie istniejących), oraz dermatologicznej i okulistycznej (umieszczonych w budynku szpitalnym) — w stosunku po 2,400 koron za jedno łóżko; prócz tego oświadczył Wydział gotowość pokrycia z funduszów krajowych połowy kosztów nabycia gruntu pod budowę nowych klinik.

* W zarządzie klinik krakowskich nastąpi radykalna reorganizacya: dotychczasowy zarząd, złożony z 4-ch dyrektorów klinik i delegowanego sekretarza namiestnictwa, przejdzie w ręce starostwa krakowskiego, które wytworzy samoistne „biuro administracyi c. k. klinik." O wartości i praktyczności każdej reorganizacyi wyrokuje dopiero po czasie doświadczenie. Wszelka czynność w klinice powinna ze względu na jej zadanie pedagogiczne odpowiadać ideałowi pielęgnowania i leczenia chorych czy właśnie ten kierunek może być należycie zrozumiany i celowo przestrzegany przez urzędników starostwa? W reformie

zarządu klinik U. J. trudno dopatrzeć postępu i rozwoju naukowej uniwersyteckiej instytucyi; natomiast szpitalny ustrój i ład, nie przeczymy, może zyskać.

* W Petersburgu pojawiły się przypadki cholery azyatyckiej, jak sądzą zawleczonej z Kaukazu.

* Kilku lekarzy t. zw. „ziemstw“ w południowej Rosyi wniosło podanie do rządu o pozwolenie wydawania popularnego lekarskiego pisma w rusińskim języku (*R. Wracz*, Nr. 45).

* Międzynarodowy Zjazd położników i ginekologów zbierze się w Petersburgu w m. sierpniu 1905 r.

* Wojskowo-lekarska Akademia w Petersburgu odebrała 4 docentom *veniam legendi* z powodu nie wypełniania zobowiązań, przywiązanych do stanowiska docenta.

* Między 6 a 12 listopada doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim (2 gm.), dobromilskim, horodeńskim, husiatyńskim, jaworowskim (po 1 gm.), nadwórniańskim (2 gm.), niskim (1 gm.), rawskim (2 gm.), staro-samborskim, stryjskim, tarnopolskim, turczańskim, złoczowskim (po 1 gminie).

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadw. Jaszczinskij mian. prof. zwycz. chirurgii operacyjnej w Warszawie. Prosektor wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu Dr. Tichanow mian. profesorem nadzwycz. anatomii w Warszawie. Dr. Tendeloo mianowany profesorem patolog. anatomii w Leydzie. Dr. Pickett mian. profesorem neurologii w Filadelfii.

Nekrologia. Dr. Stellwag v. Carion b. profesor okulistyki zmarł w Wiedniu w 82 r. życia. Dr. Wurfbain b. prof. chirurgii — w Amsterdamie. Dr. Klein nadzwycz. prof. chirurgii — w Moskwie. Dr. Langerhans b. asystent Virchowa, zmarł w Berlinie w 44 r. życia.

Bibliografia:

— *Czasopismo lekarskie* Z. 10. Kopczyński: W sprawie leczenia pląsawicy. Sterling: O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu (dok.). Maybaum: O kuracyi winogronowej. Serkowski: Zarys semiotyki moczu (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 47. Heiman: Wskazania do otworzenia wyrostka sutkowego w ostrem zapaleniu ropnem ucha środkowego. Dobrzycki: Spostrzeżenia dotyczące przeciwgorączkowego działania kryogeniny w gruźlicy.

— *Gazeta lekarska* Nr. 47. Pruszyński: O ożywianiu serca. Malinowski: O leczeniu płonicy surowicą przeciwpłoniczą wyrobu pracowni Dr. Palmirskiego (c. d.).

— *Kronika lekarska* Z. 22. Otto: O sanatogenie (dok.).

— *Lékařské rozhledy* Z. 11. Kukula: Úvodni přednáška. Kaš: Sdêleni z praxe.

— *Liečnički Viestnik* Z. 11. Lang: Dicephalus dibrachius. Dežman: Aetiologia, prophylaksa i therapia tuberknloze prema današnjem stanju znanosti.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 47. Záhoř: O vývoji dozoru zdravotniho ve školách obecných kral. hláv. města Prahy. Schema instrukce pro lékaře školniho. Hnátek: Tetanus a neuritis (dok.). Slavik: O aktinotherapii.

— *La Presse médicale* Nr. 92. Rochand: Zapalenie miedniczek i nerki u ciężarnych. Regnault: Leczenie raka metodą prof. Adamkiewicza.

— Nr. 93. Roger: Wykład wstępny z zakresu patologii doświadczalnej i porównawczej. Hutinel: Postacie zbliżone i podobne do choroby Barlowa.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 47. Bagiński: Ostry gościec stawowy u dzieci. Dreuw: Leczenie toczniа (lupus) w praktyce codziennej lekarza, oraz badania histologiczne. Loewenheim: Fizyologiczne i lecznicze badania fosforu organicznego, w szczególności fityny (phytin). Schreiber: Osobliwe postacie i ulubione miejsce sadowienia się spraw gośćcowych. Bornstein: Odtłuszczanie a tuczenie białkiem (dok.).

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 47. Holzknecht: Leczenie promieniami. Jolles: Przyczynek do nauki o fermentach krwi. Hofmann: Jak przyczyniamy się w sposób prosty i celowi odpowiedni do rozdęcia płuca po wydaleniu otoku ropnego opłucnej zapomocą wycięcia żeber? Fink: O zamknięciu przewodu żółciowego przez pierwotne zamulenie (sluz żółciowy), oraz o żółciopędnem działaniu cieplicy karlsbadzkiej. Gürich: Stosunek między chorobami migdałków a ostrym gośćcem stawowym. Fürstenheim: Wykręcenie stawu nożnego jako przyczyna śmierci, oraz przyczynek do nauki o wypadkach. Hecht: Przyczynek do kazuistyki potworności. Rosenthal: Wytwarzanie natężonych promieni Röntgena dla celów leczniczych. Frank: Całkowite zarośnięcie macicy (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 47. Czervenka: Leczenie zapalenia pochwy drożdżami. Paschkis: O jednym szczególnym wrodzonym przypadku przetoki cewki moczowej. Gobiet: Ciężki przypadek urazowego tężca wyleczony wlewaniem tężcowej surowicy Behringa pod oponę twardą. Rössler: Odczyn szczepienny pod wpływem czerwonego światła.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 48. Sahli: O wielkim, a jednak lekkoprzenośnym kieszonkowym manometrze rtęciowym do celów klinicznych, w szczególności do sfigmomanometryi, oraz uwagi nad ulepszeniem „manszety Riva Rocci.“ Schultze: Rozpoznanie i leczenie wczesnych okresów wiądu rdzenia. Ebstein: Niektóre uwagi nad leczeniem spotęgowanej kwaśności soku żołądkowego. Müller i Inada: Przyczynek do nauki o działaniu jodu w zwapnieniu tętnic. Graser: Rozpoznanie przewlekłych zapaleń i ropień w szczególności w kościach. Bumm: O leczeniu i o widokach wyleczenia bezpłodności kobiet. Fritsch: Sztuczne poronienie. Dührssen: Leczenie nieżytu niewieścich narządów płciowych. Schmidt-Rimpler: Zaburzenia wzroku przy zaćmieniu rogówki i soczewki i leczenie tych zaburzeń. Bezold: Głuchoniemota i nauczanie głuchoniemych. Rille: Stulejka nabyta.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 47 (od 20/XI do 26/XI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 22, dziew. 33; nieżywo: chł. 3, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 17; zamiejscowych: męż. 15, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 2. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 2. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 2, ob. 2. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 9, ob. 11. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem:** miejscowych 35, obcych 27.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIII. Kraków 10 Grudnia 1904. Nr. 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie organizacyi sanitarnej w miastach większych.

Napisał

Dr. Leonard Bier.

W r. 1893 i 1894 otrzymały nasze miasta stołeczne Kraków i Lwów nową organizacyę służby zdrowia, — stworzoną przez własne Rady miejskie, wzgl. komisye sanitarne, na podstawie ustawy krajowej z 2-go lutego 1891, a zatwierdzoną przez wydział krajowy i c. k. namiestnictwo. Organizacya ta, mimo swego młodego wieku, jest jednak niedostateczna: — w Krakowie daje szczególnie wiele powodu do skarg uzasadnionych, sprawia, że w niektórych zakresach higieny publicznej miasto to nietylko nie przewyższa administracyi sanitarnej przeciętnego powiatu galicyjskiego, ale mu nawet nie dorównywa. By przekonać się o tem, dość poinformować się o akcyi ze strony miasta w tłumieniu chorób zakaźnych, dość wejrzeć w sprawozdania krajowej Rady zdrowia, porównać ogólną statystykę śmiertelności, śmiertelności z powodu chorób zakaźnych, wydatki poczynione na cel tłumienia tych chorób, rozpatrzyć liczby odnośne w powiatach nienajgorszych z jednej, a w Krakowie z drugiej strony, przy budżecie uchwalonym na cele i środki sanitarne wobec tych chorób, które największą powodują chorobliwość i śmiertelność, a których szerzenie się lub brak uchodzi za słuszną miarę działalności i wartości organizacyi sanitarnej każdej miejscowości.

Na poparcie tego zdania niech posłuży kilka następujących liczb: W sprawozdaniu krajowej Rady zdrowia za r. 1896, w szeregu powiatów politycznych, wykazującym stopniowo wzrastającą śmiertelność. Kraków (miasto) zajmuje na 64 stopni 51-szy; w roku 1897 na 62 stopni — 54-ty. Śmiertelność w Krakowie w obu latach sprawozdawczych przekracza znacznie przeciętną śmiertelność całej Galicyi: w r. 1896 ma Galicya śmiertelności 28,7, Kraków 35,7 na 1000 ludności; — w r. 1897 Galicya 30,0, Kraków 35,4. Śmiertelność z powodu chorób zakaźnych pochłania w Krakowie 760 (r. 1898) do 906 (r. 1901) osób w stosunku do ogólnej śmiertelności 2618, wzgl. 2693.

Jakkolwiek liczby te maleją po odliczeniu obcych, napływających do krakowskich zakładów leczniczych, stanowią jednak nie mniej ilości pokaźne.

W rażącym stosunku do śmiertelności i chorobliwości z powodu chorób zakaźnych pozostają środki finansowe, które Rada miejska przeznacza na cele zapobiegania chorobom zakaźnym. Jeżeli z pośród nich jako przykład przytoczymy desinfekcyę, będzie ona dobrą ilustracyą profilaktyki miejskiej. Na 858 zgłoszonych chorób zakaźnych w r. 1896 wykonano w Krakowie desinfekcyę parą 47 razy; w r. 1898 na 760 zgłoszonych chorób zakaźnych — 42; w r. 1901 na 906 przypadków — 50 razy. Jakkolwiek od czasu wprowadzenia formaliny, jako przetworu do desinfekcyi mieszkań, ilość desinfekcyi znacznie wzrosła przez ułatwienie osobom prywatnym użycia miejskich przyrządów desinfekcyjnych na własny koszt, nie mniej jednak wartość tej desinfekcyi jest wątpliwą z powodu szablonowego jej wykonywania przez pachołka miejskiego bez jakiejkolwiek kontroli fizykatu. I jak gdyby już samem wprowadzeniem przyrządów do desinfekcyi miasto spełniło swe w tym kierunku zadanie, spotykamy w budżecie sanitarnym r. 1900 redukcyę pozycyi na środki desinfekcyjne z 50 na 25 koron. Jak śmiesznie małą jest ta kwota przy znacznej ilości przypadków chorób zakaźnych w Krakowie, wykaże się to dosadnie, gdy przytoczę, że np. Zurych (150,000 ludności), posiadający małą śmiertelność (2298 czyli 15,32‰ r. 1901) ogólną i z chorób zakaźnych, przeznacza rocznie 704 fr. na środki desinfekcyjne, a 16,012 fr. na desinfekcyę mieszkań, nie wliczając w to wynagrodzenia pewnej ilości służby (według zamknięcia rachunkowego za rok 1901).

Potrzebę zmian organizacyi sanitarnej w Krakowie odczuwają nietylko lekarze (między tymi i niektórzy miejscy), ale i sam zarząd miasta i niektórzy członkowie Komisyi sanitarnej. Wybrano też w tym celu podkomisyę, której polecono zająć się ułożeniem podstaw do tej reorganizacyi i przygotowaniem jej planów. Ogłoszone niedawno i rozesłane w gronie ściślejszem radców miejskich pismo jednego z członków tejże podkomisyi, po za kilku zdrowemi, choć nie nowemi myślami, nie obejmuje całokształtu administracyi sanitarnej w pojęciu nowoczesnej higieny publicznej, a przez to nie daje poglądu na zasadniczy sposób reorganizacyi tego zakresu służby miejskiej A jednak od Krakowa, stolicy umysłowości polskiej, na którego urządzeniach sanitarnych wzorują się inne gminy pomniejsze, żądać można, by pomimo swych szczupłych funduszów, trzymał się przynajmniej zasad wzorowej organizacyi sanitarnej, był świadomym swych w tym kierunku braków i stale zdążał do ich usunięcia.

Zwiedziwszy bardzo wiele wzorowo pod względem sanitarnym urządzonych miast środkowej Europy, zapoznawszy się z rozwojem ich urządzeń, z ich planami i kosztorysami, i porównawszy to wszystko z tem, co dotychczas zdziałano u nas w Krakowie, a czego nam jeszcze brakuje, postanowiłem zabrać w tej dla naszego miasta sprawie głos i podzielić się z czytelnikami „Przegl. lekar.“ temi myślami, które mi to porównanie nasunęło. Przystępując do ogłoszenia zasad organizacyi sanitarnej w miastach większych, nie mam jednak zamiaru wszechstronnego wyczerpania tego przedmiotu. Do celu tego nie nadaje się pismo czysto lekarskie; — ogłoszenie zaś w piśmie innem, n. p.

w piśmie z zakresu administracyi nauk polityczno-społecznych rozprawy na ten temat, choćby w rozmiarach obszerniejszych i więcej wyczerpujących, przeszłoby tembardziej bez echa, że niestety przyznać zdaje się trzeba, iż między naszymi urzędnikami administracyjnymi i ekonomistami kwestye zdrowia publicznego i sposób administracyjnego ich ujęcia nie znajdują dostatecznego zainteresowania, o ile urzędnicy ci nie są zarazem lekarzami; — przeto sprawa organizacyi sanitarnej u nas staje się kwestyą prawie czysto lekarską. Ogłoszenie zatem powyższego tematu w piśmie zawodowem lekarskiem najwięcej może liczyć na zainteresowanie i miejmy nadzieję — nie pozostanie bez wpływu na nasze stosunki zdrowotne.

Organizacya sanitarna, czyli organizacya działalności, skierowanej do zabezpieczenia zdrowych warunków bytu w miastach większych, opierać się musi z jednej strony na statucie gminnym, czyli na rozszerzonej ogólnej ustawie gminnej, z drugiej zaś strony na ustawach państwa, względnie kraju i rozporządzeniach władz centralnych — t. j. ministerstwa i krajowych: namiestnictwa i wydziału krajowego. Organizacya sanitarna w najszerszem tego słowa znaczeniu obejmuje nietylko samo ustawodawstwo (wraz z rozporządzeniami), ale zarazem wszelkie urządzenia organizacyjne, zmierzające do zabezpieczenia, by odnośne ustawy i rozporządzenia, zmierzające do zapewnienia zdrowych warunków bytu, były ściśle przestrzegane.

W szerszych kołach lekarskich, oraz u ludzi interesujących się kwestyą organizacyi sanitarnej, pojęcie jej jest równoznacznem ze sprawą organizacyi służby zdrowia, czyli instytucyi lekarzy, weterynarzy i położnych, pozostających w służbie państwa, kraju, powiatu, czy gminy. Zdaniem osób tych, czy też sfer, ma instytucya ta na celu głównie zabezpieczyć ludności pewnego okręgu administracyjnego opiekę lekarską w chorobie ludzi ubogich, w nagłych wypadkach, w czasie epidemii, a zarazem stanowić ma organ doradczy w sprawach zdrowotnych dla władzy administracyjnej. W pojęciu tych osób kwestya leczenia, jako głównego obowiązku tych organów sanitarnych, jest czynnikiem najważniejszym; zdawałoby się przemawiać za tem nietylko na ogól małe wynagrodzenie lekarzy urzędowych, szczególnie gminnych i okręgowych, nie pozostające, z małymi wyjątkami, w stosunku do studyów i pozycyi społecznej lekarzy i zmuszanie ich do dorabiania na życie praktyką prywatną, ale i fakt obliczenia potrzebnej liczby lekarzy urzędowych w stosunku do liczby ludności (ustawa krajowa wobec lekarzy miejskich). Bezwątpienia i ten cel, t. j. zabezpieczenie szerszym warstwom ludności opieki lekarskiej, — miała na oku ustawa z r. 1870, wprowadzająca do każdego powiatu politycznego lekarza urzędowego, zaś ustawa krajowa z r. 1891 — do gmin — lekarzy gminnych (miejskich), a do tworzyć się mających okręgów sanitarnych — lekarzy okręgowych; — jednak cel leczenia, jako obowiązek, schodzi co raz bardziej na plan drugi, a nawet dalszy, a jako pierwszy punkt obowiązku tych lekarzy urzędowych, tak rządowych, jak i autonomicznych, występuje zapobieganie chorobom, ochrona i rozwój zdrowia ogółu. Występuje to nietylko w zmniejszeniu się praktyki tych lekarzy urzędowych, ale jeszcze więcej w pogłębieniu ich obowiązków, wyrażonem w instrukcyach i rozporządzeniach władz przełożonych. Przyczyna tej zmiany leży zapewne i w gęstszem obecnie rozsiedleniu się lekarzy praktykujących, w potworzeniu licznych Kas chorych i szpitali powszechnych, utrzymujących bezpłatne ambulatorya; więcej jednak zapewne w tej zmianie pojęć, jaka zaszła w ubiegłych 3 dziesiątkach lat, tak w nauce lekarskiej, jak i wśród szerszych sfer rządzących, że działalność zapobiegawcza wobec chorób powinna iść obok leczenia co najmniej w równej mierze, a w administracyi tak państwa, jak i mniejszych jednostek administracyjnych powinna przeważać. Pojęcia te co do działalności lekarzy urzędowych, łączące się ściśle z pojęciem organizacyi służby zdrowia, od dawna nie nowe, nie przeniknęły jednak do szerszych kół reprezentacyi gminnych, nawet miast większych; dowodów dostarczyć mogą obsady lekarzy miejskich i opinie rozstrzygające w takich chwilach. Jeżeli zastanowiłem się nad pojęciem zakresu obowiązków nowoczesnego „urzędnika zdrowia“ w miastach większych nieco szerzej, niż wskazanemby to było ze względu na czytelników „Przeglądu“ — lekarzy, — to na usprawiedliwienie moje niech posłuży nadzieja i chęć, by słowa te doszły do uszu tych, których zadaniem jest administracya i reprezentacya gmin miejskich.

W przekonaniu wielu osób, zwłaszcza w administracyi autonomicznej, obowiązkiem lekarzy urzędowych ma być zadośćuczynienie ustawom i rozporządzeniom sanitarnym gminy, ale czy zadośćuczyniono istocie i treści ustawy, czy też tylko formie, to dla nich jest rzeczą obojętną. W istocie zaś przyznać trzeba, że zbyt często czyni się zadość jedynie formie. Zapytaćby należało w takim razie, czy ustawy wydano jedynie w tym celu, by urzędy gminne mogły się wykazać ich spełnieniem, czy też, by przyniosły rzeczywistą korzyść gminom. Nasuwają się jednak jeszcze inne pytania: czy nasze ustawodawstwo sanitarne jest już tak rozwinięte i doskonałe, że interpretacya jego i wykonanie w większych miastach nie napotyka na żadne trudności? czy nie wymaga uzupełnienia w niejednym kierunku? czy braki te w ustawodawstwie sanitarnem państwowem i krajowem nie nasuwają potrzeby miejscowych zarządzeń w gminach? czy wobec tego i forma organizacyi służby zdrowia nie musi być zastosowaną do potrzeb miejscowych, a nie jedynie czynić zadość literze ustawy?

Jak wyżej zaznaczyłem, pojęciem organizacyi sanitarnej obejmujemy wbrew dość ogólnie panującej opinii nietylko organizacyę służby zdrowia, ale całe ustawodawstwo, wraz z rozporządzeniami sanitarnemi, a odpowiednio do rozmaitych form administracyi i jednostek administracyjnych rozróżniamy administracyę sanitarną: państwową, krajową, miejską, okręgową; — wobec rozmaitego stopnia autonomii miast możemy też mówić o organizacyi sanitarnej w miastach większych.

Znaczenie ustawodawstwa (obowiązującego nietylko dla władz wykonawczych, ale i dla ludności), w zakresach administracyi, mających na celu ukrócenie niedbalstwa, samowoli i egoizmu jednostek i ogółu, zanadto jest ważnem dla prawidłowej czynności organów, którym powierzono dane zakresy administracyi; — odnosi się to do wszelkich atrybucyi policyi miejscowej, bodaj czy w stopniu nienajwyższym do policyi sanitarnej, pod którem to mianem obejmujemy działy administracyi sanitarnej. Zastanowić się nam przeto należy, o ile ustawodawstwo sanitarne w Austryi sprzyja wykonaniu przepisów, odnoszących się do zdrowia publicznego, zwłaszcza w miastach.

Jeżeli zważymy, jak różnorodne formy i warunki życia wpływają i wpływać mogą na zdrowie ludzkie, zrozumiemy łatwo, że ustawodawstwo sanitarne państwa małego i w sobie jednolitego napotyka na znaczne trudności i tylko w ogólnych zarysach ująć może (zakazem lub ograniczeniem) warunki szkodliwe dla zdrowia. Tem trudniejsze zadanie do spełnienia ma ustawodawstwo państwa wielkiego, na które składają się kraje i narodowości, stanowiące rozmaite typy polityczne, społeczne i ekonomiczne. Nic też dziwnego, że w Austryi poza ustawą z 30 kwietnia 1870 r., wprowadzającą zaledwie zarys zakresów, będących przedmiotem administracyi sanitarnej, państwowej i gminnej, oraz organizacyę rządowych organów sanitarnych, (jeżeli pominiemy ustawę o zarazach bydlęcych i ustawę przemysłową z r. 1885, czyniącą zadość pewnym wymaganiom higieny wobec pomocników w rzemiosłach i fabiykach), do r. 1896 (ustawa o obrocie handlowym środkami spożywczymi i przedmiotami użytku), brak wogóle ustaw sanitarnych. Nowych ustaw sanitarnych w Austryi tak prędko spodziewać się nie możemy, a to z powodu przeniesienia wspomnianą powyżej ustawą z r. 1870 całego ciężaru trosk o zdrowie publiczne na gminy, a pozostawienie dla państwa jedynie prawa nadzoru nad działalnością gmin w tym kierunku, obok nielicznych innych zakresów sanitarnych. W obradach, toczących się w roku 1869 w austryackiej Radzie państwa nad projektem powyższej ustawy, było to niezaprzeczonem zwycięstwem politycznem autonomistów pod wodzą Gocholskiego, że przy sposobności właśnie tej ustawy zdołali przesunąć punkt ciężkości administracyi krajów z parlamentu do sejmów; trudno jednak nie przyznać, że rodzajem ujęcia ustawy obecnie obowiązującej powstrzymano postęp na polu sanitarnem na wiele lat późniejszych. Jak to wskazują fakta, nietylko wielu lat było potrzeba, zanim poszczególne kraje koronne wprowadziły u siebie organizacyę służby zdrowia gminną i okręgową, do której zobowiązywała je ustawa sanitarna z roku 1870 (§ 5), ale zaledwie nieliczne kraje koronne zdobyły się jeszcze na inne ustawy, mające na celu względy zdrowia ludności [1]). Jeżeli zaś w reprezentacyi krajów wprowadzenie ustaw, ukrócających niedbalstwo ogółu, samowolę i egoizm jednostek, ustaw mających tak wysoki cel, jak zdrowie społeczeństwa, wymagających nieraz pewnego nakładu środków pieniężnych, nie znajduje dostatecznego odczucia, czyż możemy tak bardzo spodziewać się tego od gmin poszczególnych, choćby niemi były miasta stołeczne? [2]). (C. d. n.)

* * *

II. Na czem polega obecne histopatologiczne rozpoznanie niedowładu postępującego?

Podał

Dr. med. i fil. P. Pręgowski (Lwów).

(Dokończenie.)

Co się tyczy poruszonej przezemnie teoryi, to po 1) jak widzieliśmy, tłómaczy ona równie dobrze, jak i teorya pierwsza, występowanie komórek pałeczkowatych wzdłuż naczyń. Teorya ta wyjaśnia nam jednak także i te fakty, których poprzednia teorya nie tłómaczy, a mianowicie występowanie komórek pałeczkowatych oddzielnie i niezależnie od naczyń krwionośnych przy kom nerwowych, tudzież oddzielnie wśród tkanki. Wiadomo bowiem, że w tych miejscach występują komórki neurogliowe. 2) Teorya nasza wyjaśnia także kierunek, w jakim stoją komórki pałeczkowate ostatnich dwóch rodzajów, a wyjaśnia w ten sam sposób, w jaki wyjaśniliśmy kierunek komórek pałeczkowatych, znajdujących przy większych naczyniach, a mianowicie tem, że komórki neurogliowe ulegają wydłużeniu swym niedokończonym podziałem w kierunku najmniejszego oporu, a więc wśród tkanki nerwowej prostopadle do powierzchni kory mózgowej, a równolegle i wzdłuż dróg nerwowych i podłużnego wymiaru komórek nerwowych, zaś u podstawy komórek nerwowych wzdłuż tejże podstawy, a więc wpoprzek do poprzedniego kierunku, co pochodzi stąd, że komórka nerwowa szeroką podstawą swoją rozsuwa znacznie tkankę nerwową i wzdłuż swej podstawy daje więcej swobodnego miejsca, aniżeliby go było przy wydłużaniu się komórki neurogliowej dalej w kierunku wypustki nerwowej. 3) Ale teorya ta ma nietylko to za sobą, że tłómaczy dobrze wszystkie fakta, stwierdzone w komórkach pałeczkowatych: za nią przemawia także i szereg innych danych, a przedewszystkiem to, że komórki pałeczkowate spotykamy tam, gdzie występują prawidłowo komórki naurogliowe, a więc tak przy naczyniach, jak wolno rozrzucone w korze i jak wreszcie przy komórkach nerwowych w miejscach, w których zwykle spotykamy trabanty. Dalej nie mniej przemawia za neurogliowem pochodzeniem komórek pałeczkowatych także ten fakt, że tam, gdzie znajdują się komórki pałeczkowate, nie znajdujemy już zwykłych, prawidłowo tam występujących komórek neurogliowych. Szczególnie widoczne to jest przy komórkach pałeczkowatych, występujących w pobliżu komórek nerwowych na miejscu trabantów, przedewszystkiem u podstawy kom. nerwowych. Nigdzie tam, gdzie komórka pałeczkowata przy podstawie komórki nerwowej powstała, nie znajdujemy zwykłego neurogliowego trabanta. Mimowoli nasuwa to podejrzenie, że ów neurogliowy trabant stał się tą komórką pałeczkowatą. 4) Ze komórki pałeczkowate, przynajmniej w części, pochodzą z komórek neuroglii, wydłużających się i ulegających licznym, atoli niedokończonym podziałom, za tem przemawia fakt, że w niewątpliwych jądrach neurogliowych spotykamy wtedy zwykle skłonność do wydłużania się. Ażeby zwrócić uwagę na występowanie licznych wydłużonych form jąder neurogliowych, — trzeba nie dać się wprowadzić w błąd stwierdzaniem licznych w przypadkach niedowładu postępującego, komórek neurogliowych bujających (*wuchernde Gliazellen*), a niemniej także małych okrągłych ciemniejszych form, pochodzących z poprzecznego przecięcia jąder podłużnych neurogliowych. Nie mówię tu już o tem, że w niektórych przypadkach niedowładu postępującego, a mianowicie w tych, w których cierpienie cielesne (zapalenie płuc i t. d.), na które pacyent umarł, pozostawiło znaczne ślady w korze mózgowej, spotykamy postacie komórek neurogliowych, pochodzące z wpływu owego cierpienia cielesnego na korę mózgową. Można zauważyć nadto wyraźne przejścia od niewątpliwych komórek neurogliowych do zupełnie pewnych komórek pałeczkowatych, znajdując liczne pośrodku stojące

[1]) Pomijam tu ustawodawstwo szpitalne.

[2]) Korzyść polityczną, zyskaną przez formę uchwalonej w roku 1870 ustawy sanitarnej, zrównoważyłaby kilkakrotnie korzyść istotna, wynikająca z uregulowanej już podówczas gminnej administracyi sanitarnej.

twory, o których trudno orzec, czy je zaliczyć należy jeszcze do komórek neurogliowych, czy też są to już komórki pałeczkowate. 5) Wreszcie na ten fakt, że mamy tu do czynienia z komórkami neuroglii, ulegającemi licznym choniedokończonym podziałom, wskazuje szereg spostrzeżeń nad budową i wejrzeniem samych tych komórek pałeczkowatych. Już w skrawkach, utrwalanych w wyskoku, widzimy przy bardzo skrupulatnem badaniu na jądrach pałeczkowatych — lekkie wręby, równoległe i sobie odpowiadające z obu stron, markujące niejako podział tego jądra na odcinki. Niekiedy wręby te są wybitniejsze, atoli jeszcze nie widzimy zupełnego podziału. To znowu widzimy ten podział, lecz dwa nowopowstałe odcinki oddzielone są od siebie jedną tylko błoną, jakby ścianką; to wreszcie widzimy rozdział całkowity i każdy z tych odcinków posiada już własną błonkę, ale są to odcinki jeszcze zetknięte ze sobą. Zdarza się także niekiedy, że występuje cały szereg zupełnie wykształconych i oddzielonych od siebie odcinków i jest otoczony pozostałością ciała protoplazmatycznego, które swoim zwyczajem na obu biegunach tworzy owe znane wypustki. Dodać wreszcie należy, że w skrawkach, barwionych według metody Weigerta na neurogliowe włókna, komórki pałeczkowate — nie tak skurczone, jak przy utrwalaniu wyskokiem, pozwalają jeszcze i w ten sposób rozpoznać w nich segmentacyę, że zazwyczaj posiadają pomiędzy obu przeciwległymi wrębami szereg ziarenek, przechodzący w formie paseczka czy błonki, wyraźnie rozdzielający jądro na cząstki.

Powyższe przedstawienie całego stanu rzeczy z owemi komórkami pałeczkowatemi — czyni, zdaje się, dosyć prawdopodobnem podniesione przezemnie przypuszczenie, że te komórki pałeczkowate, jeśli nie wszystkie, gdyż na takie twierdzenie potrzebaby było innych dowodów, to przynajmniej w części powstają wskutek wydłużania się, tudzież licznych, lecz niedokończonych podziałów jąder neurogliowych. Mielibyśmy więc tu do czynienia z faktem, że czynnik chorobotwórczy, wywołujący niedowład postępujący, działa na komórki neurogliowe w ten sposób, że pobudza e do licznych podziałów amitotycznych, gdyż tylko o takich tutaj mowa być może (mitoz bowiem nigdy w tych komórkach pałeczkowych nie stwierdzamy), a te podziały nie zostają zazwyczaj całkowicie dokonane

Co się tyczy zmian w komórkach nerwowych, jakie występują w niedowładzie postępującym, to sprawa ta dotąd, jak powiedziałem, ostatecznie załatwioną nie jest. Różni autorowie, a na ich czele Nissl podają, że najczęściej w przypadkach niedowładu postępującego występuje w komórkach nerwowych zmiana analogiczna do tej, którą Nissl opisał, jako występującą w komórkach nerwowych rdzenia pod wpływem zaciśnięcia tętnicy głównej i uniemożliwienia dopływu krwi do komórki nerwowej. Tymczasem mogę pod drobnowidem udowodnić, iż ta sama zmiana, która według wspomnianych autorów ma odpowiadać niedowładowi postępującemu, znachodzi się także w korze mózgowej tych przypadków, w których stwierdzono klinicznie najrozmaitsze inne choroby umysłowe; a nawet tę samą zmianę mogę naocznie wykazać w przypadkach, w których nie było zupełnie choroby umysłowej. Ta sama zmiana występuje również w komórkach nerwowych kory mózgowej królika po jej nacięciu lub przypaleniu. Tudzież inne liczne dane, z których zdam sprawę w swej pracy szczegółowej, odnoszącej się do tej kwestyi, każą mi uznać zmianę w komórkach nerwowych, którą wspomniani autorowie uważają za właściwą porażeniu postępującemu, za wywołaną cierpieniem somatycznem, przedewszystkiem chorobami gorączkowemi i zakaźnemi. Że zmiana ta bywa spotykana tak często w niedowładzie postępującym, to nic dziwnego, gdyż porażeni często przechodzą takie choroby, jak zapalenie płuc, posocznica i t. d. i zazwyczaj też na nie umierają. Gdy bliżej poznałem te zaburzenia, tak często się przyplątujące, było mi już niezbyt trudno zoryentować się w zmianie w komórkach nerwowych, odpowiadającej niedowładowi postępującemu. Nie będę jej tu bliżej przedstawiał, gdyż uczyniłem to w opisie, umieszczonym w „Przegl. lekarskim.“ Zadowolnię się tutaj tylko podaniem głównych cech, odróżniających tę zmianę od poprzedniej, posądzanej dotąd przez wielu o to, iż ona to odpowiada niedowładowi postępującemu:

1. W zmianie naszej rozmiary i kształt komórki nie ulegają zaburzeniu, — gdy w zmianie poprzedniej komórki nerwowe ulegają 2—3-krotnemu zmniejszeniu, tudzież pokurczeniu i tem wywołanemu zniekształtnieniu.

2. Jądro w naszym przypadku jest co do kształtu i wejrzenia stale niezmienione i stale utrzymuje swą błonę: w przypadku poprzednim jądro ulega 2—3-krotnemu zmniejszeniu, staje się zwykle wydłużone, traci swą osłonkę, tudzież ulega bardzo ciemnemu, jednostajnemu zabarwieniu na niebiesko.

3. Wypustka nerwowa w naszej zmianie pozostaje niewidoczna; — w poprzedniej zmianie jest zawsze bardzo wyraźna i przedstawia się w kształcie bacika na końcu pokręconego lub wiciowca.

4. Rozpad ciała komórkowego w naszej zmianie rozpoczyna się najpierw od strony wypustki głównej (protoplazmatycznej); — w zmianie poprzedniej — od strony podstawy komórki i wypustki nerwowej.

5. Nadto w warstwie większych piramid początkowe obrazy naszej zmiany są bardzo charakterystyczne, a mianowicie dzięki temu, że rozpad ciałek Nissla idzie tu od środka, od jądra ku obwodowi komórki, spotykamy naokoło jądra gładki szeroki pas, jednostajnie zabarwiony i dopiero na zewnątrz od niego rozpadające się jeszcze ciałka Nissla. Tego wszystkiego w zmianie poprzedniej niema, gdyż tam z powodu wielkiego skurczenia się komórki całej — wejrzenie komórki ulega zmianie.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Stanisław Łagowski: **Jędrzej Śniadecki i jego „Teorya jestestw organicznych“ w setną rocznicę pierwszego jej wydania. Szkic źródłowy i krytyczny.** *(Lwów 1904. Str. 85. Odbitka z „Kosmosu“).*

Rzecz napisana jasno i ze znajomością przedmiotu. Autor pierwotnie zamierzał przedrukować „Teoryę jestestw organicznych“, a jako wstęp do tego zamierzonego ponownego wydania dzieła Śniadeckiego miała służyć właśnie rozprawa, której tytuł wymieniony w nagłówku. Wobec braku wydawcy autor zmuszony był zamiaru tego zaniechać. Podkreślam tę okoliczność, gdyż inną miarą należy mierzyć wstęp do wydania jakiegokolwiek dzieła, a inną pracę naukową, która bynajmniej nie powstała okolicznościowo. Od wstępu Dr. Łagowskiego do zamierzonego ponownego wydania „Teoryi jestestw organicznych“ żądać nie możemy nic nadto, co nam daje; daje nam bowiem treściwą historyę życia Jędrzeja Śniadeckiego i dokładny rozbiór jego

teoryi. Od rozprawy samoistnej mielibyśmy prawo żądać więcej, bo w życiorysie krytyczniejszego stanowiska względem dotychczasowych biografów Śniadeckiego, a osobliwie względem najważniejszego z nich — Michała Balińskiego; w rozbiorze zaś teoryi Śniadeckiego nie tyle streszczania tego, co inni o „Teoryi jestestw organicznych“ napisali, lecz jaknajbardziej umotywowanego sądu własnego.

Jak każde zresztą dzieło ludzkie, tak i rozprawa Dr. Łagowskiego posiada oczywiście pewne, jakkolwiek nieznaczne usterki. Niektóre z tych usterek zauważyłem i radbym o nich gwoli ścisłości choć w kilku słowach wzmiankę uczynić.

Na str. 12 autor przypisuje Śniadeckiemu zasługę rozpowszechnienia we Włoszech słynnej ongi teoryi Browna. Wiadomość tę autor zaczerpnął zapewne z Balińskiego. Tymczasem historycy medycyny, jak Wunderlich i Haeser twierdzą co innego. Zdaniem ich z teoryą Browna zaznajomili Włochów Jones, Locatelli, Moscati i Rasori. Wiadomo z listu samego Jędrzeja Śniadeckiego do brata Jana, że poznał on teoryę Browna w r. 1792, podczas pobytu swego w Medyolanie. W tym samym roku, właśnie w Medyolanie, wyszło włoskie wydanie dzieła Browna p. n. „Elementa medicinae“ z przedmową Moscatiego. Zapewne więc Śniadecki poznał teoryę Browna z rzeczonego wydania włoskiego. W tymże 1792 roku ukazało się w Pawii w przekładzie włoskim, dokonanym przez Rasoriego, inne dzieło Browna, którego tytuł angielski brzmi: „Observations on the principles of the old System of Physic“ i t. d., we włoskim zaś przekład nosi napis „Compendio della nuova dottrina medica di G. Brown i t. d.“ Jasną przeto jest rzeczą, iż teorya głośnego szkockiego uczonego znaną była wcześniej we Włoszech, niż Śniadeckiemu, który ją poznał wtedy, gdy we Włoszech dzieła Browna albo już były wyszły, albo też były do druku przygotowywane. Zdaje mi się, iż Dr. Łagowski myli się również, gdy pisze: „W oryginale teorya Browna ma tytuł: „Joannis Brunonis Elementa medicinae Edinburg. 1780“, a w przekładzie angielskim: „Observations on the principles of the old system of physic.“ Nie wiem skąd autor tę wiadomość powziął. Albowiem w dziele Haesera, które Dr. Łagowski przytacza, znajduję, iż „Elementa medicinae“ wydał po angielsku sam Brown p. n. „The elements of medicine: or a translation of the Elementa medicinae Brunonis i t. d.“ Najwidoczniej Dr. Łagowski dwa różne dzieła Browna, jedno wydane po łacinie („Elementa etc.), a drugie po angielsku („Observations on the principles i t. d.“), poczytuje za jedno.

Na str. 24 autor, opisując zatarg Towarzystwa lekarskiego wileńskiego z generał-gubernatorem Korsakowem, zupełnie niedokładnie rzecz przedstawia. Według autora Śniadecki padł do pewnego stopnia ofiarą lekkomyślności Franka, który na odezwie Towarzystwa lekarskiego do Korsakowa miał rzekomo podpisać Śniadeckiego bez jego wiedzy. Tymczasem wspomnianą odezwę podpisał własnoręcznie Śniadecki, jako prezes Towarzystwa, zgadzając się w zupełności na jej treść. Słynny zatarg Towarzystwa lekarskiego wileńskiego z jenerał-gubernatorem dokładnie opisał Frank w swoich dotąd nie wydanych pamiętnikach, stanowiących własność Towarzystwa lekarskiego wileńskiego i Jan Śniadecki w listach do księcia kuratora Adama Czartoryskiego, znajdujących się w Muzeum XX. Czartoryskich w Krakowie. Ale, pomijając te źródła, które, jako rękopiśmienne, mogły nie być dostępne autorowi, całe wspomniane wyżej zajście zostało wiernie przedstawione w monografii Dr. Zaborskiego p. n. „Zarys dziejów Cesarskiego Towarzystwa lekarskiego w Wilnie.“ Warszawa 1898. (Odbitka z Pamiętnika Tow. lekar. warsz.).

Na str. 31 autor pisze: „Nikt również pewno nie wie, że Śniadecki pierwszy opisał działanie kalomelu moczopędne („Observationes de urinae a calculo unius renis suppressione.“ Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. lekar. wil. w r. 1814. Toż po polsku: „O zatrzymaniu uryny z przyczyny kamienia jednej tylko nerki.“ (Pam. Tow. lek. wil. I 167. 1818) i pierwszy zaczął kalomel w tym celu w praktyce stosować. Tymczasem Zachariin, który się o tem dowiedział prawdopodobnie od ucznia Śniadeckiego, a swego profesora, spostrzeżenie to ogłosił za własne, a uczniowie jego poszli jeszcze dalej, bo szkołę lekarską moskiewską, dzięki owemu kalomelowi, chcą nazwać szkołą Zachariina. Nikt nie zaprotestował przeciwko tej uzurpacyi, ponieważ niewielu o tem wiedziało.“ Ustęp ten w rozprawie Dr. Łagowskiego, bez cudzysłowu umieszczony, przemawiać zdaje się za tem, jakoby pierwszy Dr. Łagowski zwrócił uwagę na stosowanie przez Śniadeckiego kalomelu, jako środka moczopędnego. W dziele jednak Dr. Bielińskiego p. n. „Uniwersytet Wileński“ (Kraków 1899—1900) w tomie III na str. 637 znajduję bardzo podobny ustęp, który brzmi: „....nikt nie wiedział o tem w Europie, że pierwszy Śniadecki działanie kalomelu jako *diureticum* opisał i w praktyce stosował. Tymczasem Zachariin, dowiedziawszy się o tem prawdopodobnie od swego profesora a ucznia Śniadeckiego, powyższe spostrzeżenie za swoje przyznał, a uczniowie jego poszli jeszcze dalej, bo szkołę moskiewską lekarską, dzięki owemu kalomelowi, pragną nazwać szkołą Zachariina. Nikt nie protestował przeciwko tej uzurpacyi, bo niewielu o tem wiedziało.“ Jeszcze wcześniej, bo w r. 1898 zrobił Dr. Zaborski we wspomnianej już wyżej monografii następującą w tej sprawie uwagę: „Uważam za obowiązek wskazać w tem miejscu na wzmiankę Jędrzeja Śniadeckiego na posiedzeniu 12 stycznia 1807 roku, gdyż świadczy ona, że nie Jendrassikowi i nie profesorowi Zachariinowi należy się zasługa odkrycia moczopędnych własności kalomelu, lecz właśnie Śniadeckiemu, który powiadomił Towarzystwo, iż z dobrym skutkiem leczy porażenia nerek po szkarlatynie zapomocą kalomelu w połączeniu z *extr. hyoscyami* i wskazał na jego dobre działanie, jako środka moczopędnego.“

Na str. 60 twierdzi autor, iż „pierwszą króciutką bibliograficzną wzmiankę o „Teoryi jestestw organicznych“ napotykamy w tomie II Pamiętnika Towarz. lekar. warsz. z r. 1839.“ Tymczasem już w r. 1805 w Dzienniku wileńskim Józef Kossakowski streścił pierwszą część dzieła Śniadeckiego.

Do wytkniętych wyżej drobnych usterek rozprawy Dr. Łagowskiego zaliczyłbym także nieuwzględnienie przez autora przy rozbiorze teoryi Śniadeckiego najgłębszego i najobszerniejszego studyum o „Teoryi jestestw organicznych“, jakie piśmiennictwo polskie posiada. Mam na myśli rozprawę Tadeusza Żulińskiego, wydrukowaną w Rocznikach Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego w r. 1874 p. n. „Zasady teoryi jestestw organicznych Jędrzeja Śniadeckiego, ocenione ze stanowiska dzisiejszych pojęć fizyologicznych.“

W końcu dodać winienem, iż pomimo przytoczonych wyżej drobnych usterek, pracowite pismo Dr. Łagowskiego stanowi niebezwartościowy przybytek do polskiego piśmiennictwa historyczno-lekarskiego. Owszem, przyznać to należy, iż autor z wziętego na się trudnego zadania wywiązał się w sposób należyty, co mu się za zasługę poczytać godzi.

Adam Wrzosek.

Prace laboratoryum anatomii patologicznej szpitala żydowskiego w Warszawie, wydawane przez J. Steinhausa przy współudziale Kasy im. Mianowskiego. Zeszyt I, z 3 tablicami rysunków. Warszawa, 1904. Druk P. Laskauera. Stron III + 40.

Uzyskawszy dla kierowanej przez siebie pracowni odpowiedniejsze pomieszczenie w nowym gmachu szpitalnym i spodziewając się w lepszych warunkach zwiększyć jej działalność, rozpoczyna Steinhaus osobne wydawnictwo, aby sku-

pić prace, pod swoim wykonane kierunkiem, a dotąd rozproszone po różnych czasopismach. Spis prac tych, ogłoszonych od roku 1898 do początku r. b., podany w przedmowie, obejmuje pokaźną liczbę 34, z czego lwia część, bo 26, przypada na prace pióra Steinhausa, lub wykonane z jego czynnym współudziałem. Mogąc się pochlubić tak obfitym dorobkiem piśmienniczym, utworzono organ własny. Jestto nowy typ wydawnictwa, dość powszechny zagranicą, prawie zaś nie używany dotąd u nas, gdzie nawet większe kliniki gromadzą we wspólnych zeszytach tylko odbitki swych prac, wprzód niemi wzbogaciwszy nienazbyt obfitą treść naszych czasopism peryodycznych.

Na pierwszy zeszyt wydawnictwa złożyły się trzy prace. W pierwszej p. t. „Przyczynek do nauki o histogenezie nabłoniaków złośliwych kosmówki“ opisuje Steinhaus zajmujący przypadek tego nowotworu, powstałego po ciąży zaśniadowej. Na gronkach zaśniadowych, wyskrobanych wraz z cząstkami typowo już rozwiniętego nowotworu, można było stwierdzić przejścia od łagodnych rozrostów nabłonka kosmków do niepohamowanego, nowotworowego bujania, w którem główny udział miały komórki warstwy Langhansa, przełamujące nieznacznie tylko rozrosłe syncytyum. Autor nawiązuje do tego przypadku sprawę pochodzenia komórek wędrujących kosmówki. W drugiej pracy p. t. „O guzach zapalnych ślinianek“ podaje Steinhaus trzy przypadki tej sprawy, także i ze względów praktycznych ciekawej, ponieważ klinicznie może ona mieć cechy nowotworu, nawet złośliwego. Zamyka zeszyt praca Endelmana „O szklistem zwyrodnieniu w rogówce“, oparta na dwóch spostrzeżeniach, w której autor dochodzi do wniosku, że to zwyrodnienie jest wynikiem przemiany szklistej mas rozpadowych, powstałych wskutek martwicy tkanki i roztrząsa następstwa tej sprawy.

Wszystkie trzy prace nie ustępują co do swych zalet pracom, dotychczas z pracowni Steinhausa wyszłym. Wydanie jest bardzo staranne, rysunki wzorowe. *Ciechanowski.*

IV. Wyciągi.

Leube. **Odżywianie drogą pozaustną.** (*Deutsche Klinik* Band I, 1903). Odżywianie z wykluczeniem ust stosować możemy przez odbytnicę i przez skórę. Dróg tych używamy wtenczas, gdy n. p. z powodu zwężenia przełyku lub krwotoków żołądkowych i t. d. pokarmy przez usta nie mogą być przyjęte, lub nie powinny być podane. Do zupełnego i doskonałego jednak odżywienia ani jedna, ani druga droga nie wystarcza, natomiast użyte obie razem, mogą dać dobre wyniki.

Lawatywy odżywcze używane były już w starożytności; jednakże przedtem nie oceniano ich należycie, a to dlatego, gdyż skład takich lawatyw nie był odpowiedni; nie znano bowiem i nie uwzględniano wówczas czynności narządów trawiennych. Chcąc osiągnąć pewną korzyść z lawatyw, potrzeba do nich użyć takich substancyi, które w kiszce stolcowej mogą uledz wessaniu.

Takiemi ciałami są surowe jaja, wyciąg mięsny, peptony, roczczyny cukru, mleko, a w małym stopniu i tłuszcze. Ilość odżywczej lawatywy nie powinna przekraczać 300 sz. ctm, gdyż większa objętość wywołuje silny ruch robaczkowy i szybkie wydalenie treści wlanej do jelita.

Co się tyczy ciał białkowatych, to racyonalnem jest podawanie przetworów peptonowych, gdyż te prędko ulegają wessaniu i mniej ulegają gniciu, aniżeli inne ciała białkowate. Jednakże, jeżeli ich użyjemy więcej, niż 50 grm. w 250 grm. płynu, to wywołamy biegunkę. Przyswajanie peptonów zostało udowodnione, gdyż po lawatywach tego rodzaju nie możemy wykazać w moczu ani peptonu, ani wogóle białka. Z ciał białkowatych możemy użyć także wyciągu mięsnego i surowych jaj, które najbardziej nadają się: jeżeli do odbytnicy wlewamy 3 do 6 jaj, to później w moczu białka wykazać nie możemy. Dodatek soli kuchennej (1 grm. na 1 jajo) ułatwia wessanie.

Jednakże jaja ulegają wessaniu powoli tak, że część ich w kiszce stolcowej ulega gniciu, co stwierdza bardzo cuchnący kał po lawatywach jajecznych. Wytwory gnicia drażnią błonę śluzową tak, że po długotrwałem użyciu tych lawatyw przyjść może nawet do zapalenia kiszki grubej. Dlatego też należy przyrządem Hegara przed każdem nowem wprowadzeniem jaj przepłókać kiszkę, by usuwać resztki jaj zalegających i gnijących.

Z węglowodanów skrobia i cukier są nader stosowne do lawatyw. Skrobia w kiszce stolcowej przemienia się na cukier; samego cukru podać nie możemy, ponieważ rozczyn jego drażni błonę śluzową tak, że już 10% zostaje wnet wydalony, 40% wywołuje zaczerwienienie błony śluzowej, a 50% nieżyt kiszek i biegunkę.

Dlatego więcej, niż 15 grm. cukru na 300 płynu, podawać nie należy. Skrobia tylko powoli zamienia się w cukier, dlatego też ma tę zaletę, że powstają ciągle małe ilości cukru, które natychmiast ulegają wessaniu tak, że drażnienie błony śluzowej jest wykluczone. Lawatywy ze skrobią nie wywołują parcia ani bólów brzucha, tak jak lawatywy z cukrem. Lawatywy skrobiowe są więc godne polecenia, mianowicie w stosunku 50 gramów na 300 wody.

Zapomocą lawatyw skrobiowych przyswaja ustrój 3 razy tyle węglowodanów, niż przy stosowaniu lawatyw z cukrem.

Tłuszcze same nie nadają się do lawatyw odżywczych, gdyż wessanie tłuszczu w kiszce stolcowej jest możliwe tylko w ilości 10 gramów dziennie. Jednakże przez dodawanie substancyi trzustkowej większa ilość tłuszczu może uledz wessaniu; wiadomo bowiem, że steapsyna z mydła zawiesza (emulguje) tłuszcze, przez co czyni je zdolnemi do wessania. Jeżeli więc mieszamy tłuszcz ze świeżą substancyą trzustkową, możemy doprowadzić do tego, że nawet 50 gramów ulegnie wessaniu. Oprócz tłuszczu także i substancye białkowe, jak mięso, mieszane z trzustką, nadają się do lawatyw.

Prócz wymienionych ciał używamy jeszcze mleka do lawatyw odżywczych. Mleko ulega w kiszce stolcowej wessaniu i ma wielkie działanie odżywcze, ale także, jak każdy inny płyn, pobudza w większych ilościach ruch robaczkowy jelit, dlatego użyć go możemy w ilości nie przekraczającej 300 gramów.

Lawatywy odżywcze dzielimy na I. peptonowe: 60·0 peptonów na 300·0 mleka; II. jajeczne: 3 jaja na 300·0 mleka i 3·0 soli kuchennej; III. skrobiowe: 60·0 białka na 300·0 mleka; IV. trzustkowo-mięsne: 60·0 substancyi trzustkowej na 200·0 mięsa; V. skrobiowo-jajeczne: 300·0 mleka, 3 jaja, 3·0 soli kuchennej i 40·0 skrobi.

Lawatywami jednakże nie możemy stale dostarczyć potrzebnych kaloryi. Drugą drogą pozaustnego odżywiania jest odżywianie podskórne.

Jeszcze w roku 1869, Perko i Menzel wstrzykiwali ze skutkiem podskórnie mleko, żółtka, tran rybi i olej (10 do 35 gramów w 24 godzinach). Burlureaux wstrzykiwał podskórnie w 2 miesiącach 1 kilogram oliwy i zauważył podwyższenie ciężaru ciała.

Spostrzeżenia kliniczne na chorych sercowych, mianowicie, że chorzy znoszą i 100 wstrzyknięć oleju kamforowego w 24 godzinach bez działania ujemnego, skłoniły Leubego do wstrzykiwań podskórnych tłuszczu w większych ilościach. Peptonu i albumoz nie możemy używać do tych wstrzykiwań, ponieważ wywołują objawy toksyczne. Tak samo mleko i jaja, wstrzyknięte podskórnie, nie bywają przyswajane, lecz wydzielają się moczem.

Co się tyczy węglowodanów, to Leube robił doświadczenia z cukrem gronowym i przyszedł do wniosku, że on nie nadaje się do wstrzykiwań podskórnych, ponieważ wywołuje ból i gorączkę nazajutrz po wstrzyknięciu. Dekstryna wydziela się moczem; glykogen wprawdzie nie wydziela się, ale do dzisiaj nie wyrabiają go.

Zatem ciała białkowate nie nadają się do podskórnego odżywiania, a węglowodany (glykogen) w ograniczonej masie. Oliwa nadaje się do sztucznego odżywiania drogą podskórną; 50 do 100 gramów letniej oliwy, wyjałowionej przez gotowanie, możemy w ciągu jednej godziny powoli zapomocą lewaru wcielić, albo wstrzyknąć po 5 do 10 grm. zapomocą strzykawki Prawatza w różnych miejscach skóry.

Wedle Kolla wlewanie tłuszczów jest wskazane wtenczas, kiedy zasób tłuszczu w ustroju zanika, a nie jest on ubogi w białko, gdyż w innym razie może nastąpić rychłe zużycie białka. Jak długo przez odbytnicę możemy ustrojowi dostarczyć białka, podskórne doprowadzenie tłuszczu jest zabiegiem racyonalnym.

Jeżeli więc skombinujemy odżywianie przez odbytnicę (2 lawatywy dziennie po 300 grm. mleka, 40 skrobi, 3 jaja) z wlewaniem tłuszczu (100 grm. oliwy), to możemy dostarczyć ustrojowi potrzebną do życia ilość pożywienia. *Dr. Jakób Sokal*, Lwów.

Rauchfuss. **Zjawiska paradoksalne przy opukiwaniu klatki piersiowej.** (*Russkij Wracz* 1904, Nr. 8). Autor zwraca uwagę na jeden objaw, który spostrzega już od przeszło 20 lat, mianowicie, że przy wysiękie opłucnowej, sięgającej do 8—9 kręgu, a tembardziej wyżej, występuje zawsze stłumienie odgłosu opukowego po stronie zdrowej tuż u samego stosu pacierzowego i odpowiednio do tego uczucie zwiększonego oporu przy obmacywaniu; okolica stłumienia paradoksalnego ma kształt trójkąta,

którego podstawą jest dolny brzeg zdrowego płuca, przeciwprostokątnia (hipotenuza) zaś zaczyna się nieco niżej od poziomu wypociny, lub w zupełności odpowiada mu i stąd biegnie do zewnętrznego końca linii podstawowej, tworząc zwykle linię, zwróconą wklęsłością ku zewnątrz. Wysokość i podstawa trójkąta, zarówno jak i wielkość jego, zależą od ilości i wysokości wypociny; zawsze jedna wysokość trójkąta przewyższa podstawę; w większym stopniu ulega zmianom w razie zmiany poziomu wypociny, niż długość podstawy. Objaw ten spostrzega się stale w przebiegu wolnych płynów opłucnowych; zatem brakuje go w wypocinach otorbionych, nie przylegających do stosu kręgowego i nie sprowadzających przemieszczenia śródpiersia, przy wypocinie międzypłatowej, oraz zwyczajnych nalotach włóknikowych. Objaw występuje również w razie otoku ropnego i otoku z odmą piersiową, oraz po wydaleniu wypociny opłucnowej zapomocą torakotomii. Do ostatnich prawie lat autor przypisywał trójkątowi przykręgowemu (*triangulum paravertebrale*) znaczenie patognomoniczne: kilka jednak spostrzeżeń w ostatnim czasie wykazało, że stłumienie to może towarzyszyć włóknikowemu zapaleniu płuc; lecz w tych razach trójkąt jest mniejszy, ma nieco inne kształty i samo stłumienie jest bardzo nieznaczne. We wszystkich tych przypadkach do sekcyi jednak nie przyszło, wskutek tego niepodobna wykluczyć możliwości nalotów opłucnowych i zrostów. W każdym razie brak omawianego objawu uważa autor za nader ważną wskazówkę, przemawiającą przeciwko wolnej wypocinie opłucnowej, sięgającej przynajmniej do 9 kręgu u dzieci do lat 15 (autor, jako pedyatra, miał wyłącznie do czynienia z dziećmi). W miejscu trójkąta płuco przedstawia się zupełnie zdrowem i z normalną zawartością powietrza. Powstanie trójkątnego stłumienia po stronie zdrowej autor tłómaczy, wychodząc z doświadczeń na trupach, przemieszczeniem śródpiersia i obecnością wypociny, która przytłumia dźwięk, wywołany uderzeniem, przechodzący w zwykłych warunkach i na drugą stronę, a to dzięki kręgom i żebrom. Zapalne nacieczenie płuc nie wywołuje tego objawu, gdyż naciek nie przylega tak ściśle do opłucnej żebrowej, jak wypocina, przytem rzadko bywa zupełnym bez domieszki powietrza w oskrzelach i zrazikach; sama zbitość nacieku w każdym przypadku jest nierównomierną; wskutek tego wpływ nacieku na zmniejszenie dźwięczności miejsca opukiwanego jest mniej wyraźnym. Tylko w razie zupełnego nacieku, ściśle przylegającego do opłucnej żebrowej, mogą powstać warunki, sprzyjające utworzeniu się objawu, o którym mowa. (Podobny objaw u dorosłych, będących w tych samych warunkach, co i dzieci Rauchfussa, spostrzegł Kernig, wezwany przez Rauchfussa do zwracania nań uwagi. Kernig przypisuje mu również ogromne znaczenie rozpoznawcze. *Przypisek sprawozdawcy*). *Dr. Orłowski* (Ptbg.).

Lucke. **Przyczynek do leczenia rzeżączki wstrzykiwaniami.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 13, 1904). Autor zwrócił uwagę na brak pewności, czy tylna część cewki moczowej jest zamknięta wobec wstrzykiwań uciskowych (Druckeinspritzungen) do przedniej części cewki. Innem jest leczenie chorych, gdy są zakażeni po raz pierwszy, a inne, gdy rzeżączka jest nawrotowa. Lecząc zakażonych po raz pierwszy, można na pewne przyjąć, iż w pierwszych 14 dniach zamknięcie tylnej części cewki wobec przodkowej jest pewnem; zależy na tem, aby w tym czasie zapomocą wstrzykiwań uciskowych znacznie złagodzić objawy zapalne i usunąć dwoinki rzeżączkowe z powierzchni błony śluzowej. Jeśli to nastąpi, udaje się zwykle zapobiedz przeniesieniu się choroby na tylną część cewki, gdy wśród przestrzegania pewnych ostrożności wstrzykuje się rozczyn dostatecznie prątkobójczy. Można więc z dobrym wynikiem leczyć pierwszy raz zarażonych według Neissera. Lucke podaje, że rzeczywiście ze wszystkich przetworów srebrowych protargol oddał mu najlepsze usługi. U wielokrotnie zakażonych nie można nigdy z góry być pewnym, iż wewnętrzny zwieracz cewki wypełnia swoją czynność; dlatego najlepiej na razie nie polecać wstrzykiwań uciskowych, lecz albo leczyć tylko przednią część cewki przepłókiwaniami zapomocą cewnika aż do usunięcia silniejszej wydzieliny i powierzchownie leżących dwoinek, albo przepłókiwać według Janeta, a potem dopiero przejść do wstrzykiwań uciskowych. Lecząc więc ostrą rzeżączkę wstrzykiwaniami, należy, wyjąwszy pierwszy raz zarażonych, unikać wstrzykiwań z uciskiem i dłuższego zatrzymywania wstrzykniętego płynu, aż do zniknięcia znaczniejszych objawów zapalnych i powierzchownie się znajdujących dwoinek rzeżączkowych. Naturalnie tyczy się to także pierwszy raz zarażonych, objętych w leczenie przed upływem trzech tygodni od początku choroby. *Baschkopf.*

Hollstein. **Przyczynek do kazuistyki samoistnej i sztucznej zgorzeli skóry na tle nerwowem.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 43, 1904). Nie udowodniwszy dotychczas istnienia odżywczych włókien nerwowych, nie możemy stanowczo odnieść wszystkich przypadków zgorzeli skóry do wpływów nerwowych. Za typową zgorzel skóry można uważać równomierne obumarcie skóry (i głębszych warstw) palców kończyn w niepowikłanej postaci choroby Raynauda. Widzimy dalej, że u niektórych histeryczek bez jakiegoś powodu występują po najsłabszym bodźcu zewnętrznym rozsiane ogniska zgorzelinowe; zjawiska tego inaczej nie można sobie wytłómaczyć, jak nadzwyczaj małą odpornością osobnika. Do tej kategoryi nie wolno zaliczać przypadków tak zwanej „demisimulation" Bettmanna, który przez to chciał wyrazić, iż w tych przypadkach wykazał wprawdzie u chorych samouszkodzenie; było ono jednak tego rodzaju, iż samo przez się nie spowodowałoby zgorzeli, gdyby zmniejszona odporność skóry nie przyczyniła się do tego; przypadki te stanowią przeto przejście między zgorzelą nerwową samoistną, a sztucznie wywołaną. Rozpoznanie tej ostatniej postaci nieraz przedstawia wielkie trudności; pod tym względem należy pamiętać, iż histeryczki, cierpiące na przewlekłą chorobę skórną, odznaczającą się miejscami obumarłemi, przedewszystkiem wymagają zastanowienia się nad rodzajem i przyczyną zgorzeli; jest ona zwykle tylko powierzchowną i ma brzegi zaczerwienione; są to znamiona bezsprzecznego artefaktu; to rozpoznanie wzmacnia jeszcze badanie chemiczne strupów, albo też szybkie gojenie się zgorzeli pod stałym opatrunkiem; niemniej skuteczne jest w tych przypadkach badanie chorych w stanie hipnotycznym. *Dr. Korm.*

C. Wernicke. **Przypadek nerwicy kurczowej.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1904, Nr. 43). Autor opisuje 47-letniego człowieka, u którego od kilku lat pojawiają się przy każdym zamierzonym ruchu bardzo bolesne kurcze i to nietylko w mięśniu własnowolnie skurczonym, ale w całym szeregu mięśni sąsiednich. Kurcze te są tak silne i tak bolesne, iż uniemożliwiają wykonanie jakiejkolwiekbądź czynności z użyciem nieco większej siły: przy znaczniejszym zaś i dłużej trwającym wysiłku obejmują coraz dalej leżące gromady mięśni tak, iż n. p. mogą się rozszerzyć nawet na sąsiednie kończyny. Badanie elektryczne wykazuje jedynie zmniejszenie dość znaczne pobudliwości galwanicznej; brak odczynu myotonicznego, telemicznego, tudzież brak innych odpowiednich objawów pozwalają wykluczyć w tym przypadku zarówno chorobę Thomsena, jak i tężyczkę. Autor na podstawie teoretycznych wywodów przypuszcza, iż cierpienie to jest natury funkcyonalnej i proponuje dlań nazwę: »*Crampusneurose*«. Uważa, że etyologicznie ważnem było w tym przypadku nadużywanie alkoholu: i rzeczywiście, aczkolwiek nie zdołano chorego nakłonić do bezwzględnej wstrzemięźliwości, przecież już zmniejszenie używania alkoholu wywołało bardzo znaczną poprawę. *Dr. A. Rydel.*

Prof. S. Bettmann. **W sprawie poronnego leczenia ostrej rzeżączki.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 28, 1904). Wybierając środek do leczenia rzeżączki, należy mieć na oku obok działania prątkobójczego szkodliwy wpływ na tkanki, będące siedliskiem dwoinek rzeżączkowych, a głównie uwzględnić działanie leku w głąb tkanki. Znane są doświadczenia, w których stosowano zgęszczony rozczyn protargolowy w celu zapobiegania rzeżączce. Autor używa 20% rozczynu protargolu w glicerynie z wodą. Wiele zależy od odpowiedniego przygotowania tego rozczynu: 20 grm. protargolu daje się do miseczki, zawierającej 45 grm. zimnej wody i zostawia się aż do zupełnego rozpuszczenia się, unikając wstrząsania, poczem dodaje się gliceryny do uzupełnienia ilości 100·0. Bettmann wstrzykiwał z początku taki rozczyn do cewki, później przeszedł do pędzlowań cewki w jej przodkowej części. Powtarzał pędzlowania przez kilka po sobie następujących dni. Całe leczenie trwało najwyżej 8 dób. Chorzy byli zarażeni wyłącznie po raz pierwszy; od zarażenia się nie upłynęło nigdy więcej, niż 3—5 dni, gdyż przy rozpoczęciu leczenia poronnego po 5-tym dniu widoki dobrego wyniku nie są duże. Wykluczył on rzeżączkę powikłaną i z zajęciem tylnej części cewki, lub zadrażnieniem mięśnia zwieracza itd. W każdym przypadku stwierdzono niewątpliwą obecność dwoinek rzeżączkowych. Na 42 przypadków, leczonych poronnie tym sposobem, dodatni wynik był w 20 przypadkach (= 47%). Pierwsze wypędzlowanie sprowadza zwyczajnie dosyć silne wydzielanie, które jednak już drugiego dnia stawało się skąpe. Wydzielina ropna nie przemawia stanowczo za niepowodzeniem leczenia. Za wyleczonych uważano tych chorych, u których zniknęły wydzielina i dwoinki rzeżączkowe. Postępowania tego można też użyć w ostrej rzeżączce cewki moczowej kobiet, w nawrotach i tam, gdzie zależy na szybkiem ograniczeniu wydzieliny. Wyniki zachęcają bardzo do dalszych prób. Postępowanie jest proste, nie wymaga wiele zachodu, nie jest przykre, gdyż nie sprawia większych dolegliwości, nadto oddaje dobre usługi, jeśli stosuje się je tylko w odpowiednich przypadkach. Autor uważa leczenie to bądź co bądź za lepsze od postępowania według metody Janeta, jakoteż od dawnego leczenia kamieniem piekielnym. *Baschkopf.*

Dr. R. Lichtenstern. **Doświadczenia nad rozdzielaniem moczu.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 1904. Otto Zuckerkandl już od początku roku 1903 używa rozdzielacza (segregatora) Luysa. Przekonawszy się o jego użyteczności, zmniejszył nieco jego średnicę, zmienił krzywiznę i dziś na swym oddziele równie chętnie i łatwo używa go u kobiet, jak i u mężczyzn. W tym czasie miano sposobność stwierdzić w 25 przypadkach różnych cierpień nerek sprawność rozdzielacza, a kiedy jużto autopsya na żywym, lub na zwłokach, już też kontrolne badanie cysto-ureteroskopem wykazały, że dane, uzyskane segregatorem, w zupełnej pozostają zgodzie ze stosunkami rzeczywistymi, poleca L. przyrząd ten do ogólnego użytku (wbrew opinii kilku innych doświadczonych chirurgów. *Przyp. ref.).* Rozdzielenie pęcherza tym przyrządem niezawsze potrafi zastąpić cewnikowanie moczowodów; w wielu jednak przypadkach, po poprzedniem zoryentowaniu się w stosunkach panujących w pęcherzu przy pomocy cystoskopii, uzyskać możemy dane, które ułatwić mogą rozpoznanie lub postawienie odpowiedniego wskazania operacyjnego. *Herman.*

B. Stegmann. **Przypadek zaniku twarzy i kosmetyczne jego leczenie.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 1904, Nr. 35). Jednostronny lub obustronny zanik twarzy jest następstwem bądźto zaburzenia w włóknach odżywczych nerwu trójdzielnego, bądź zaburzenia w zwojach głowowych nerwu spółczulnego. Elektryzowanie, miesienie wibracyjne, tuczenie i t. d., wogóle leczenie dotychczasowe pozostaje w zupełności bezskuteczne. W przypadku autora 20-letnia dziewczyna cierpiała na obustronny zanik twarzy; choroba rozpoczęła się już we wczesnej młodości pod oczodołem i stąd rozeszła się z czasem po całej twarzy. Wejrzenie twarzy chorej było starcze, skóra lekko bronzowawo zabarwiona, kości twarzy nie przedstawiały nic nieprawidłowego. Leczenie polegało na wstrzykiwaniach czystej waseliny w przestwór podoczodołowy i mieszaniny waseliny z oliwą w stosunku 1: 4 w inne części ciała. Wstrzykiwania te poprzedzało zastrzyknięcie płynu Schleicha w celu znieczulenia. Wstrzyknięto w ogólności w przeciągu 18 dni 4 ctm.^{3} waseliny i 17 ctm.^{3} oliwy z wazeliną w 14 posiedzeniach. Każdorazowe działanie wstrzyknięcia należy przeczekać, aby przez to, przy ostrożnem dawkowaniu, osiągnąć pewny kosmetyczny wynik. Częstokroć po kilku miesiącach trzeba uzupełnić wessaną waselinę nowemi wstrzykiwaniami, ale wtedy wstrzykuje się ją tylko w bardzo małych ilościach. W przypadku autora wynik kosmetyczny był bardzo dobry. *B. Żmigród.*

Birnbaum. **Ostre i wysokiego stopnia zatrzymanie moczu u ciężarnej, jako wczesny objaw wiądu rdzenia.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 43, 1904). Przyczyny zatrzymania moczu są dwojakie: miejscowe (tyłozgięcie ciężarnej macicy uwięzniętej, lub kamica pęcherza moczowego itd.) i ogólno nerwowe. Ponieważ w danym przypadku, tyczącym się 32-letniej wielródki, której płód ostatni z roku 1898 wykazał wszystkie cechy kiły wrodzonej, nie było przeszkód miejscowych, należy szukać powodu choroby w czynnościowych lub organicznych zaburzeniach narządu nerwowego. Przy bliższem badaniu chorej okazało się, iż za histeryą lub neurastenią nic nie przemawia, a natomiast źrenice nierównej szerokości, nie oddziaływające wcale na światło, zmniejszoną wrażliwość podudzia na ból, jakoteż miejscami na zimno i ciepło, można uważać za początek wiądu rdzenia pacierzowego. Nie stoi temu rozpoznaniu na przeszkodzie brak znamiennego zachowania się odruchu kolanowego, gdyż w pierwszym okresie wspomnianej choroby nierzadko daje się spostrzedz taki brak, jak znowu z drugiej strony przyznać należy, iż zaburzenia pęcherzowe z reguły występują w trzecim okresie. Już z tego punktu widzenia powyższy przypadek godny jest wzmianki i to tembardziej, iż chora tak przed zatrzymaniem moczu, jakoteż po jego odprowadzeniu cewnikiem, żadnych podmiotowych nie miała dolegliwości. *Dr. Korm.*

Graf. **Dwa przypadki bąblowca z rzadkiem umiejscowieniem.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 34, 1904). Bąblowiec bardzo rzadko znachodzi się poza dużemi jamami ciała, a specyalnie poza jamą brzuszną; względnie często znajduje się na tułowiu i dolnych kończynach, (szczególniej na udach), rzadziej na szyi i kończynach górnych, a najrzadziej na głowie. W jednym z przypadków autora znajdował się bąblowiec na prawem udzie, w drugim na szyi po lewej stronie. Jaja tasiemca rozchodzą się z jelita drogą naczyń chłonnych i krwionośnych, albo też zarodki wędrują w włóknach tkanki łącznej wzdłuż wielkich naczyń krwionośnych. W przypadkach autora guzy były w bliskości tętnicy udowej, względnie tętnicy szyjnej. I nietylko wtórne pęcherze, lecz także zarodniki mogą dać powód do wytworzenia pęcherzy bąblowcowych i tem się tłómaczą nawroty miejscowe po operacyjnem usunięciu pęcherzy jednojamistych (*unilocularis*) bąblowca w obwodowych częściach ciała. W przypadku pierwszym był taki miejscowy nawrót wywołany pozostaniem zarodków po pierwszej operacyi. Wystarcza tylko do wywołania nawrotu, by mała część pęcherza pozostała, jeśli posiada w sobie zarodnika. Przypadek drugi jest o tyle ciekawy, że pęcherz, istniejący już od 18 lat, począł dwa razy ogromnie przybierać w rozmiarach, jednakże pod wpływem leczenia jodem obydwa razy wrócił do stanu prawidłowego. Oba przypadki wyleczono operacyjnie. *B. Żmigród.*

E. Delbanco. **Zapalenie błony śluzowej cewki moczowej w oksaluryi i fosfaturyi.** (*Monatshefte für prakt. Dermat.* Nr. 2, 1904). Oksalurya i fosfaturya powodują często bez zakażenia rzożączkowego zapalenia błony śluzowej cewki moczowej. Chorzy uskarżają się na nieznaczny wypływ z cewki, okazujący się często dopiero po naciśnięciu cewki, lub zalepia on ujście cewki; prócz tego skarżą się chorzy na ból przy oddawaniu moczu, w którym pływają nitki. We wszystkich prawie przypadkach oddaje bardzo dobre usługi urotropina obok leczenia zdrojowego. Oksalurya i fosfaturya są nadzwyczaj częstymi objawami neurastenii. *Baschkopf.*

Schirokauer. **Powtarzający się przewlekle skurcz odźwiernika jako wskazanie do operacyi.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 39, 1904). Objawy przewlekłego skurczu odźwiernika i sokotoku żołądkowego uważać należy zdaniem autora za ogólne objawy neurastenii, za objawy nerwicy, w której zajęte są drogi nerwowe żołądka tak ruchowe, jakoteż i wydzielnicze. Przerwy w występowaniu objawów wskazują, że niema tu od samego początku żadnego osłabienia mięśni (*myasthenia*) żołądka lub niedomogi przyrody organicznej. Autor uważa na mocy swych trzech przypadków za najodpowiedniejsze leczenie operacyę, polegającą na połączeniu żołądka z jelitem (*gastroenterostomia*), która działa poniekąd, jako operacya ocalająca życie. *B. Żmigród.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Leczenie połogowego zakażenia gnilnego formaliną. (*St. Petersburger med. Wochenschrift* Nr. 4, 1904). Dr. E. Hoerschelmann opisuje przypadek groźnego zakażenia gnilnego u 24-letniej położnicy. Piątego dnia choroby po bezskutecznem leczeniu postanowił autor zastosować formalinę według Barrowa. Z zewnętrznych jednak powodów ograniczył się do wlewań przez odbytnicę. Podawszy 9 kropel nastoju makowcowego przez usta, wlano do kiszki odchodowej irygatorem 600 ctm.^{3} 1% rozczynu soli kuchennej z dodatkiem 8 kropel formaliny Scheringa. Wlewano powoli w ciągu pół godziny pod bardzo małem parciem. Inne środki, stosowane w tym przypadku, były obojętne. Nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Z jednego spostrzeżenia nie zamierza autor naturalnie wysnuwać wniosku. Bądź co bądź zupełna zmiana obrazu chorobowego zaraz po zastosowaniu formaliny jest godną uwagi i autor poleca ten sposób leczenia do wypróbowania. *Baschkopf.*

Dr. Boldt. **Podskórne stosowanie atropiny w niedrożności jelit.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 48, 1904). Autor opisuje przypadek lekkiego zatrucia atropiną, dotyczący kobiety, u której podmiotowe i przedmiotowe objawy wskazywały na niedrożność jelita w okolicy kiszki ślepej. Ponieważ olejek rącznikowy i dwie dawki wyciągu wilczej jagody po 0·003 nie miały skutku, wstrzyknięto podskórnie 0·0007 atropiny; w godzinę później wystąpiły objawy zatrucia: rozszerzenie źrenic, bredzenie, drobne tętno — 120 na minutę, utrata pamięci, niepoznawanie ludzi i przedmiotów i t. d. Mimo, iż otoczenie chorej było tem wszystkiem bardzo zaniepokojone, autor, uważając przy tak małej dawce stan zatrucia za lekki, nie stosował żadnej odtrutki i rzeczywiście po 5 godzinach przyszło obfite kilkorazowe wypróżnienie; nazajutrz chora zupełnie prawidłowo oryentowała się i na wszystkie pytania dała należyte odpowiedzi. Zaburzenia wzrokowe i suchość w ustach ustąpiły najpóźniej, bo dopiero trzeciego dnia. *Korm.*

W sprawie leczenia potów nocnych suchotników. (*Wiener med. Wochenschrift* Nr. 35, 1904). Dr. A. Baer z oddz. wewn. prof. H. Schlesingera w Wiedniu donosi, iż przeciw potom nocnym, znikającym tak zadziwiająco szybko przy leczeniu gruźlicy płuc w sanatoryach, musiano u chorych szpitalnych stosować bardzo często leki. Prócz używanych od wielu lat agarycyny i atropiny, w nowszych czasach zastosowano *eumydrynę*. Zapomocą tego mniej trującego przetworu atropinowego osiąga się szybki skutek po 2—3 proszkach *à 0·001*. Przy dłuższem podawaniu tego leku zmniejsza się, jak się zdaje, jego skuteczność. *Baschkopf.*

Prof. Maramaldi. **O fersanie.** (*Giornale internaz. delle sc. mediche* 1904, Tom 26, Nr. 4). Acidalbuminy, zawierające żelazo i fosfor w związku organicznym, nie wymagają wzmożenia siły trawiennej żołądka i wsysają się łatwo w jelitach, stąd też i fersan należy zdaniem autora uznać za dzielny lek w niedokrwistości i zaburzeniach trawienia. Przetwór ten łączy w sobie własności środka odżywczego i żelazistego. W błednicy, niedokrwistości i u ozdrowieńców, oraz przy braku łaknienia podawać go najlepiej w proszku, 2—3 razy dnia po łyżeczce, w mleku, lub wodzie mineralnej. Dla dzieci nadają się pastylki czekoladowe z fersanem. *D.*

Helmitol w leczeniu rzeżączki i zapalenia pęcherza moczowego. (*Californ. medic. Journal* Nr. 7, 1904). W pierwszym okresie rzeżączki i zapalenia pęcherza moczowego osiągnął M. Schirman zupełne wyleczenie wstrzykiwaniem 1% rozczynu protargolu, który stosował dwa razy dziennie. W przypadkach powikłanych łączył leczenie zewnętrzne (2% rozczyn protargolu 3 razy dziennie) z wewnętrznem, podając helmitol po 1 gramie 4 razy dziennie; wyniki były zawsze dobre. Szczególnie w jednym przypadku powikłanym i nawrotnym, gdzie wszystkie powszechnie używane środki zawiodły, postępowanie wyżej opisane usunęło chorobę doszczętnie w przeciągu kilku tygodni. To samo miało miejsce w przypadkach przewlekłej rzeżączki, w których wszelkie środki okazały się poprzednio bezskutecznymi. Helmitol działa na mocz energicznie odkażająco i posiada własności uspakajające i uśmierzające ból. Przewyższa on pod względem skuteczności wszystkie inne przetwory przeciwrzeżączkowe. *Baschkopf.*

Dr. Simon. **Hedonal w wieku starczym.** (*Revue méd. de l'Est*, Nr. 11, 1904). Autor zastosował hedonal w dawkach 1—2 grm. u sześciu chorych swego zakładu; żaden z nich nie uskarżał się na bole głowy, jak to spostrzega się po innych lekach nasennych. U trzech z tych chorych, cierpiących na zwykłą bezsenność, która zatem nie była spowodowaną bolami itd., wywołał autor po zastosowaniu hedonalu sen, trwający 6—8 godzin. Po odstawieniu leku wróciła znowu zupełna bezsenność. Trzech innych chorych cierpiało na brak snu z powodu napadów bolu (2 chorzy na wiąd, 1 na ogólne opilcze zapalenie nerwów). U tego ostatniego hedonal zawiódł zupełnie; u dwóch zaś pierwszych wywołał sen 6—7 godzinny. Jeden z nich nie sypiał już od roku, po hedonalu spał całą noc. Hedonal jest więc znakomitym lekiem nasennym, co prawda, bez działania analgetycznego. *Baschkopf.*

Bornyval jest związkiem kwasu kozłkowego z borneolem (borneol-izokozłkan). Szukając właściwego działającego czynnika w przetworach waleryanowych, uważano za taki w ostatnich czasach sam kwas kozłkowy, chociaż już w roku 1893 Möller utrzymywał, że jest nim w głównej mierze zawarty w przetworach kozłka borneol. Gdy rozmaite sole kwasu kozłkowego zawiodły pokładane w nich nadzieje, należało przypuszczać, że związek z borneolem okaże się skuteczniejszym. Tego przetworu, nazwanego w handlu bornyvalem, próbowali w ostatnich czasach w różnych nerwicach Hirschlaff (*Allg. med. Centr. Ztg.* 1903, 47), Uibeleisen (*Deuts. Praxis* 1904, Nr. 3) i Engels (*Ther. Monatsh.* 1904, Nr. 5), ogółem w 46 przypadkach i utrzymują zgodnie, że działanie jego jest wybitniejsze i pewniejsze, niż innych przetworów kozłka. Dawka dzienna dla dorosłych trzy razy dziennie po 0·25 (w perełkach). *R.*

Kliniczne spostrzeżenia nad nowym lekiem nasennym isopralem. (*Allg. med. Centr.-Zeitung* 1904, Nr. 35). Isopral jest chemicznie wyskokiem trójchloroisopropilowym. Według badań farmakolicznych Impensa jest on znakomitym lekiem nasennym, dobrze zastępującym chloral, posiadając wszystkie jego zalety, a nie mając niekorzystnego wpływu na serce. Według Impensa działa nietylko na mózg, lecz także na opuszkę i rdzeń pacierzowy. Z powodu wielkiej lotności nawet przy zwykłej ciepłocie, poleca firma Bayer isopral w postaci kołaczyków po 0·25 i 0·5. Można jednak podawać też w rozczynie, szczególnie w wodzie miętowej. W zakładzie dla obłąkanych kobiet w Wenecyi podawał Teof. Montaguini isopral 46-ciu chorym. Skutek korzystny okazał się w 75% przyp. Działanie występuje szybko, już po kwadransie, a trwanie snu: 4—10 godzin. Sen spokojny, regularny, nie bardzo głęboki. U trzech chorych, którym podano isopral za dnia, utrzymywało się uspokojenie cały dzień. Nieprzyjemnych wpływów ubocznych nie zauważono. Autor przyłącza się więc do korzystnego orzeczenia innych lekarzy i stwierdza, iż isopral przy swych znakomitych własnościach nasennych i uspakajających może być z pożytkiem stosowany, szczególnie w praktyce psychiatrycznej. *Baschkopf.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 22/III (4/IV) 1904 r.

Obecnych członków 20, gości 2.

Przewodniczy w początku posiedzenia wiceprezes prof. Dr. St. Zaleski, następnie prezes Dr. Strawiński.

I. Protokół z poprzedniego ogólnego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący zawiadamia o zgonie 2 członków Koła: Dr. Radeckiego d. 27/III i Dr. Misiewicza d. 3/III. Pamięć zmarłych uczczono przez powstanie.

III. Dr. Dalecki wygłasza rzecz pod tytułem: „Wpływ soli żelaza i manganezu na rozkład tłuszczów.“ Prelegent przeprowadził w pracowni farmaceutycznej prof. Dr. Przybyłka szereg badań, dotyczących wpływu soli żelaza i manganezu na masło krowie, tłuszcz kakaowy i olejek migdałowy, więc na tłuszcze, które różniły się swojem pochodzeniem, własnościami fizycznemi i chemicznemi, wreszcie swoją odpornością na różne czynności w zwykłych warunkach przechowywania. Z soli żelaza i manganezu prelegent używał stearynianów. Do użycia tych, a nie innych soli skłoniły go następujące powody: 1) przypuszczenie, że sole te będą łatwo rozpuszczalne w tłuszczach; 2) wykluczenie w ten sposób działania kwasów obcych, co miałoby miejsce przy użyciu innych organicznych i nieorganicznych soli tych metalów; 3) wykluczenie bezpośredniego rozkładającego tłuszcze działania, ponieważ żelazo i manganez użyte były w postaci soli kwasów tłuszczowych i wreszcie — 4) kwas stearynowy, jako nasycony, nie mógł wpływać na zmianę bardzo ważnych dla prelegenta liczb jodowych Hübla, wskazujących na stopień nasycenia kwasów. Badając zmiany w zewnętrznem wejrzeniu i w składzie chemicznym wymienionych tłuszczów po upływie 4 i 8 miesięcy przechowania po dodaniu do nich stearynianu żelaza i manganezu w ilości 0,01%, 0,05%, 0,1% i 0,2%, prelegent przyszedł do wniosków następujących: 1) stearynian manganezu i żelaza podnosi utlenianie tłuszczów; 2) *ceteris paribus* manganez utlenia tłuszcze silniej, niż żelazo; 3) rozpuszczone w tłuszczach sole żelaza i manganezu utleniają silniej, niż nierozpuszczone; 4) działanie soli żelaza i manganezu jest katalityczne, więc odbywa się przy pomocy tlenu powietrza, który sole te przenoszą; 5) utlenianie tłuszczów w obecności żelaza odbywa się w nieco odmiennym kierunku, niż w obecności manganezu; 6) utlenianie tłuszczów wyraża się zmniejszeniem liczb jodowych Hübla i zwiększeniem liczb Reicherta, t. j. ilości lotnych kwasów tłuszczowych; 7) utlenianie tłuszczu odbywa się z początku powolnie, z biegiem czasu wzrasta tak w tłuszczach czystych, jak i w obecności żelaza i manganezu; 8) w zwykłych warunkach przechowywania, w ciepłocie pokojowej, przy dostępie powietrza i światła, tłuszcze jełczeją; 9) jełczeniu tłuszczów towarzyszy wzmożenie kwasoty, obniżenie liczb jodowych i zwiększenie liczb Reicherta; 10) ogrzewanie tłuszczów podnosi ich utlenianie. Badaniom tym prelegent jest skłonny nadawać oprócz znaczenia biologicznego poniekąd i kliniczną wartość: mają one przemawiać na korzyść stosowania manganezu po utratach krwi, zwłaszcza u osób otyłych.

W dyskusyi prof. Dr. St. Zaleski przemawia przeciwko katalitycznemu sposobowi działania żelaza i manganezu w doświadczeniach prelegenta, ponieważ używał on złożonych soli tych metalów, nie zaś takich związków, które, jak stwierdzono, są przenosicielami podobnego działania, n. p. żelazo odtlenione wodorem (*ferrum hydrogenio reductum*) i inne.

Prelegent tłómaczy, że podobnych związków używać nie mógł ponieważ rozkładałyby one tłuszcze, łączyły wolne kwasy i wytwarzały nowe połączenia; w ten sposób nie można byłoby sądzić o tem, jakiego rodzaju sprawy tu zachodzą. Użyte przez niego stearyniany żelaza i manganezu przeciwnie nie wywoływały tych zmian, jako sole kwasu zupełnie nasyconego.

Prof. Dr. Zaleski St. jest zdania, że podobne przypuszczenie nie jest ugruntowane; w rzeczywistości może zachodzić wręcz przeciwne zjawisko; jako przykład, przytacza tę okoliczność, że kwas stężony czasami nie działa wtenczas, gdy mniej stężony wywiera działanie.

Dr. Dalecki przytacza na dowód katalitycznego działania w swych doświadczeniach doświadczenia Bertranda z lakkazą, które wykazały, że dodanie do prawie nieczynnej lakkazy manganezu w postaci soli podnosi w znacznym stopniu utleniające jej własności.

Zdaniem prof. Dr. Zaleskiego, należy odróżniać związki organiczne od nieorganicznych; n. p. żelazo w nukleinie lub w keratynie paznokci, gdzie ono może być wykryte tylko po zwęgleniu, różni się znacznie od soli żelaza nieorganicznych; na mocy więc doświadczenia Bertranda nie można jeszcze wnioskować o katalitycznem działaniu manganezu.

Doc. Dr. Orłowski W. zaznacza, że wniosek prelegenta, dotyczący wartości jego badań dla kliniki, jest mylny; kliniczne spostrzeżenia i doświadczenia, niedawno dokonane w klinice lekarskiej przez Jljaszewa, wykazały, że manganez nie wpływa na narządy krwiotwórcze i nie przynosi korzyści w stanach niedokrewnych. Badania prelegenta uprawniają tylko do próbnego stosowania manganezu w otyłości.

Dr. Strawiński zapytuje prelegenta, w jakim stopniu utlenianie tłuszczów wywiera wpływ na zmniejszenie ich wagi?

Dr. Dalecki wyjaśnia, że niektóre tłuszcze podczas utleniania nawet przybierają na wadze, pochłaniając z powietrza tlen i kwas węglowy; ponieważ jednocześnie zachodzi rozkład tłuszczów do ostatecznych przetworów — bezwodnika kwasu węglowego i wody, co warunkuje obniżenie wagi, więc ujemny stosunek tych spraw zależy od własności tłuszczów, odbija się ostatecznie w ten lub inny sposób na pierwotnej wadze.

IV. Dr. Orłowski Zenon wygłosił rzecz pod tytułem: „W sprawie dyagnostyki raka żołądka.“ Prelegent badał w klinice lekarskiej znaczenie odczynu tryptofanowego i Salomona w różnych chorobach żołądka u 45 chorych. Odczyn tryptofanowy wykonywa się w sposób następujący: do kilku ctm. sz. badanego płynu dolewa się słabego roztworu kwasu octowego do wywołania kwaśnego odczynu, a następnie kroplami świeżego roztworu wody chlorowej lub bromowej; po dodaniu każdej kropli mieszaninę należy skłócić; w razie odczynu dodatniego cały płyn barwi się na czerwono- lub różowo-fioletowo; zbytek odczynnika szkodzi, — gdyż płyn odrazu mętnieje. Erdmann i Winternitz wskazują, że dodatni odczyn tryptofanowy w soku żołądkowym przemawia bezwarunkowo za rakiem żołądka, jeśli jednocześnie niema objawów zastoju treści żołądkowej. Odczyn Salomona sprowadza się do oznaczenia ilości białka metodą Essbacha i azotu według Kjehldahla w popłóczynach żołądkowych w sposób następujący: w przeddzień badania chory otrzymuje wyłącznie pokarm płynny, zawierający mało białka: bulion, kawę, herbatę i t. d; wieczorem przepłókuje się żołądek, nim popłóczyny nie staną się zupełnie przeźroczyste; nazajutrz rano wlewa się przez zgłębnik 500 ctm. sz. fizyologicznego roztworu soli kuchennej, roztwór następnie wypompowuje się i bada na zawartość białka i azotu. W zdrowym żołądku i w różnych jego chorobach zawartość azotu nie przekracza 0—16 mlgr. na 100 ctm. sz., a odczynnik Essbacha nie sprowadza prawie osadu; u chorych na raka żołądka przeciwnie: zawartość azotu wynosi 10—70 mlgr. na 100 ctm. sz., odczynnik Essbacha wywołuje dość znaczny osad, nieraz wykazujący 0,5‰. Sprawdzając wartość rozpoznawczą tych odczynów: tryptofanowego i Salomona, prelegent przyszedł do wniosków następujących: 1) odczyn tryptofanowy, wbrew zdaniu Erdmanna i Winternitza, zdarza się i u chorych, dotkniętych sprawami niezłośliwemi w żołądku; 2) u chorych na raka żołądka odczyn tryptofanowy występuje częściej, niż w sprawach dobrotliwych; pomimo to, wartość jego jest niższą, niż braku kwasu solnegd i obecności kwasu mlekowego; 3) w popłóczynach, otrzymanych z żołądka na czczo sposobem Salomona, białko nie wykrywa się, z wyjątkiem raka żołądka; 4) w raku żołądka, nie powikłanym z jego rozszerzeniem, zawartość białka w popłóczynach dochodzi 0,5‰; w tych przypadkach próba Salomona ma ogromne znaczenie, zwłaszcza gdy nowotwór jest usadowiony na miejscach, niedostępnych dla obmacania, naprz. na krzywiznie mniejszej; 5) w rakach odźwiernika z rozszerzeniem żołądka i wogóle w rozszerzeniach żołądka stosowanie próby Salomona jest prawie niemożliwem, ponieważ trudno przepłókać żołądek tak, żeby nazajutrz był on zupełnie czystym; 6) próba Salomona ma cenne znaczenie w tych przypadkach, w których obok objawów przewlekłego nieżytu żołądka wymacuje się w okolicy żołądka lub w sąsiedztwie nowotwór; ujemny wynik próby Salomona przemawia w tych razach za nieobecnością powierzchni wrzodziejącej w żołądku, więc za przynależnością nowotworu do innych narządów jamy brzusznej; 7) wrzód okrągły żołądka daje ujemny wynik przy próbie Salomona, jakkolwiek ostateczny sąd w tym względzie wymaga dalszych spostrzeżeń.

W dyskusyi prof. Dr. Zaleski St. poleca, wbrew postępowaniu prelegenta, używać dla odczynów chemicznych zamiast wody bromowej wodę chlorową, jako zawierającą oznaczoną ilość chloru.

Dr. Dalecki zapytuje o pochodzenie białka w treści żołądkowej, wydobytej według sposobu Salomona.

Dr. Orłowski Z. przypuszcza, że białko w popłóczynie zależy od domieszki krwi i rozpadu rakowego z powierzchni wrzodziejącej.

Dr. Wierciński mniema, że ten lub inny odczyn zawartości żołądka naczczo może wpływać na ilość białka przy oznaczaniu metodą Essbacha.

Prelegent Dr. Orłowski Z. wyjaśnia, że próba Salomona odbywa się tylko w tym razie, jeśli żołądek naczczo nie zawiera treści.

Doc. Dr. Orłowski W. zaznacza przedewszystkiem brak badań, dotyczących wydzielniczej czynności żołądka w wieku podeszłym; podobne badania uważa za nader pożądane wobec tego ogromnego znaczenia, jakie nadajemy brakowi wolnego kwasu solnego w rozpoznawaniu raka żołądka; następnie szczegółowo omawia metodę badania, poleconą przez prof. Gluzińskiego dla wczesnego rozpoznania raka żołądka, ogłoszoną r. 1902 w *Mitteilungen aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* Wieloletnie spostrzeżenia kliniczne Gluzińskiego wykazały, że rak odźwiernika powstaje w przeważnej liczbie przypadków na podstawie wrzodu okrągłego lub blizny po nim. Okres przejściowy, gdy rak zaczyna się rozwijać, może być rozpoznany nawet w tych przypadkach, gdzie nie wyczuwa się wcale nowotworu; badanie wykrywa jedynie dłuższe zaleganie pokarmów w żołądku, nawet bez wymiotów; następnie mniej więcej obfitą florę kwaśnej treści żołądkowej bez kwasu mlecznego, z mierną zawartością wolnego kwasu solnego. Dla rozpoznania tych wczesnych okresów raka Gluziński oznacza ruchową i wydzielniczą czynność żołądka. Wydzielniczą czynność żołądka Gluziński bada naczczo; w $^3/_4$ godziny po śniadaniu próbnem Jaworskiego-Gluzińskiego, składającem się z jaja kurzego i w 4 godziny po próbnym objedzie z befsteku. Wszystkie te badania muszą być przeprowadzone tegoż dnia. Badanie treści żołądkowej ma na względzie przedewszystkiem wolny kwas solny. Gluziński używa w tym celu odczynianu Günzburga, zmienionego przez Jaworskiego. Czerwone zabarwienie, występujące szybko i wyraźnie, wskazuje na wybitny odczyn, bladoróżowe — dość wyraźny; słabe zabarwienie — ślady wolnego kwasu solnego. Podobny sposób badania Gluziński uważa za wystarczający dla celów klinicznych. Spostrzeżenia jego wykazują, że każdemu wrzodowi okrągłemu, usadowionemu w odźwiernikowej części żołądka i przebiegającemu z ruchową niewydolnością jego, towarzyszy kwaśny nieżyt żołądka, jeśli owrzodzenie nie jest połączone ze sprawą rakową; w tych razach wszystkie 3 próby żołądkowe, otrzymane tegoż dnia, dają jasny odczyn na wolny kwas solny. Brak kwasu solnego lub jego ślady w którejbądź próbie, nawet gdy inne próby zawierają go dostatecznie, wskazuje na rozwój nieżytu śluzowego. Podobne zejście ma miejsce w razie gojenia się wrzodu, lub w razie przeobrażenia go w sprawę rakową (Korczyński, Jaworski i inni). Odróżnić to przeobrażenie nie jest trudno. Ogromny materyał kliniczny Gluzińskiego wykazuje przekonywująco, że samoistne wyleczenie wrzodu okrągłego, usadowionego w części odźwiernikowej żołądka i przebiegającego ze zwężeniem odźwiernika, zatem powstanie nieżytu śluzowego żołądka, nie spostrzega się tak długo, jak długo nie zostaną usunięte przeszkody mechaniczne. We wszystkich innych przypadkach niewydolność ruchowa z niewydolnością wydzielniczą, którą Gluziński oznacza niejednakowym stopniem zabarwienia po 3 próbach żołądkowych, przeprowadzonych tegoż dnia, przemawiają na korzyść raka odźwiernikowej części żołądka. Rak odźwiernika może być rozpoznany tą metodą nawet w tym przypadku, w którym wolny kwas solny wykrywa się we wszystkich 3 próbach, lecz w niektórych odczyn występuje mniej wyraźnie, lub wykazuje zaledwie ślady kwasu solnego. Usuwając w tych przypadkach zapomocą gastroenterostomii przeszkodę mechaniczną, otrzymujemy po 3—4 tygodniach śluzowy nieżyt żołądka. Okoliczność ta przemawia za tem, że przed operacyą niewydolność wydzielnicza była poniekąd zamaskowaną przez to, że treść żołądkowa i wytwory jej rozkładu, pozostając długo w żołądku, drażniły błonę śluzową i pobudzały ją do wzmożonej czynności. Tę niewydolność wydzielniczą można wykryć już przed operacyą, stawiąc żołądek po wydobyciu jego treści w warunkach, wymagających usilnej jego czynności

Tę właśnie myśl Gluziński ma na celu, gdy przeprowadza wymienione badania wydzielniczej czynności żołądka w obrębie jednego dnia. Dalsze spostrzeżenia tegoż klinicysty zgodnie z poprzedniemi wykazały, że przypadki, operowane z powodu wrzodu okrągłego, w których po operacyi wolny kwas solny szybko znika, przedstawiają prawie zawsze bądź raka żołądka, bądź wrzód przeobrażający się w raka; w przypadkach niepowikłanego wrzodu przeciwnie nadmierna kwaśność trwa długo po dokonanej gastroenterostomii i tylko bardzo powoli ustępuje miejsca prawidłowej czynności żołądka. Stosując swoją metodę, Gluziński rozpoznawał istotnie raka odźwiernika w najwcześniejszym okresie choroby, w którym obecność sprawy rakowej można było wykazać jedynie badaniem drobnowidowem tkanek po operacyi. Wobec tego metoda prof. Gluzińskiego daje możność radykalnego leczenia raka; i w tym jednak okresie niezbędnem jest, jak wykazują spostrzeżenia Gluzińskiego, usunięcie znacznych kawałków ściany żołądka, nawet w razie małego ogniska nowotworowego, ponieważ komórki rakowe rozchodzą się na znaczne przestrzenie od ogniska pierwotnego we wszystkich kierunkach. Omówiwszy metodę prof. Gluzińskiego, mowca gorąco zachęca do sprawdzania jej w szpitalach.

Dr. Orłowski Z. mniema, że metoda Gluzińskiego może być z korzyścią stosowana tylko w nader rzadkich przypadkach, ponieważ chorzy nie zgadzają się we wczesnym okresie raka na leczenie operacyjne. — Do tego zdania przyłącza się i Dr. Wierciński.

Prof. Dr. Zaleski St., zaznaczywszy ogromne zainteresowanie, z którem wysłuchał wykładu metody Gluzińskiego, przypuszcza jednak, że dla stosowania jej u chorych trzeba być zupełnie przeświadczonym o jej nieomylności.

Doc. Dr. Orłowski W. wymienia sprawy, wobec których wywody i wnioski, otrzymane metodą Gluzińskiego, tracą poniekąd, według spostrzeżeń samego Gluzińskiego, na swej wartości; ta jednak okoliczność nie obniża doniosłości tej metody w innych przypadkach; na korzyść zaś tej metody przemawia już samo imię jej autora, który o słuszności jej zdołał przekonać i drugą naszą powagę naukową, mianowicie prof Rydygiera; korzystanie z tej metody jest pożądanem, ponieważ daje ona lekarzowi możność wyśmienitego wywiązania się ze swego zadania już wtenczas, gdy nowotwór jeszcze obmacywaniem wcale nie wyczuwa się.

Prof. Dr. Zaleski St. przypuszcza, że mogą być i inne sprawy, oprócz wskazanych przez Gluzińskiego, które sprowadzą takie same wyniki, jakie Gluziński otrzymuje swoją metodą w raku żołądka.

Zdaniem Doc. Dr. W. Orłowskiego dla zbadania i poznania tych spraw potrzebne są dalsze jeszcze spostrzeżenia, dokonywane za pomocą metody Gluzińskiego; na tej metodzie mówca zatrzymał dłużej uwagę zebrania, ponieważ, o ile mu wiadomo, dotychczas nie była ona stosowaną w szpitalach petersburskich i klinikach Akademii wojskowo-lekarskiej.

Dr. Strawiński nie zgadza się z prelegentem, jakoby rak w naszych czasach był o wiele częstszem cierpieniem, niż dawniej; większą częstość raka tłómaczy postępami dyagnostyki tej choroby.

Dr. Orłowski Z. wyjaśnia, że trzymał się liczb statystycznych, co się zaś tyczy znaczenia tych danych, podziela w zupełności zdanie Dr. Strawińskiego.

V. Dr. Welamowski w liście, przysłanym na ręce prezesa, cofa swój odczyt: „W sprawie choroby Bantiego.“

Na tem posiedzeniu zamknięto. *Witold Orłowski.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 8 grudnia.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 30 listopada posiedzenie nadzwyczajne, na którem profesor Szkoły techniczno-przemysłowej, p. Tad. Chrząszcz, mówił „O hipotezie życia i śmierci ze stanowiska enzymatycznego“.

* W Krakowie zawiązało się „Polskie Towarzystwo balneologiczne“, którego celem jest pielęgnowanie umiejętnej balneologii, obrona i popieranie interesów lekarzy zdrojowych, obrona i popieranie interesów zdrojowisk i uzdrowisk krajowych i dążenie do poprawy w nich wszelkich urządzeń i stosunków. Środkami do osiągnięcia tych celów według statutu są: urządzanie peryodycznych zebrań balneologicznych, ogłaszanie drukiem balneologicznych prac naukowych, reklamowanie uzdrowisk i zdrojowisk krajowych, urządzanie wspólnych wycieczek do zdrojowisk w celu bliższego zapoznania się z ich urządzeniami i t. d. Członkowie Towarzystwa dzielą się na założycieli, zwyczajnych i honorowych. Prawa i obowiązki członków wynikają z celu samego założenia Towarzystwa. Władze Towarzystwa stanowią: a) Walne zgromadzenie; b) wydział i c) komisya kontrolująca. Odezwę podpisali: Dr. Cercha, prof. Dr. Ludomił Korczyński, Dr. Stan. Benedykt Kwiatkowski, Dr. Regiec i Dr. Wąsowicz.

Nie po raz pierwszy powstaje Komisya balneologiczna w Krakowie: czy to przed 50 laty za czasów Dietla, czy przed 25 laty za czasów przewodnictwa Edw. Korczyńskiego i jego następców, Komisya balneologiczna krakowska sporo przyczyniła się do rozwoju naszych zdrojowisk i uzdrowisk. Nowo powstająca w Krakowie Komisya balneologiczna ma te same zadania, co i jej poprzedniczki, a góruje nad niemi szerszem doświadczeniem, które jej przyniósł czas i życie: rozbudzenie zapału do umiejętnych badań balneoklimatycznych, informowanie właścicieli zdrojowisk o postępach balneotechniki, popularyzowanie krajowych zdrojowisk wśród społeczeństwa zapomocą prasy, pouczanie właścicieli zdrojowisk o komercyalnej stronie przedsiębiorstwa, a właścicieli mieszkań i jadłodajni o zasadzie, że ceny niższe zapewnią im trwałe dochody, wywalczanie u rządu ulg taryfowych, podatkowych, a jednocześnie ulepszeń komunikacyjnych i opieki rządowej, to są wdzięczne zadania dla nowo zawiązanego Towarzystwa, któremu życzymy w imię dobra ogólnego najpomyślniejszego rozwoju.

* (*W.*) Bibliotekarz Tow. lek. krak. składa podziękowanie Prof. Wachholzowi za czasopisma lekarskie, ofiarowane do księgozbioru Towarzystwa.

* W sprawie wielokrotnie podnoszonej przez austryackie Izby lekarskie, ażeby lekarz, wezwany na świadka, otrzymywał wynagrodzenie podług taryfy, jeśli sędzia zadaje mu pytania, wkraczające w zakres orzeczeń sądowo-lekarskich, ministerstwo sprawiedliwości postanowiło: lekarz-świadek, pytany przez sędziego o zdanie z zakresu medycyny, może żądać tylko takiego wynagrodzenia, jakie ustawa przyznaje świadkowi; jeśli zaś pytania sędziego wymagają od lekarza-świadka już nie informacyi, ale orzeczenia, to takiemu lekarzowi-świadkowi należy się zapłata, przyznawana rzeczoznawcom.

* Postępowanie Izb lekarskich w Austryi nie jest ujednostajnione: wiedeńska Rada honorowa na posiedzeniu 17 listopada wydała 6 wyroków, z tych 5 orzeka karę pieniężną od 200 do 400 koron, a co najdziwniejsze, że nazwiska wszystkich skazanych zostały ogłoszone w „Wiener klin. Wochenschrift“.

* Parę tysięcy zwolenników partactwa lekarskiego w Zurychu postanowiło przeprowadzić plebiscyt, który miał ostatecznie rozstrzygnąć, czy leczenie chorych ma być przywilejem tylko osób dyplomowanych, czy też należy je pozostawić wszystkim, którzyby się chcieli niem zająć. Chwila była krytyczna: wykształcona publiczność i lekarze poważnie byli zaniepokojeni. Obliczenie głosów przeważyło szalę na stronę naukowego charakteru zawodu lekarskiego: na 51.319 głosowało przeciw partactwu 28,438. Lekarze więc zwyciężyli. Ale czy jest to istotne zwycięstwo? tam, gdzie na 51 tysięcy mniejszość wynosi 22 tysiące, tam w sprawie tak zasadniczej i cywilizacyjnej trudno mówić o zwycięstwie i tryumfie. Prawdziwie jest nad czem pomyśleć.

* „St. Petersburger medic. Wochenschrift“ w Nr. 46 donosi, że w Królestwie Polskiem, skutkiem powołania wielu lekarzy na plac walki, w wielu miejscowościach, szczególnie fabrycznych, brakuje obywatelom pomocy lekarskiej; brakowi temu zapobiegają lekarze z Warszawy, gdzie tego niedostatku pomocy lekarskiej mieszkańcy nie odczuwają. Według „Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift“ (Nr. 49) zupełnie identyczny stan ma miejsce w fabrycznym okręgu moskiewskim: tygodnik wiedeński dodaje, że lekarzom moskiewskim ofiarowują wysokie wynagrodzenie za objęcie stanowiska na prowincyi.

* Odeskie Towarzystwo balneologiczne ustanowiło nagrodę imienia ś. p. prof. Moczutkowskiego, przyznawaną corocznie za najlepszą oryginalną pracę, przesłaną na ręce tego Towarzystwa. Nagrodę stanowić mają odsetki od 2000 rubli, ofiarowanych przez Moczutkowskiego na ten cel.

* W Równem na Wołyniu powstało Towarzystwo lekarskie, do którego wpisało się 40 członków.

* Między 13 a 19 listopada doniesiono władzy o jednym przypadku ospy w powiecie rawskim.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Hildebrandt mian. zwycz. profesorem chirurgii w Berlinie. Dr. Straub — profesorem farmakologii w Marburgu. Dr. Mayer — profesorem psychiatryi w Insbruku. Dr. Moritz mian prof. zwycz. kliniki lekarskiej w Giessen.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Pérochaud, prof. terapii w Nantes.

Bibliografia:

— *Przegląd okulistyczny* (listopad). Strzemiński: Cierpienie oka wskutek półpaśca. Rumszewicz: Przyczynek do anatomii patologicznej tak zwanych brodaweczek błony sprężystej naczyniówki.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 12. Legeżyński: Jak należy zorganizować służbę desinfekcyjną w naszych miastach i miasteczkach. Szulisławski: Z higieny oka. Wzrok a okulary (dok.). Panek: Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy (c. d.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 12. Biegański: O celowości w zjawiskach patologicznych. Bieliński: Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie (dok.).

— *Medycyna* Nr. 48. Dobrzycki: Spostrzeżenia dotyczące przeciwgorączkowego działania kryogeniny w gruźlicy (c. d.). Heiman: Wskazania do otworzenia wyrostka sutkowego w ostrem zapaleniu ropnem ucha środkowego (c. d.).

— *Ginekologia* Nr. 10. Czyżewicz: Kilka słów o ostrym obrzęku szyi macicznej podczas ciąży, porodu i połogu. Boryssowicz: Plastyczne czyli odtwórcze rozszerzenie zwężonego lub zarośniętego ujścia wewnętrznego, względnie całego kanału szyi macicznej. Piotrowski: Poród u kobiety z miednicą kręgozmykową.

— *Głos lekarzy* Nr. 23 zawiera: Informowanie opinii publicznej w sprawach lekarskich. — Nasze Izby lekarskie (c. d.). — Położenie lekarzy rządowych przy władzach politycznych w r. 1904 (c. d.). — Akcya Izb lekarskich w sprawie specyfików (c. d.). — Pokłosie z prasy lekarskiej. — W sprawie znaczków receptowych. — Polemika. — Odcinek.

— *Gazeta lekarska* Nr. 48. Dunin: Przewlekłe ropienie na palcach rąk z osadzeniem się węglanu wapnia. Malinowski: O leczeniu płonicy surowicą przeciwpłoniczą wyrobu pracowni Dr. Palmirskiego (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 48. Heveroch: O transitornim deliru v traumatické neurose. Schöbl: Melanosarcoma chorioideae in stadio pseudoatrophico seu kryptomelanosarcoma chorioideae. Slavik: O aktinotherapii (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 94. Guyon: Zmienność jadowitości a chirurgia narządu moczowego.

— Nr. 95. Forgue i Jeanbrau: Wynagrodzenie lekarskie za czynności przy wypadkach u rękodzielników. Netter: Leczenie przewlekłej gruźlicy płucnej na początku XX wieku.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 48. Strassmann i Schulz: Badania nad zatruciem tlenkiem węgla. Berent: Znaczenie różniczkoworozpoznawcze ustępującego porażenia strun głosowych. Wassermann: Przyczynek do poznania dróg zakażenia w gruźlicy płucnej. Bagiński: Ostry gościec stawowy u dzieci (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 48. Stein: Przypadek uwięźnięcia przepukliny przeponowej. Oefele: Wzajemna zależność pojedynczych własności kału. Nettel: Modyfikacya w sporządzaniu szyny gipsowokonopnej. Stegmann: Ochrona lekarza i chorego w leczeniu promieniami Röntgena. Czervenka: Leczenie zapalenia pochwy drożdżami (dok.).

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 48. Weicherdt: O toksynie i antytoksynie znużenia. Neumann: Technika jodowo-siarkowego odczynu na zwyrodnienie skrobiowate. Stäubli: Technika Gruber-Widalowskiego odczynu. Tiling: Rozpoznanie surowicze duru brzusznego zapomocą „diagnosticum Fickera.“ Schenk i Scheib: O wyróżnianiu się łańcuszkowców w odchodach macicznych przy prawidłowym połogu. Leo: Rozpoznawcze i prognostyczne znaczenie drobnowidowych badań odchodów. Köhler i Behr: Sugestyjna ciepłota u chorych na gruźlicę. Hengge: Niebezpieczeństwo cucących huśtań Schultzego. Schenck: Leczenie białaczki promieniami Röntgena. Cahen: Przypadek białaczki leczonej promieniami Röntgena. Rixen: Neuronal w padaczce. Burger: Zastosowanie balsamu peruwiańskiego w leczeniu ran. Rupfle: Nowa metoda leczenia wodniaka. Friedheim: Przyrząd do wykonania wyciągania w każdym przypadku. Oertmann: Oznaczanie wysokości gorączki trwałem mierzeniem. Schmidt: Ssanie piersi a ssanie z flaszki. Fehling: Nauczanie i uczenie się w medycynie.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 49. Döderlein: Wynik badań bakteryologicznych w rozpoznawaniu, zapobieganiu i leczeniu gorączki połogowej. Grawitz: O licznych guzach pierwotnych. Kurpjuweit: Leczenie białaczki promieniami Röntgena. Edinger: Choroby nerwowe z wyczerpania. Kayser: O typie *A* prątka „paratyfusu“, doświadczenia z surowicą durową i kwestya zakażenia mieszanego. Borchardt: Doświadczalne badania w kwestyi wzmożenia naturalnej odporności otrzewnej przeciw zakażeniom operacyjnym. Schmidt: Śródotrzewnowe wstrzykiwania surowicy i rozczynu soli kuchennej w celu zapobieżenia operacyjnym zakażeniom otrzewnej. Laache: Patogeneza żółtaczki laktofeninowej.

Redakcya otrzymała. Kania: De l'influence de la puerpéralité sur les femmes prédisposées à la tuberculose.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 48 (od 27/XI do 3/XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 27, dziew. 24; nieżywo: chł. 1, dz. 1. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 14, kob. 19; zamiejscowych: męż. 13, kob. 14.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych 4. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 4. 4) dławiec i błonica: miej. 2, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. 1. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 2, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. 3, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem**: miejscowych 33, obcych 27.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIII. Kraków 17 Grudnia 1904. Nr. 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Dalsze dwa przypadki tężca, w których stosowano wstrzykiwania zawiesiny mózgowej.

Podał

Dr. Teofil Hołobut,

asystent Zakładu patologii ogólnej Uniwersytetu lwowskiego.

Metoda wstrzykiwań zawiesiny mózgowej w leczeniu tężca zbyt mało dotychczas znajduje zastosowania, jakkolwiek znane dotychczas przypadki chorobowe, leczone w ten sposób, — szczególnie jeśli patrzeć będziemy na wynik końcowy leczenia, — mogłyby w zupełności uprawniać do tego, by dopatrywać już dziś w niej metodę, która kiedyś, w przyszłości zajmie może jedno z wybitniejszych miejsc w zbiorze środków leczniczych, używanych do zwalczania tak ciężkiej choroby, jak tężec.

Wprawdzie samo pomyślne zakończenie sprawy chorobowej nie jest jeszcze dowodem, że ten właśnie środek musiał pomódz i jakkolwiek pod tym względem jestem nieco innego zdania, gdyż o działaniu leczniczem wstrzykiwań chcę sądzić nietylko z zakończenia się choroby, lecz także z wpływu, jaki one wywierają na długość jej przebiegu i na łagodzenie objawów chorobowych, i chociaż w tym względzie nie widziałem w dawniej przezemnie ogłoszonych przypadkach żadnego wybitnego skutku, to jednak metodę wstrzykiwań zawiesiny uważam, jako będącą zupełnie na miejscu, choćby tylko z tego względu, że nie posiadamy dotychczas środka lepszego, zupełnie pewnie działającego, a po drugie, że jest to lek, który, jeśli nie pomaga, to w każdym razie szkody ustrojowi nie przynosi.

Zresztą jak na teraz liczba przypadków jest zbyt jeszcze szczupłą, by wolno było wyciągać z niej jakieś daleko idące wnioski. Dziś widzieć możemy wpływ wstrzykiwań, lub nie widzieć go tylko w poszczególnych leczonych i ogłaszanych przypadkach; wypowiedzenie zaś zdania ostatecznego zostawić trzeba aż do czasu nagromadzenia większej liczby przypadków, leczonych tym sposobem; wtedy dopiero będzie można rozważyć wszelkie dane, przemawiające na korzyść wstrzykiwań, lub też na ich niekorzyść. Być może, że porównawszy wtedy wynik leczenia, otrzymany przy użyciu wstrzykiwań zawiesiny, czy to z wynikami, otrzymanymi zapomocą leczenia objawowego tylko, czy też przy użyciu innych znanych metod, przyjdzie się przecież do przekonania, że wstrzykiwania zawiesiny mózgowej, mimo iż nie wpływają na czas trwania choroby i łagodzenie jej objawów, — lub jeśli wpływają, to w bardzo nieznacznym stopniu, — to jednak są przecież środkiem leczniczym we właściwem tego słowa znaczenia, bo zmniejszają znacznie odsetek śmiertelności.

Tych słów kilka, które tu przytoczyłem, jest tylko streszczeniem — może tylko bardziej jasnem — zapatrywania, jakie dawniej wypowiedziałem w kwestyi stosowania wstrzykiwań zawiesiny mózgowej w przypadkach tężca. Podaję je zaś tu dlatego, by wytłómaczyć się z tej pozornej sprzeczności (jaką mi nawet czasami zarzucano), że zalecam stosowanie wstrzykiwań zawiesiny mózgowej w tężcu, mimo że sam nie widziałem żadnego ich wpływu na przebieg tej choroby.

Z wyżej przytoczonych powodów przypuszczam, że mam prawo ogłosić niżej opisane przypadki i podać dokładny przebieg choroby wraz z uwagami, jakie mi się nasunęły podczas leczenia.

I. *M. B.*, lat 18, córka włościanki z R. powiatu, lwowskiego wstąpiła do szpitala 28 lipca 1904 r.

Wywiady. Przed 8 dniami chora wbiła sobie w paluch prawy grabie. Ranka bolała i jątrzyła się kilka dni. Po upływie 4 dni *M. B.* zaniemogła, a w 2 dni później zauważyła pierwsze objawy obecnej choroby: niemożność otwierania ust, skurcz tężcowy w karku, który się wnet rozszerzył na mięśnie kręgosłupa.

Stan obecny. Dnia 29/VII: odżywienie dobre. Kościec również dobrze rozwinięty. Ciepłota rano 37·8° C, po południu o godzinie 4-tej 38·3°. Tętno 100, dobrze napięte, regularne. Na skórze żarnice *(miliaria rubra)*, przyczem cała skóra pokryta obficie potem. Język okazuje powierzchowne okaleczenia, silnie obłożony. W narządach wewnętrznych zmian niema. Mięśnie kończyn dolnych, górnych, twarzy, karku, kręgosłupa i brzucha w ciągłym skurczu tężcowym. Tężec tylny *(opisthotonus)* dość znaczny; ust rozewrzeć nie może, czyni to zaledwie nieznacznie. Rękami i nogami (stopy ustawione w zgięciu podeszwowem) może ledziutko sama poruszać, lecz bardzo powoli i w bardzo nieznacznym stopniu; ruchy zaś bierne, jakie zamierza wykonać kończynami, dają uczucie, jakby cała ręka lub noga zrobioną była z jakiejś masy, dającej się nieznacznie i z trudem zginać w tych miejscach, gdzie są stawy. Kurcze tężcowe dość częste i silne. Połyka dobrze. Duszności niema. Oddech spokojny, regularny. Mocz przeźroczysty, barwy wina, oddziaływa kwaśno, chlorki prawidłowe. Urobilina słabo zaznaczona; kreatynina wybitna; indykan także dość wybitny; kwas diacetooctowy wyraźny. Białka ślad wybitny. Diazoreakcyi niema.

Tegoż dnia o godzinie 6-tej wieczorem wstrzyknięto zawiesinę mózgową. Mózg królika dużego, ważący do 15 grm., roztarto z 0·6% NaCl w tej ilości, że otrzymano po przesączeniu przez gazę 45 ctm. zawiesiny. Wstrzyknięcie samo mało bolesne. Ciepłota bezpośrednio przed wstrzyknięciem 38.2° C, w 2 godz. po wstrzyknięciu 38° C. Tętno 100. Na wewnątrz dnia tego podano chorej 2 razy po 2 grm. bromku sodowego i 2 proszki morfiny po 0.005.

Dnia 30/VII rano przeniesiono chorą z pawilonu zakaźnego, dokąd niewłaściwie została przyjętą, na oddział wewnętrzny III. Tu, zanim mogłem uwiadomić, że chorej wstrzyknąłem dnia poprzedniego zawiesinę mózgową i prosić o zezwolenie na dalsze jej leczenie tym sposobem, wstrzyknięto chorej 0.01 pilokarpiny. Oczywiście skutku żadnego nie było. Stan chorej, jak dnia poprzedniego. Wprawdzie pytana, jak się czuje, odpowiada „może nieco lepiej“; przedmiotowo jednak żadnego polepszenia zauważyć nie można. Miejsce wstrzyknięcia, względnie okolica jego, mocno bolesne; zaczerwienienia jednak jakiegoś lub obrzmienia zauważyć nie można. Ciepłota rano 37·5° C, w południe 38° C. Tętno rano 100; w południe i wieczorem 120, regularne, dość dobrze napięte.

Leków wewnętrznych chora nie otrzymuje. Miejsce wbicia grabi oglądnięto dokładnie i jakkolwiek nie zauważono nic podejrzanego, prócz dobrze zagojonej blizny, to jednak wycięto ją; miejsce wycięcia wytarto karbolem i przypalono galwanokauterem. Szczepione szczury strzępami wyciętej tkanki na tężec nie padły.

Dnia 31/VII. Stan niezmieniony. Okolica wstrzyknięcia zawiesiny zupełnie niebolesna. Ciepłota rano 37·6° C, tętno 100; po południu 38° C, tętno 110—120. Leków nie otrzymuje żadnych.

Dnia 1/VIII. Stan jak przedtem. Chorej obok kurczów tężcowych bardzo częstych i silnych. występujących bądźto samoistnie, jak również skutkiem stuknięcia w okolicy chorej lub dotknięcia jej samej, ma najbardziej dokuczać to, że nogi wydają się jej, jakby były zrobione z kamienia. Moczu rano i wieczorem oddać nie mogła; wypuszczono go cewnikiem. Ciepłota rano 38° C tętno 112; wieczorem 38° C, tętno 120

O godzinie 4-tej po południu wstrzyknięto zawiesinę mózgową po raz drugi i to w ilości 18 ctm. Tegoż dnia podano na noc 1$^1/_2$ grm. bromu, a w południe i wieczorem po 0·5 urotropiny.

D. 2/VIII. Stan chorej niezmieniony. Mocz rano odprowadzono cewnikiem; wieczorem oddała go sama. Miejsce drugiego wstrzyknięcia mocno bolesne; lekka wyniosłość, jaka powstała zaraz po wstrzyknięciu zawiesiny w miejscu jej wstrzyknięcia, utrzymuje się dotychczas. Zaczerwienienia jednak nie widać. Ciepłota rano 37·5° C, tętno 112—120; w południe i wieczorem 37·7° C, tętno jak rano. Z leków podano brom 3 razy po 1$^1/_2$ grm i urotropinę 2 razy po 0·5.

D. 3/VIII. Stan zdaje się być nieco lepszy, gdyż kurcze tężcowe powtarzają się rzadziej, niż dotychczas. Miejsce drugiego wstrzyknięcia bolesne, obrzmiałe, nieco zaczerwienione. Ciepłota rano 37·6° C. w poł. 37·7° C, wieczorem 38° C; tętno 112—120. Z leków: brom, urotropina.

D. 4/VIII. Stan jak dnia poprzedniego. Ciepłota rano 37·5° C, w południe i wieczorem 37·6° C, tętno 120. Miejsce drugiego wstrzyknięcia bolesne, zaczerwienione. O godz. 4-tej po południu wstrzyknięto po raz trzeci zawiesinę mózgową (48 ctm.). Z leków podawano dalej brom i urotropinę. Mocz badany wykazuje: Oddziaływanie alkaliczne, mętny. Urobilina zaznaczona; chlorki prawidłowe; kreatynina wyraźna; kwasu diacetooctowego — ślad. Indykan wyraźny, białka wyraźna obrączka.

Pod mikroskopem: nieliczne nabłonki, głównie z pęcherza; ciałka białe (wypocinowe) w miernej ilości; duża ilość kryształków fosforanu amonowo-magnowego i węglanu wapniowego; smugi śluzu. Bakteryi znaczna ilość. Polecono ścisłą dyetę mleczną.

Dnia 5/VIII. Miejsce drugiego wstrzyknięcia mocno bolesne i zaczerwienione. Chora skarży się na ogólne osłabienie. Tętno przyspieszone, 130. Ciepłota r. 38·3° C, w poł. 38·5° C, wiecz. 39·2° C. Na wewnątrz brom, urotropina.

D. 6/VIII. Przecięto ropień, który powstał w miejscu drugiego wstrzyknięcia zawiesiny. Chora czuje się dobrze; kurcze tężcowe rzadkie i słabe występują przeważnie wtedy, gdy zaczyna zasypiać lub się budzi. Z powodu pokaleczenia języka polecono płukanie ust płynem z *hydrogenium hyperoxydatum* 2·5%, lub z dodaniem chlorku potasu (2%) Ciepłota rano 39° C, w poł. 39·2° C, wieczorem 38·7° C. Tętno stałe 140. Płukanie ust stosowano stale aż do 13 sierpnia. Na wewnątrz brom, urotropina.

W dniach następnych widoczne polepszenie. Tężec mięśni stale, choć wolno, ustępuje; chora rękami i nogami rusza lepiej, niż na początku choroby; tężec tylny *(opisthotonus)* również mniejszy, usta lekko rozwiera. Kurcze tężcowe bardzo rzadkie i słabe. Ciepłota lekko podwyższona waha się między 37·3—37·7° C rano, a 38—38·3° C wieczorem. Tętno 100—120. Mocz badany w dniu 8/VIII przedstawia się podobnie, jak w dniu 4/VIII. Na wewnątrz brom, urotropina; dyeta ścisła.

D. 11/VIII zauważono trądzik bromowy na całem ciele; w dniach poprzednich był już wystąpił na piersiach. Brom odstawiono, a podawano na wewnątrz tylko urotropinę. Chora czuje się dobrze, kurczów tężcowych prawie nie ma, a tężec mięśni stale się zmniejsza. Chora próbuje jeść pokarmy stałe. Ciepłota rano 37·5° C, tętno 112; wiecz 38·2° C, tętno 120. Rana goi się prawidłowo.

Mocz jest lekko mętny, dobrze kwaśny, chlorki prawidłowe, urobilina słabo zaznaczona, ślad kwasu diacetooctowego, indykan wyraźny, białka ledwie ślad. Pod mikroskopem liczne ciałka wypocinowe i nabłonki z pęcherza (duże), nieliczne nabłonki z innych dróg moczowych. Kryształków żadnych niema, podobnie i wałeczków. Bakteryi mierna ilość. W następnych dniach stan chorej trwale się polepsza tak, że 17/VIII notowano:

Stan znacznie lepszy. Tężec tylny *(opisthotonus)* istnieje, ale nieznaczny. Zresztą tężec mięśni prawie ustąpił. Kończynami porusza dobrze; nogi tylko wciąż ustawione jeszcze w zgięciu podeszwowem. Wejrzenia tężcowego twarzy chora nie ma już od dni kilku. Usta rozwiera dobrze. Język jeszcze nieco obłożony wystawia z ust należycie. Kurczów tężcowych nie ma wcale. Ciepłota rano 37° C, tętno 112; wieczorem 37·4° C. tętno 112. Trądzik bromowy utrzymuje się; na nogach pryszcze zlewają się częściowo ze sobą. Mocz mętny, słabo kwaśny, chlorki prawidłowe, indykan prawidłowy, urobiliny ślad, kwasu diacetooctowego — brak, białka ślad dobry, kreatynina wyraźna. Pod mikroskopem ciałka wypocinowe, przybłonki z pęcherza i nieliczne z innych dróg moczowych, bakterye dość liczne. Na wewnątrz urotropina i napar z *folia uvae ursi, herba herniariae.*

18 i 19/VIII chora czuje się tak dobrze, że koniecznie chce iść do domu, na co w końcu zezwolono w dniu 20/VIII. W dniu tym notowano: Stan chorej zupełnie dobry, kurczów tężcowych nie ma. Tężec ustąpił zupełnie, utrzymuje się tylko w nieznacznym stopniu w mięśniach kręgosłupa i w stopach, które ustawione wciąż jeszcze w zgięciu podeszwowem. Rana na brzuchu goi się prawidłowo. Na rękach i nogach pryszcze ropne duże (po trądziku bromowym), częściowo ze sobą spływające. Ciepłota rano 37° C, tętno 115. Do domu zapisano salol 0,5 trzy razy dziennie i *herba herniariae, folia uvae ursi* āā S. Napar; przepisano również odpowiednią dyetę.

W domu chora zaczęła próbować wstawać z łóżka przy końcu sierpnia; 7 września, kiedym chorą odwiedził w domu, chodziła już dobrze. 15 września przybyła sama do Lwowa do zmiany opatrunku, przyczem nie można było zauważyć nic nieprawidłowego w zakresie układu mięśniowego. Mocz, badany w dniu 8 września, wskazuje na to, że nieżyt pęcherza prawie zupełnie ustąpił. Wstrzymano podawanie salolu i polecono uważać czas jeszcze jakiś na dyetę.

II. *A. L. D.*, lat 7$^1/_2$ z K. pow. żółkiewski. Przyjęty do szpitala św. Zofii 19/VIII o godz. 9 rano, zmarł 20/VIII o godz. 2 w nocy.

W niedzielę 14 sierpnia miał upaść; wnet potem zauważył, że nie może się należycie zginać i chodził zgięty w kabłąk; prócz tego miał mieć bóle w brzuchu. W 2 dni później spostrzegł, że nie może należycie otwierać ust i że w kończynach występują lekkie drgawki. Ojciec odwiózł go zaraz do jednego ze szpitali prowincyonalnych, a stamtąd w 2 dni później do Lwowa. Stolec zaparty od niedzieli 14 sierpnia. Jakiegoś skaleczenia lub wbicia drzazgi chory nie zauważył.

Stan obecny. Odżywienie liche; kościec źle rozwinięty. Ciepłota 38·5° C; tętno przyspieszone, 140 na minutę. W narządach wewnętrznych, przynajmniej z przodu (z tyłu nie badano), żadnych zmian zauważyć nie można; zresztą badanie z powodu drgawek nader utrudnione. Tężec obejmuje mięśnie całego ciała, jakkolwiek w nieznacznym stopniu. Tężec tylny ledwie zaznaczony. Szczękościsk nieznacznego stopnia tak, że chory, choć z trudnością, otwiera usta; również dobrze, choć z pewnym wysiłkiem, porusza kończynami. Kurcze tężcowe do południa wprawdzie częste, lecz niezbyt silne; po południu potęgują się w bardzo wielkim stopniu tak, że od godziny mniej więcej 4 po południu nie dają choremu chwili spokoju. O godz. 4$^1/_2$ po południu zjawia się po raz pierwszy kurcz mięśni oddechowych. Chory sinieje i zdaje się życie kończyć; po pewnym atoli czasie przychodzi do siebie.

O godz. 5$^1/_2$ wstrzyknięto zawiesinę mózgową (45 ctm). Bezpośrednio po wstrzyknięciu drugi napad zamartwicy (asfiksyi), z której uratowano chorego przez zastosowanie sztucznego oddychania. Ponieważ brom, który podawano od rana, nie skutkował wcale, a chorego w niemożliwy sposób męczyć zaczęły kurcze tężcowe, wstrzyknięto o godz. 6 m. 15. 0·003 morfiny. Sprawiło to widoczną ulgę na 2$^1/_2$ godziny; chory usnął, drgawki ustały. Po zbudzeniu się jednak kurcze tężcowe wystąpiły napowrót; miał jeszcze 2 napady zamartwicy; po 11 godz w nocy chory stracił przytomność, drgawki ustały i wśród dojścia ciepłoty do 42° C i zupełnego wyczerpania sił chory zakończył życie.

Przed śmiercią nie znaleziono punktu wyjścia sprawy chorobowej, a to tembardziej, że miejsce najczęstszego zakażenia, t. j. stopy, pokryte były grubą warstwą brudu, usiłowanie zaś oczyszczenia ich wywoływało gwałtowne drgawki tak, że musiano od tego zamiaru odstąpić. Dopiero

podczas sekcyi (w narządach wewnętrznych żadnych zmian nie wykazano), znaleziono na stopie miejsce podejrzane; po wycięciu go i dokładnem zbadaniu przekonano się, że się ma do czynienia z drzazgą, dokładnie wgojoną w tkankę bez jakiegokolwiek ropienia lub odczynu zapalnego w otoczeniu. Drzazgą tą zaszczepiono myszkę i szczura; pierwsza padła w 48 godzinach; szczur zaś nieco później — oboje na typowy tężec.

Przypadek L. D. o tyle ciekawy, że tu tężec, mimo że zakażenie, — jak się zdarza najczęściej, — wychodziło ze stopy, nie zajął najpierw mięśni żwaczy, a następnie innych, lecz że pierwsze objawy tężca dotyczyły najprawdopodobniej jelit. Wynika to z opowiadania ojca jego, że od 14 sierpnia, t. j. od początku choroby, chodzić miał zgięty w kabłąk i miał mieć bóle w brzuchu, a równocześnie od dnia tego stolec był zaparty. Ojciec też, przywiózłszy go do Lwowa do szpitala, kładł główny nacisk na zaparcie stolca, którego nie było można wywołać ani w domu, ani później w szpitalu, mimo stosowania rozmaitych środków. Że tak rzeczywiście być mogło, przemawiałoby za tem to, że jak badanie przedmiotowe chorego w chwili przyjęcia go do szpitala wykazywało, tężec tylny ledwie był zaznaczony, a i mięśnie brzucha prawie nie zajęte, a więc chodzenie chorego, zgiętego w kabłąk, mogło rzeczywiście pochodzić od tężca, który zajął mięśnie jelit, wywołując w nich bole; później na sekcyi znaleziono rzeczywiście sporą ilość kału w jelitach cienkich i grubych, mimo że żadnych przeszkód dla wydalenia go z ustroju nie zauważono.

Drugi z ogłoszonych tu przypadków, t. j. L. D, nie powinien być właściwie uważany, jako leczony wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej. W pierwszej chwili przyjęcia chorego do szpitala mniemano, że się ma do czynienia z przypadkiem wprawdzie ciężkim, lecz znów nie w tym stopniu, by się miał w krótkim przeciągu czasu zakończyć śmiercią i uważano go, jako nadający się w zupełności do leczenia wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej.

Tymczasem zanim postarano się o królika i przygotowano zawiesinę, stan chorego tak się pogorszył, że w chwili wstrzykiwania zawiesiny można było z całą stanowczością powiedzieć. że stan chorego jest beznadziejny i że wstrzykiwania nie odniosą tu żadnego skutku; mimoto wstrzyknięto choćby z tego względu. że zawiesinę miano gotową pod ręką. Że jednak ogłaszam przypadek ten, jako leczony wstrzykiwaniami zawiesiny, to dlatego tylko, by mi nie czyniono zarzutów fałszowania statystyki, że ogłaszam przypadki zakończone pomyślnie, a ukrywam kończące się śmiertelnie. Osobiście jednak, — powtarzam to raz jeszcze, — nie uważam przypadku tego jako leczonego wstrzykiwaniami zawiesiny, gdyż w chwili wstrzykiwania byłem z góry przekonany, że skończy się niekorzystnie i to w krótkim czasie. To też gdy w kilka dni później wezwano mnie do chorej na tężec na oddział chirurgiczny tutejszego szpitala, u której stwierdziłem stan bardzo ciężki, beznadziejny, nauczony poprzedniem doświadczeniem, nie podjąłem się wstrzykiwań zawiesiny, gdyż uważałem je za zupełnie bezużyteczne. Przypadek ten dotyczył 25-letniej M. W. z Ch. ad T. Przybyła do Lwowa 24 września 1904 roku w celu poddania się operacyi sutka lewego, w którym wystąpił nawrót po operacyi, wykonanej przed 4 laty w T. z powodu złośliwego nowotworu. Dnia 28 września wystąpiły pierwsze objawy tężca, jak pociągania wzdłuż żwaczy i lekki tężec tylny; następnie nieznaczne kurcze drgawkowe, które silnie się wzmogły w dniu następnym, t. j. 29 września. Tegoż dnia wezwany do chorej o godzinie 11 rano byłem obecny przy dwukrotnym napadzie zamartwicy, z której uratowano chorą zastosowaniem środków pobudzających. Stan chorej mimo wstrzykiwań morfiny stale się pogarszał; drgawki na chwilę nie ustawały. O godzinie 7 minut 30 wieczorem nastąpiła śmierć wśród zupełnego wyczerpania sil chorej. Chora zmarła w niecałych 48 godzin od chwili wystąpienia pierwszych objawów chorobowych. Sposób zakażenia najprawdopodobniej skutkiem przykładania na wrzodziejący nowotwór liści, zbrukanych ziemią, zawierającą bakterye tężcowe. W szpitalu operowaną nie była.

W przypadkach, przebiegających z objawami silnego zakażenia i gwałtownie, wstrzykiwania zawiesiny nie odnoszą i oczywiście nie odniosą żadnego skutku; czy zaś w przypadkach, przebiegających z średniem natężeniem, są skuteczne, czy nie, pokaże dopiero przyszłość. Dziś możemy mówić, — jak to zresztą już wspomniałem, — tylko o prawdopodobnej skuteczności lub nieskuteczności wstrzykiwań zawiesiny w przypadkach ogłaszanych.

Czy w wyżej opisanym przypadku pierwszym M. B., mogącym być właśnie zaliczanym do przypadków o średniem natężeniu, — jak to wnioskować można z szybkiego wystąpienia pierwszych objawów, z ciepłoty ciała podwyższonej od początku choroby, z tętna stale przyspieszonego, nawet w czasie, kiedy ciepłota spadła do prawidłowej, z zajęcia prawie wszystkich mięśni ustroju, z kurczów tężcowych częstych i silnych, — wstrzykiwania zawiesiny rzeczywiście odegrały rolę środka leczniczego, na pewno rozstrzygnąć nie można. Wprawdzie chciano z początku nie podawać żadnych środków uspokajających, by módz dokładnie obserwować wpływ wstrzykiwań na przebieg i objawy choroby; lecz udało się to zaledwie między pierwszem a drugiem wstrzyknięciem. Z obserwacyi zaś stanu chorobowego w tym czasie nic powiedzieć nie można; lecz powodem tego z jednej strony zbyt krótki przeciąg czasu, w którym zawiesina mogłaby już zadziałać, a z drugiej pewnie i niedostateczna liczba wstrzykiwań. Nie chcąc jednak chorej narażać na dolegliwości, sprawiane jej przez kurcze tężcowe, zrezygnowano z tego rodzaju obserwacyi i zaczęto od drugiego wstrzyknięcia, aż do wystąpienia trądzika podawać brom. W pierwszych sześciu dniach podawano go dlatego, że kurcze tężcowe zbyt męczyły chorą; później zaś podawano go tylko dla uniknięcia okaleczeń języka, które mogły być powodem wyjścia spraw niemiłych. bo posoczniczych Kurcze zaś podczas których kaleczyła sobie język, występowały tylko w chwili zasypiania lub budzenia się chorej. Jakkolwiek więc w czasie tym można było zauważyć pewne zwolnienie kurczów tężcowych, to jednak poprawę tę można w jednakim stopniu odnieść tak do wstrzykiwań, jak i podawania bromu. Mając jednak na uwadze to, że stan chorej szybko zaczął się poprawiać po trzeciem wstrzyknięciu, a choroba, która przedstawiała się dość groźnie, zakończyła się pomyślnie w przeciągu krótkiego czasu, muszę na podstawie zdania dawniej wypowiedzianego, t. j. sądzenia o skuteczności wstrzykiwań na podstawie wpływu ich na objawy towarzyszące chorobie i długość jej trwania, uważać je jako takie,

które przecież w pewnej części przyczyniły się do pomyślnego zakończenia danej sprawy chorobowej.

Co do samego przyrządzania zawiesiny, to starano się ją obecnie robić dosyć płynną, a to ze względu na to, by ułatwić jej wessalność, która i tak zbyt szybko do skutku nie przychodzi.

Już w dawniej ogłoszonych przypadkach zauważyłem, że niekiedy w miejscu wstrzyknięcia zawiesiny powstawał guzek bolesny, wielkości fasoli, który po pewnym czasie bez jakiegokolwiek leczenia ustępował; w jednym zaś przypadku po wstrzyknięciu wystąpił ropień. W czasie tym używano zawiesiny dosyć gęstej, bo z całego mózgu króliczego otrzymywano jej 25—35 ctm. Wprawdzie nie zapisywałem wtedy dokładnie ilości zawiesiny wstrzykniętej każdym razem, w przypadku jednak, w którym nastąpiło ropienie, przypominam sobie dokładnie, że zawiesina była gęstszą, niż zwykle. Oczywiście, nie mając dokładnych danych, jakiego zgęszczenia była zawiesina w przypadkach, w których występowało bolesne obrzmienie guzkowate, zaznaczyłem tylko ogólnikowo, że w niektórych przypadkach ono występowało, a uważałem je jako wynik drażnienia otaczającej tkanki cząstkami stalemi zawiesiny i wywoływania wskutek tego lekkiego aseptycznego zapalenia. Postanowiłem w przyszłości ze spostrzeżenia tego skorzystać i by sposobność do drażnienia cząsteczkami mózgu była jak najmniejszą, robić zawiesinę bardziej płynną. To też wstrzykiwałem ją w obecnych przypadkach w ilości 45—50 ctm. Raz jeden tylko zrobiłem zawiesinę przypadkowo bardzo gęstą, bo z całego dużego króliczego mózgu otrzymałem jej 18 ctm. Wprawdzie w chwili wstrzykiwania spostrzegłem, że jest za gęstą, jednak rozcieńczyć jej nie mogłem, nie mając pod ręką płynu wyjałowionego (wstrzykiwania zawiesiny robiłem w innym gmachu, aniżeli ją przygotowywałem); wstrzyknąłem ją więc taką, jaką była. W miejscu wstrzyknięcia wytworzył się ropień. Ropa badana wykazuje paciorkowce (krótkie łańcuszki), a na pożywce wyrastają czyste jego hodowle. Być może, że jest to tylko prosty przypadek, że po wstrzyknięciu za gęstej zawiesiny wystąpiło ropienie. Przypomnę tu jednak, że Krokiewicz miał ropienia po wstrzyknięciu zawiesiny niesączonej i przypisywał je cząstkom nienależycie roztartym, drażniącym tkankę; podobnie w przypadku Kadyjego wystąpiło ropienie po wstrzyknięciu zawiesiny niesączonej. Schramm, który przed wstrzyknięciem zawiesiny sączył ją przez wyjałowioną gazę, miał wyniki dobre; ropienia nie było. Zawiesinę gęstą, sądzę, można porównać dobrze z zawiesiną niesączoną, zawierającą grube cząstki mózgu. Tak w jednym, jak i drugim razie wessalność jej mniejsza. Przypuszczalne częstsze powstawanie ropni po wstrzyknięciu zawiesiny mocno zgęszczonej lub niesączonej możnaby tłómaczyć tem, że mimo należytego uważania na czystość w przyrządzaniu zawiesiny, tak płynnej, jak gęstej, mogą się do niej dostawać drobnoustroje, choćby z powietrza, zwłaszcza że przyrządzenie zawiesiny (rozcieranie mózgu w moździerzyku na powietrzu) wymaga dość dużo czasu. W zawiesinach płynnych, gdzie wessalność jest lepszą, mogą ciałka białe skuteczniej walczyć z nimi i w końcu je pokonać; mniej zaś dobrze walka ta wypaść może w zawiesinie gęstej, gdzie ciałka białe muszą swą pracę rozdzielić częściowo na zwalczanie drobnoustrojów, częściowo zaś na roznoszenie po ustroju materyału obcego, jakim jest tkanka mózgowa. W tym ostatnim przypadku nastąpić może ropienie, chociaż dobrotliwe (paciorkowiec krótki), tam zaś, gdzie zawiesina — chociaż gęsta — wstrzykniętą została zupełnie jałową, tam wywołać może lekkie zapalenie w postaci owych bolesnych guzków, dawniej spostrzeganych. Jednak choćby sprawa miała się inaczej, to ze względu na szybkość wessania należy zawiesinę przyrządzać więcej płynną. W przypadku drugim, gdzie wstrzyknięto zawiesinę na 8 godzin przed śmiercią i to w ilości około 50 ctm. i gdzie w miejscu wstrzyknięcia już po dwóch godzinach nie było najmniejszego śladu widocznego, przecież po nacięciu miejsca tego po śmierci znaleziono jeszcze, choć w niezbyt dużej ilości, masę podobną do zmiażdżonego mózgu; w przypadku zaś pierwszym podczas drugiego wstrzyknięcia, gdzie użyto przypodkowo zawiesiny za gęstej, tam w miejscu wstrzyknięcia wyniosłość jaka powstała zaraz po wstrzyknięciu zawiesiny utrzymywała się przez dni kilka niezmienioną, co właśnie wskazuje, że tu szybkość wessania jej została upośledzoną. Jako przyczynę tegoż upośledzenia uważać trzeba użycie zbyt zgęszczonej zawiesiny mózgu. Kończę na tem, zaznaczając równocześnie, że zawiesinę mózgową zawsze będę stosował, jeśli mi się tylko do tego nadarzy sposobność.

II. W sprawie organizacyi sanitarnej w miastach większych.

Napisał

Dr. Leonard Bier.

(Ciąg dalszy).

Śledząc historyę organizacyi sanitarnej w państwach, posiadających jej wzory, wszędzie spotyka się ten sam fakt, że miasta większe, stołeczne, zawsze szły na przedzie w zorganizowaniu swej administracyi sanitarnej i na urządzeniach tych miast wzorowały się dopiero rządy i ciała ustawodawcze, wprowadzając ustawową organizacyę dla reszty kraju. Jeżeli w jakim kraju administracya sanitarna spełniać ma swe zadanie należycie i z korzyścią dla ogółu, winna być zorganizowaną u podstaw, t. j. w jednostce administracyjnej — w gminie. Idąc za wzorem Anglii, zdawała sobie dobrze z tego sprawę komisya parlamentu austryackiego, wybrana r. 1868 na wniosek lekarza Dr. Rosera dla uregulowania administracyi sanitarnej. W usiłowaniach swych dążyła też ta komisya do ściślejszego określenia ustawowego sposobu, w jaki mają gminy zorganizować swe sprawy zdrowotne i poza organizacyą służby zdrowia, — jednak bezskutecznie, jak to dowodzi obowiązująca państwowa ustawa sanitarna.

Dotychczasowy brak ustaw sanitarnych, któremi Anglia, Szwajcarya, Włochy, Francya i poszczególne państwa niemieckie regulują swe sprawy zdrowotne, poza kilku powyżej wspomnianemi ustawami, regulującemi bądź kwestye specyalne, bądź organizacyę służby zdrowia — państwowej i gminnej (okręgowej), zastępują w Austryi dekreta kancelaryi nadwornej, rozporządzenia ministeryalne i namiestnicze wydawane do poszczególnych spraw, należących do administracyi sanitarnej. Rozporządzenia te, nieraz dorywcze, często

pouczające w pewnych sprawach zdrowotnych, obowiązują więcej wykonawcze władze rządowe, mniej już gminy; nie obowiązują zaś prawie zupełnie ludności. Skutek ich dodatni w kierunku poprawy warunków zdrowotnych w gminach wiejskich jest zapewniony wtedy, gdy treść rozporządzenia odnosi się do przedmiotu, należącego do poruczonego zakresu działania gminy, a wykonania rozporządzenia dopilnuje przełożona władza rządowa, — lub gdy miejscowe władze gminne rozporządzenie rządowe uczynią podstawą do miejscowego rozporządzenia i dopilnują jego wykonania. Jeżeli policya zdrowia w miastach małych i okręgach sanitarnych wykonywaną bywa ściślej i z większym pożytkiem dla ludności, przypisać to trzeba pilnej kontroli i usilnemu naleganiu rządowych organów sanitarnych w powiatach. W miastach większych. — o własnym statucie, — stanowiących dla siebie odrębną administracyę polityczną i podlegających w sprawach zdrowotnych Namiestnictwu, kontrola ta nie może być ani tak częsta, ani tak natarczywa, nietylko ze względu na szerszy zakres autonomii tych miast, ale — nieraz — i z powodu znacznej odległości. Daleki jestem od tego, by rozporządzenia te poddawać krytyce: oceniam należycie nietylko ich wysoki ze stanowiska higienicznego cel, ale i umiejętność wyzyskania w nich nowszych zdobyczy naukowych; niemniej jednak stwierdzić muszę, że niektóre z tych rozporządzeń nie wystarczają dla miast większych. Niejeden zakres administracyi sanitarnej wymaga w miastach większych głębszego ujęcia i innego zorganizowania, aniżeli tego żąda odnośne rozporządzenie (n. p. statystyka sanitarna); niektóre zakresy higieny publicznej nie są jeszcze nawet dotknięte rozporządzeniami rządowemi (n. p. sposób użytkowania mieszkań i kontrola nad niemi, kontrola targu mlecznego i t. d.). Jeżeli zważymy, że rozporządzenia sanitarne, szczególnie namiestnicze, w większości przypadków wobec więcej rolniczego charakteru kraju naszego mają głównie na oku powiaty polityczne z ludnością wiejską lub małomiejską, dalej że państwowa administracya sanitarna nie może w swych rozporządzeniach otaczać szczególną opieką miast większych, pozostawiając je ze względu na wyższy stopień samorządu i kultury własnym zarządom, niedostateczność — z natury rzeczy — tych rozporządzeń będzie zrozumiałą.

Po tych uwagach i wywodach uzasadnionem będzie zdanie, że dla prawidłowej, celowi swemu odpowiadającej administracyi sanitarnej potrzeba nietylko miejskiej służby zdrowia, ale jednocześnie wydania miejscowych ustaw (wzgl. rozporządzeń) sanitarnych (regulaminu sanitarnego), obowiązujących nietylko służbę zdrowia i ogół lekarzy praktycznych, lecz i mieszkańców, — ustaw (wzgl. rozporządzeń), zastosowanych do potrzeb miejscowych. Wprowadzenie takiego miejskiego regulaminu sanitarnego uważam za pierwszy warunek wzorowej organizacyi sanitarnej w miastach większych. Żądanie to nie jest nowością: spełniają je miasta, znajdujące się w państwach, posiadających wzorowe ustawy sanitarne; miasta angielskie, francuskie, szwajcarskie, niemieckie, włoskie i o ile mi wiadomo niektóre austryackie (Wiedeń, Berno) mogą się wykazać takimi regulaminami. Miasta włoskie według ustawy z dnia 22 grudnia 1888 r. rządzą się w kwestyach sanitarnych własnymi regulaminami; nowa ustawa sanitarna francuska z dnia 15/II 1902 art. 1 nakazuje burmistrzom (merom) miast wprowadzenie miejscowych rozporządzeń, tyczących się 1) zabezpieczenia obywateli od szerzenia się chorób zakaźnych, przeprowadzenia desinfekcyi mieszkań, niszczenia lub innego zarządzania, dotyczącego przedmiotów używanych przez chorych i mogących przenieść zarazki; 2) przestrzegania czystości domów, ulic i dróg prywatnych, mieszkań wynajmowanych, oraz wszelkich siedlisk ludzkich (*agglomérations*); 3) wreszcie zaopatrzenia miasta w wodę i zaprowadzenia usuwania wszelkiego rodzaju nieczystości.

Zachodzić może pytanie, kto ma być upoważniony w miastach większych do przygotowania odpowiednich miejscowych ustaw i rozporządzeń (regulaminów) sanitarnych, które uchwalić musi Rada miejska, a zależnie od ich znaczenia, zatwierdzić Wydział krajowy i Namiestnictwo? Organami sanitarnymi miast większych są fizycy i lekarze miejscy, oraz komisye sanitarne. Od przeciętnego lekarza miejskiego, którego jedyną kwalifikacyą jest to, że na podstawie egzaminu rządowego otrzymał stanowisko w publicznej służbie zdrowia bez specyalnych studyów w zakresie higieny naukowej i publicznej, zmuszonego nadto małą pensyą do zarobkowania praktyką prywatną na chleb powszedni, nikt niema prawa wymagać przygotowania projektów takiegoż regulaminu; — natomiast od fizyka miejskiego, na którego stanowisko powoływać należy jedynie lekarzy, odpowiednio i specyalnie ukwalifikowanych, żądać można, by higienę publiczną odpowiednio do potrzeb miasta potrafił ująć w formę ustawy, rozporządzenia, czy regulaminu. Obok fizyka referaty w sprawie poszczególnych części ustaw sanitarnych (regulaminu) powinni obejmować poszczególni członkowie komisyi sanitarnej. W miastach większych, uniwersyteckich, gdzie w skład komisyi sanitarnej wchodzą osobistości, z urzędu swego obznajomione z zadaniami administracyi sanitarnej (n. p. profesor higieny), — praca nad ułożeniem takiego regulaminu nie powinna napotkać na trudności. W tej komisyi, złożonej z przedstawicieli tak strony praktycznej nauk lekarskich, jak i administracyi miejskiej, projekt ustawy czy rozporządzenia, gruntownie opracowany i przedyskutowany, winien być podstawą uchwały Rady miejskiej.

Najlepsze ustawy i rozporządzenia nie przyniosą pożądanej poprawy stosunków, jeżeli 1) nie będą zastosowane do potrzeb miejscowych; 2) nie znajdą dostatecznego poszanowania wśród społeczeństwa; 3) i jeżeli dla ich przestrzegania nie będzie inteligentnych, obowiązkowych, zawodowo dobrze wykształconych urzędników. Pierwszemu warunkowi w sprawie organizacyi sanitarnej miast większych czyni zadość poprzednio wyluszczone żądanie ujęcia ważniejszych spraw sanitarnych regulaminem miejscowym. Spełnienie warunku drugiego zależy w znacznej części od ogólnego wychowania społeczeństwa w poczuciu prawa i obowiązku, a w kwestyach niezupełnie potocznych lub specyalnych — od dobrego spopularyzowania ustaw i rozporządzeń, — a przedewszystkiem od warunku trzeciego, t. j. umiejętnego i konsekwentnego przysposobienia przez inteligentnych, zawodowo dobrze wykształconych, społecznem swojem zadaniem przejętych urzędników. Każda ustawa i rozporządzenie władz wyższych w sprawach, ogólnego dobra dotyczących, posiadać winna cel dydaktyczny pouczenia ludności nietylko o przyczynach, n. p. szkodliwości dla zdrowia, ale i co do

środków prawnych, jakimi bądź poszczególny osobnik, bądź ludność zbiorowo bronić się może przed niemi. Ogłoszeniu przeto ustaw i rozporządzeń tego rodzaju towarzyszyć winna nietylko sucha odezwa, ale zarazem i objaśnienie, jakie znaczenie ustawa jakaś lub rozporządzenie posiada dla ogólnego dobra; — stosowaniu zaś ustaw, zwłaszcza z początku, towarzyszyć winno pouczenie ze strony wykonywującego je urzędnika. Że tego rodzaju metoda wprowadzania i wykonywania ustaw i rozporządzeń, szczególnie sanitarnych, odnosi o wiele lepszy skutek, niż zazwyczaj stosowana nawet przy ludności średnio oświeconej, mogłem się przekonać, towarzysząc urzędnikom sanitarnym miasta Zurychu podczas ich czynności urzędowych, jakoteż podczas wycieczek, odbytych z urzędnikami monachijskiego rządowego zakładu dla badania środków spożywczych po miasteczkach w okolicy Monachium, oraz i u nas, poddając rewizyi sklepy spożywcze. Objaśniając znaczenie ustawy o obrocie środkami spożywczymi, podając wskazówki co do rozdzielenia w sklepie produktów i racyonalnego ich pomieszczenia, pouczając, w jaki sposób zabezpieczyć się może kupiec, sprowadzając produkta podlegające zafałszowaniu, przed odpowiedzialnością sądową, osiągam, mimo nierzadko wdrożenia przeciw niemu postępowania sądowego, ten skutek, że kupcy, pierwotnie niechętni i podejrzliwi, żegnają przy opuszczeniu sklepu komisyę z wyrazami wdzięczności, a ponowna rewizya stwierdza wybitną poprawę i zastosowanie się do udzielonych wskazówek. Ludzkiem, życzliwem, a jednak z ustawami i rozporządzeniami zgodnem i stanowczem postępowaniem, mającem na celu systematyczną pracę nad poprawą warunków zdrowotnych, mogą urzędnicy wyćwiczyć i przyzwyczaić społeczeństwo do posłuszeństwa i poszanowania ustaw. Temu to postępowaniu ma do zawdzięczenia niejeden z lekarzy powiatowych dodatnie skutki nawet przy zarządzeniach, nie mających dostatecznego oparcia w rozporządzeniach władz wyższych. Ze względu na wyższy poziom inteligencyi ludności miast większych, zdolność do obchodzenia ustaw, oraz dochodzenia wielu, o ile zarządzenia wydane w poszczególnych przypadkach mają swe uzasadnienie ustawowe, wydanie miejscowego regulaminu sanitarnego jest bezwarunkowo wskazanem. Ułatwi ono wybitnie działalność miejskich organów zdrowia, niemniej jednak twierdzić można, że i w miastach większych ten wyżej wskazany sposób wprowadzania i stosowania ustaw i rozporządzeń sanitarnych (regulaminu) poprze jeszcze więcej tę działalność.

Identyfikowana z organizacyą sanitarną organizacya służby zdrowia jest nader ważnym czynnikiem dla prawidłowego zabezpieczenia dla społeczeństwa zdrowych warunków bytu; — nic też dziwnego, że organizacyą jej zajmują się państwa, kraje i gminy, przystępujące do uregulowania swych spraw zdrowotnych, a niektóre z nich uważają za najważniejszy, a nawet jedyny zakres administracyi sanitarnej. Do składu służby zdrowia zaliczamy lekarzy, weterynarzy, położne w miastach większych, oraz chemika miejskiego. Ostatnie trzy zawody możemy pominąć przy omawianiu organizacyi służby zdrowia; weterynarzy i chemika, nie żebyśmy odmawiali im znaczenia w usiłowaniach, zmierzających do zabezpieczenia zdrowych warunków bytu, ale dla ściśle ograniczonego zakresu ich działalności; — położne zaś, tylko ze względu na mały zakres ich zapobiegawczej działalności wobec chorób. Jeżeli przeto pominiemy te zawody, znajdziemy w składzie służby zdrowia miast większych lekarza naczelnego (fizyka), lekarzy miejskich i komisyę sanitarną. W celu choćby pobieżnej oceny braków organizacyi służby zdrowia w miastach większych, należy bliżej się zastanowić nad zakresem obowiązków poszczególnych jej kategoryi. Rozpocznijmy od lekarzy miejskich. Do obowiązków ich (§ 2 instrukcyi krakowskiej) należą: oględziny zwłok, bezpłatne leczenie ubogich, pomoc w nagłych wypadkach, szczepienie, popieranie w przydzielonym mu obwodzie lekarza naczelnego w zakresie policyi lekarskiej. Jeżeli wolno z brzmienia instrukcyi wnosić o znaczeniu, jakie jej twórcy przypisywali poszczególnym obowiązkom lekarzy miejskich, należałoby przyjąć, że obowiązek oględzin pośmiertnych, oraz leczenie ubogich i szczepienie są czynnościami najważniejszemi, gdyż z 52 paragrafów instrukcyi jest 17 poświęconych kategoryi pierwszej, 11 drugiej, 5 zaś trzeciej. Że przypuszczenie to posiada wszelkie cechy prawdopodobieństwa, za tem przemawia ta okoliczność, iż ściśle do rozmiarów miejsca, zajętego w instrukcyi, utarły się obowiązki krakowskich lekarzy miejskich w praktyce. Jednak i w tym kierunku nastąpiły zmiany w ostatnich latach. Wobec znakomicie pełniącej swe zadanie Stacyi ratunkowej obowiązek niesienia pomocy w wypadkach nagłych zachodzi nader rzadko; niewielkiego również nakładu pracy wymaga leczenie ubogich, którzy, wobec licznych zakładów leczniczych i ambulatoryów bezpłatnych, otrzymać mogą łatwo poradę i opiekę lekarską u specyalistów. Punkt ciężkości obecnej działalności lekarzy miejskich w Krakowie spoczywa zatem w oględzinach zmarłych i leczeniu w miejskich przytułkach, zakładach humanitarnych, aresztach, oraz w szczepieniu. — Zaledwie 6 paragrafów wspomnianej instrukcyi odnosi się do działalności zapobiegawczej lekarzy miejskich wobec chorób i niekorzystnych warunków dla zdrowia ogółu. Według nich ma lekarz miejski zwiedzać wszelkie budowle publiczne i prywatne, badać w nich godne uwagi pod względem higienicznym urządzenia, mieć na oku lokale, w których gromadzi się większa liczba osób, warstaty, fabryki, zakłady wychowawcze, klasztory, ochrony, areszta; ma on nadzorować garkuchnie, traktyernie, artykuły żywności i przedmioty użytku. Do niego też „należy czuwać nad tem, by dzieci, należące do rodzin, nawiedzionych chorobami zakaźnemi, nie uczęszczały do szkoły, dopóki niebezpieczeństwo zarazenia albo nie minie samo, lub też w inny sposób usuniętem zostanie“. Te to obowiązki, zaznaczone w przytoczonych paragrafach, należy uważać za ten zakres działalności lekarzy miejskich, w którym popierać mają lekarza naczelnego, gdyż należą one również i do jego obowiązków, a zakres ten uważać trzeba głównie za zapobiegawczy wobec chorób i warunków szkodliwych dla zdrowia. Jeżeli jednak w paragrafach instrukcyi, omawiających oględziny zwłok i leczenie ubogich, określono dokładnie sposób postępowania lekarzy miejskich, poprzednio przytoczony zakres ich działalności zapobiegawczej, nierównie obszerniejszy i przedstawiający stosunki więcej złożone, zaledwie został wzmiankowany w paragrafach dotyczących, a sposób postępowania lekarza bliżej nie jest określony; — natomiast włożono nań obowiązek, by w razie dostrzeżenia jakichkolwiek uchybień pod względem sanitarnym, polecił złe usunąć, albo gdy to przekracza jego możność, uwiadomił o tem lekarza naczelnego. W praktyce

działalności lekarzy miejskich ten zakres ich obowiązków jest prawie bez znaczenia, a wynik jest wprost minimalny. Ażeby to zrozumieć, trzeba uprzytomnić sobie stanowisko tych lekarzy wobec bezpośredniego przełożonego i władz wykonawczych magistratu, oraz ich słabe wynagrodzenie.

Bezpośrednią władzą zwierzchniczą nad lekarzami miejskimi jest lekarz naczelny. Do niego przedewszystkiem należy nadzór nad warunkami zdrowotnymi w mieście, jakoteż i nadzór nad działalnością lekarzy miejskich. Wobec braku ścisłego rozdziału i ujęcia obowiązków lekarza naczelnego a lekarzy miejskich w kierunku wymienionym, dalej wobec braku odpowiednich przepisów sanitarnych, zastosowanych do warunków miejscowych, szczególnie n. p. w zakresie tłumienia chorób zakaźnych i zapobiegania im, zachodzić mogą przypadki, że każdy z lekarzy odmienne może mieć zapatrywanie na rodzaj postępowania w danej sprawie, a stąd wynikać mogą spory, których następstwem bywa złożenie całego ciężaru obowiązków opieki nad zdrowiem ludności poza oględzinami zwłok, leczeniem ubogich, oraz szczepieniem, na lekarza naczelnego. Nie mniej ujemnie od tego braku ściśle uregulowanego stosunku obowiązków pracy lekarzy miejskich a naczelnego wpływa i stosunek urzędowy lekarzy do władz wykonawczych magistratu. Tak fizyk, jak i lekarze miejscy, są właściwie organami doradczymi magistratu, a ten wydaje i wykonywa polecenia na podstawie opinii lekarskiej. Jeżeli co do niektórych spraw, n. p. tłumienia chorób zakaźnych, utarło się przyjęcie wszelkich opinii lekarskich tak dalece, że lekarz naczelny sam od siebie, a również i lekarze miejscy sami wydają odpowiednie zarządzenia, to wszelkie opinie co do warunków zdrowotnych w budynkach, lokalach publicznych, warstatach, sklepach i t. p. i wynikające z nich postępowanie dalsze z urzędu, znajduje w urzędnikach magistratów a nawet i starostw, nie doceniających znaczenia ich zdrowotnego, pewną niechęć, której następstwem jest ich pomijanie. W tych warunkach praca zapobiegawcza lekarza wobec chorób zakaźnych nie tylko nie przynosi korzyści ogółowi, nie sprawia mu zadowolenia moralnego, ale sprowadza nawet przykrości; — nic więc dziwnego, że lekarz, doznawszy kilkakrotnie zawodu, nadal się do tej pracy nie garnie. — Kwestya wynagrodzenia lekarzy miejskich nie jest tu również bez znaczenia. Lekarze ci posiadają wprawdzie IX-tą rangę urzędników magistratu, ograniczoną jednak w poborach; przeto zmuszeni są do zarobkowania inną drogą na siebie i rodzinę; sił swych zatem nie mogą poświęcić wyłącznie tej ciągłej i systematycznej kontroli, jaka jest konieczną, by zadanie swe w wymienionym zakresie spełnić mogli należycie. Jeżeli nadto dodamy, że n. p. do kontroli czystości w domach, podwórzach, śmietnikach, zlewach, kloakach i t. d., do kontroli targowej owoców, grzybów, maszyn do pompowania piwa, dalej do nadzoru, czy dzieci należące do rodzin, w których panują choroby zakaźne, nie uczęszczają do szkoły, zatem kontroli, należącej do zakresów higieny, wymagających stałego czuwania, — nie potrzeba koniecznie wiadomości lekarskich i stopnia akademickiego, zrozumiałem będzie, że lekarze miejscy w tak trudnych warunkach pracy, nie dającej zadowolnienia i podniety moralnej, niewiele zdziałają.

Według instrukcyi, wydanej dla l e k a r z a n a c z e l n e g o, jest on obowiązany do czuwania nad zdrowiem publicznem w całem mieście, ma się obznajamiać ciągle jak najdokładniej z jego stanem. Wszelkie zakresy higieny miejskiej, apteki, zakłady lecznicze, instytucye dobroczynne, naukowe, gimnastyczne, fabryczne, podlegają jemu pod względem dozoru higienicznego. Dozór sanitarno-policyjny nad domami, mieszkaniami, dziedzińcami, ściekami, wychodkami, sklepami, szynkami, traktyerniami, hotelami, kawiarniami, masarniami, targami, warstatami, cmentarzem, do niego należy. Prócz tego należeć ma lekarz naczelny do wszelkich komisyi przemysłowych, budowlanych i wszelkich innych komisyi magistratu, wyznaczanych do spraw, mających jakąkolwiek styczność z higieną; należeć ma do komisyi sanitarnej i referować na jej posiedzeniach sprawy sanitarne; bywać na posiedzeniach magistratu, prowadzić dokładny wykaz swych czynności, utrzymywać ewidencyę lekarzy, aptekarzy, weterynarzy, dentystów, podrzutków, głuchoniemych, ciemnych, obłąkanych i t. d.; w sprawach osób tych prowadzić korespondencyę, kontrolować położne, prowadzić statystykę chorobliwości i śmiertelności, składać rozmaitego rodzaju sprawozdania sanitarne, dawać opinię w zagadnieniach lekarskich, badać stan zdrowia urzędników i sług magistratu, żon ich i dzieci, oraz kandydatów na posady miejskie, być aprobantem referatów weterynarskich, czuwać nad ludzkiemi i zwierzęcemi chorobami zakaźnemi, badać ich przyczyny, zarządzać środki zapobiegawcze, obznajamiać się z urządzeniami lekarskiemi miast innych, oraz śledzić postępy higieny. I wszystkie te czynności spełniać ma j e d e n j e d y n y człowiek. Ktokolwiek przypatrzył się z bliska czynnościom we wzorowo urządzonym urzędzie zdrowia, spełniającym istotnie zgodnie z wymaganiami nowoczesnej higieny, a nie dla formy jedynie, funkcye wyżej wymienione, kto posiada wyobrażenie o toku postępowania w urzędach administracyjnych, musi przyjść do przekonania, że s p e ł n i e n i e w s z y s t k i c h t y c h o b o w i ą z k ó w p r z e z j e d n ą o s o b ę j e s t f i z y c z n i e b e z w z g l ę d n i e n i e m o ż l i w e m.

Jeżeli rozpatrzymy się gdziekolwiek w organizacyi sanitarnej miast większych, których urzędy lekarskie służyć mogą za wzór, przekonamy się, że do spełnienia wszystkich tych zadań zdrowotnych, które przypadły miastom do wykonania, a które m u s z ą być złączone w ręku jednej osobistości, zawodowo i s p e c y a l n i e wykształconej — lekarza naczelnego —, powtarzamy, przekonamy się, że potrzeba n i e t y l k o j e d n e j o s o b y o d p o w i e d n i e j, a l e c a ł e g o b i u r a o n a l e ż y t y m s k ł a d z i e t a k u r z ę d n i k ó w, j a k i s ł u ż b y. — Jak tego rodzaju „biuro lekarskie“ czy „urząd zdrowia“ zorganizować, nie może być przedmiotem niniejszej rozprawki, której jedynym celem jest zaznaczenie najważniejszych czynników w organizacyi sanitarnej miast większych; — w każdym przypadku poszczególnym organizacya ta musi być zastosowaną do warunków i potrzeb miejscowych. Sądzę, że większą przysługę oddam miastom, pragnącym przystąpić do zorganizowania tego rodzaju biur, gdy na końcu niniejszej pracy z szeregu miast obcych, w których znaną mi jest tego rodzaju organizacya, przedstawię ją w dwóch zbliżonych tak wielkością, jak i niektórymi innymi warunkami, do stołecznych miast ściślejszej ojczyzny naszej. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Zdzisław Dmochowski. **Dyagnostyka anatomo-patologiczna. Część I. Klatka piersiowa.** Warszawa, 1903. Stron III + 421. Wydawnictwo „Gazety lekarskiej" przy udziale Kasy im. Mianowskiego. Druk P. Laskauera i Sp. Cena Rbs. 5.

Każdy przybytek w szczupłym szeregu polskich podręczników lekarskich jest bardzo pożądanym, szczególnie w zakresie t. zw. teoretycznych nauk lekarskich, w której wielu działach brak nam zupełnie dzieł, nietylko oryginalnych, ale nawet tłómaczonych. Z góry już zaskarbia sobie uznanie każdy wydawca, który nie cofa się przed niemałemi u nas trudnościami wydawnictwa i przed niebezpieczeństwem strat materyalnych i każdy autor podręcznika, imający się pracy zawsze żmudnej, a nieraz — wobec przesadnych wymagań, jakie właśnie swojskiemu piśmiennictwu stawiać stało się u nas złym nałogiem, — nawet niewdzięcznej.

„Gazeta lekarska" położyła już na polu wydawniczem wielkie zasługi i może się przytem pochlubić, że podręczniki polskie, które wydała, są dziełami niemałej wartości. Przywykłszy do tego, że wydawnictwa „Gazety" były dotąd istotnie dobre, pragnęłoby się stwierdzać to o każdem następnem. Niemniej trudno pozbyć się pewnej obawy, otwierając podręcznik, który odbiega od utartych i znanych typów, który nietylko dlatego jest oryginalnym polskim, że go po polsku napisano, ale i dlatego, że jest nowym jako pomysł i wykonanie. A taką właśnie jest „Dyagnostyka anatomo-patologiczna" Dmochowskiego, który zamierzył odźwierciedlić w niej tę pracę syntetyczną, jakiej dokonać musi umysł wykonującego sekcyę, aby rozpoznać napotkane zmiany chorobowe. Już jednak przejrzenie planu dzieła te obawy rozprasza, a po przeczytaniu książki dochodzi się do wniosku, że autor trudne zadanie, jakie sobie postawił, zdołał pomyślnie rozwiązać.

Autor kładzie główny nacisk na znaczenie poszczególnych objawów anatomicznych, stanowiących podstawę rozpoznania i według nich układa rozdziały owej książki. Opisuje je zwięźle, a jasno, w takim starając się ułożyć je porządku, w jakim nasuwają się w toku sekcyi. Z tych zasadniczych objawów odbudowuje autor obrazy różnych spraw patologicznych, wysuwając na czoło każdej z nich ten objaw, lub tę gromadę objawów, które w niej są znamienne, a w końcu każdego rozdziału podaje, jak należy rozróżniać takie sprawy, w których pewne objawy są wspólne. Wybierając ten sposób przedstawienia rzeczy, oparł się autor na doświadczeniu własnem, nabytem w ciągu kilkuletnich wykładów dyagnostyki anatomopatologicznej w uniwersytecie warszawskim; według poczynionych przy nauczaniu spostrzeżeń nakreślił plan dzieła, a plan ten wykonał konsekwentnie.

O dydaktycznej wartości samego zasadniczego pomysłu dzieła jestem osobiście tem silniej przekonany, że postępując w podobny poniekąd sposób przy praktycznych ćwiczeniach od lat kilku, odniosłem wrażenie, iż takie sposoby są dla słuchaczy stosunkowo najdostępniejsze i że zapomocą nich stosunkowo najszybciej dochodzą oni do pewnej dyagnostycznej wprawy.

Autor doskonale sam zdawał sobie sprawę, że sposób ten obok niewątpliwych zalet ma także strony ujemne, które przy ustnym wykładzie mniejszą może mają wagę i mniej wpadają w oko, które natomiast przy pisaniu dzieła, przeznaczonego do druku, sprawiają niemałe trudności. Odbić się one muszą, jak autor słusznie w przedmowie zaznacza, na układzie dzieła, który niekiedy stać się przez to może nieco sztuczny, niekiedy zaś schematyczny. Sądziłbym jednak, że niedogodności, jakieby stąd wyniknąć mogły, a jakich zupełnie uniknąć przecież niepodobna, są hojnie przeważone zaletami układu, ułatwiającego znacznie zarówno praktyczną naukę początkującym, jak i odszukanie potrzebnych danych tym, którzy z przedmiotem lepiej są obeznani. Zresztą autor umiał i tutaj trudności w przeważnej części pokonać. Ulepszyć układ możnaby chyba w rzeczach drobniejszych i nie wątpię, że nastąpi to w drugiem wydaniu dzieła, na które nie powinnoby ono wobec swych zalet długo czekać. Te drobne szczegóły zależą jednak tak znacznie od indywidualnych zapatrywań i osobistego doświadczenia praktycznego, że nie śmiałbym żadnego z nich podnosić, jako zarzutu. To też tylko jako zapytanie poddaję rozwadze autora kwestyę, czyby nie było praktyczniej w następnem wydaniu opisy techniki badania więcej skupić, zamiast rozdzielać je na drobne ustępy. Przez to może dałoby się także cały np. rozdział o badaniu serca podzielić wygodniej i powiązać np. ustęp o badaniu zastawek z ustępem o badaniu reszty wsierdzia; przez to także odpaśćby mogły niektóre, obecnie konieczne powtórzenia. Także przełożenie badania mięśnia sercowego na przedostatnie miejsce rozdziału, t. j. pomieszczenie go dopiero po ustępie o badaniu wsierdzia, zdawałoby mi się praktyczniejsze, zwłaszcza ze względu na początkujących, którzy mimo ostrzeżenia (na str. 142) nie potrafią w czasie badania mięśnia dość ostrożnie z wsierdziem się obchodzić. Może też w następnem wydaniu byłoby wskazane ze względów praktycznych rozszerzyć ustęp o ropnem zapaleniu płuc (str. 250), uwzględniając tutaj nieco dokładniej zapalenia ropne odoskrzelowe, skoro właśnie w przeważnej części podręczników uczeń je jako rzecz osobną spotka i pogodzenie tego szczegółu z podziałem, przyjętym w „Dyagnostyce", mogłoby mu sprawiać niejaką trudność. Wreszcie, czyby nie powiodło się w następnem wydaniu ściślej połączyć opisu zmian niektórych narządów szyi z częścią, obecnie wydaną? Obecnie bowiem znajdzie się np. opis zmian krtani i górnej części przełyku daleko od opisu zmiany tchawicy i dolnej części przełyku, co dla uczących się mogłoby być mniej dogodnem.

Uchybiłbym istotnej wartości dzieła, gdybym twierdził, że jest ono zupełnie bez usterek i że nie można mu zrobić żadnych zarzutów, do których teraz z kolei przejśćby należało. Ale usterek tych tak jest mało i tak są drobne, a raczej tak bardzo wyglądają na proste „lapsus calami", że autor napewno sam je już zauważył i w następnem wydaniu sprostuje.

Z uznaniem podnieść należy bardzo liczne (163) rysunki, podnoszące znacznie praktyczną wartość dzieła, a wykonane prawie wyłącznie według własnych, pouczająco dobranych preparatów autora. Rysunki makroskopowe są przytem tak świetne, że pozazdrościćby ich mogło „Dyagnostyce" najwspanialsze obce dzieło. Co do rysunków mikroskopowych to, jak wiadomo, niemało spierano się o to, czy lepsze ze względów dydaktycznych są rysunki półschematyczne, czy zupełnie wierne. Autor zdaje się daje pierwszeństwo tamtym. To odpowiada, jak sądzę, także zadaniu dzieła, Wykonanie rycin, jak wogóle strona topograficzna są takie, jakich w wydawnictwach naukowych warszawskich dotąd niemal się nie widywało.

Wreszcie słowo o języku i mianownictwie. W jednym i w drugiem znać wielką autora staranność. A należy to tembardziej podnieść, że mimowolny wpływ języka wykładów ustnych musiał być znacznem utrudnieniem. W mianownictwie autora nieodpowiednich nazw jest zaledwo kilka (jak np. rak „móżdżkowy" zamiast utartego już, a odpowiedniejszego określenia „rdzeniasty"), które w przyszłości nietrudno będzie poprawić.

Jednem słowem „Dyagnostykę anatomo-patologiczną" należy gorąco polecić zarówno uczącym się, jak i lekarzom, mającym sposobność wykonywać sekcye. Autor zaś oby nie dał nam zbyt długo czekać na dalsze części pożytecznego swego dzieła. *Ciechanowski.*

IV. Wyciągi.

Władysław Kania. **O wpływie sprawy porodowej na kobiety usposobione do gruźlicy.** (*Rozprawa doktorska.* Paryż, 1904). Powszechnie utarło się przekonanie, że ciąża i poród wywierają na ustrój kobiet do gruźlicy skłonnych, lub już nią dotkniętych, wpływ bardzo zgubny. Bez dalszych badań stało się to przekonanie do tego stopnia dogmatem, że jest ono podstawą bardzo doniosłych reguł praktycznych, zarówno co do tego, jakie ma być zdanie lekarza o zamierzonem małżeństwie kobiety na gruźlicę chorej lub do niej usposobionej, jak i co do wskazań przerwania ciąży u takich osób. Autor zamierzył pierwotnie zbadać na materyale kliniki prof. Pinarda z lat 1898—1903, obejmującym ogółem 13.651 spostrzeżeń, wpływ porodu na gruźlicę już istniejącą i zebrał był już z tego materyału 116 przypadków. Jednakże uderzony okolicznością, że wiele kobiet, obciążonych dziedzicznie, lub różnemi sprawami chorobowemi do gruźlicy usposobionych, przebyło w klinice Pinarda znaczną nieraz liczbę porodów, a mimoto na gruźlicę nie zapadło, postanowił autor dokładniej opracować i tę także sprawę, jako pierwszą część swych badań; z niej to właśnie zdaje sprawę w swej pracy.

Odpowiednich spostrzeżeń zgromadził autor wśród wspomnianego materyału 660; te 660 kobiet odbyły razem 1590 porodów. Żadna z tych kobiet nie miała zmian gruźliczych w płucach, chociaż wiele z nich pochodziło z rodzin suchotniczych. I tak n. p. 32 kobiet było takich, których rodzeństwo chorowało i zmierało na suchoty, — a — rzecz szczególna — nieraz wśród kilku sióstr ta tylko ocalała, która rodziła. Autor przytacza jako przykład następujący przypadek: kobieta 34-l., trzeci poród po 18-miesięcznem karmieniu drugiego dziecka; matka tej kobiety i dwie siostry (jedna z nich zamężna, ale bezdzietna) zmarły na gruźlicę; u niej samej zmian gruźliczych nie wykryto. 17 kobiet miało mężów suchotników; z tych uderzającem jest spostrzeżenie, dotyczące kobiety, która odbyła 14 porodów, wykarmiła wszystkie swe dzieci i nie zachorowała na gruźlicę, na którą zmarł jej ojciec, brat i pierwszy mąż, ojciec jej 12 dzieci. Podobnie inna, matka 8 dzieci, z nich 6 z pierwszym mężem, zmarłym na gruźlicę, na którą zmarła również jej matka i dwóch braci.

W innym szeregu kobiet, obciążonych już i tak dziedzicznie, wykazywały wywiady jeszcze przebycie różnych chorób, według powszechnego zdania usposabiających do gruźlicy, jak odra, ospa, kiła, osłabiających narząd oddechowy, jak różne cierpienia płuc i oskrzeli, między innemi grypa. Z takich 43 kobiet (112 porodów) żadna na gruźlicę nie zapadła.

Jedno z zestawień autora obejmuje 31 kobiet (80 porodów), u których należałoby przypuszczać nietylko obciążenie, ale już nawet początki zakażenia gruźliczego, gdyż u 5 z nich stwierdzono krwioplucie, u 27 zapalenia opłucnej. I z tych kobiet żadna po porodach nie zapadła ciężej na gruźlicę; u przeważnej ich części można było nawet przypuszczać wyleczenie się dawniejszych zmian. Autor przytacza tu jako przykład następujące spostrzeżenie: kobieta, której matka zmarła na gruźlicę, kaszle oddawna, w 17 roku życia przebyła krwioplucie, w 19 i 25 roku życia zapalenie prawej opłucnej, w 22 roku życia grypę; w 25 roku życia wnet po zapaleniu opłucnej zachodzi w ciążę i rodzi na czasie dziecko donoszone, które sama kilka miesięcy karmi; kaszel nie ustąpił w czasie pierwszej ciąży, znikł jednak zupełnie przy drugiej ciąży w 27 roku życia, po której nie stwierdzono w płucach nawet tych drobnych zmian, jakie były przedtem. Równie ciekawą jest grupa 18 kobiet (31 porodów), u których była gruźlica t. zw. chirurgiczna (kości, gruczołów), a u których po porodach nie zauważono rozwoju gruźlicy w innych narządach, przedewszystkiem w płucach.

Aby odeprzeć zarzut, że szkodliwy wpływ sprawy porodowej ujawnia się dopiero po 2 lub 3 porodach, a statystyka autora dotyczy głównie pierwiastek, oblicza dalej autor, że wśród 660 kobiet, do gruźlicy usposobionych, było 199 wieloródek (ponad 3 porody), które razem rodziły 982 razy; żadna z nich nie zapadła na gruźlicę. To samo dotyczy kobiet, które zachodziły wielokrotnie w ciążę w krótkich przerwach, jak również kobiet, karmiących długo, nawet nadmiernie długo, co według zdania niektórych ma szczególnie wzmagać usposobienie do gruźlicy.

Naprzeciw liczby 660 kobiet, do gruźlicy usposobionych, a przebywających liczne porody bez szkody, stawia autor 33 kobiet usposobionych, które na gruźlicę zachorowały, co się równa 4·7%; z nich jednak 20 zachorowało zgoła niezależnie od sprawy porodowej. Napewno związek tej sprawy z początkiem gruźlicy stwierdził autor tylko u 6 kobiet wśród ogólnej liczby 693, t. j. 0·8%. Nawet doliczywszy 7 kobiet, u których początek gruźlicy nie dał się ściślej oznaczyć, wypadnie 1·8%, przyczem jednak i o tem pamiętać należy, że statystyka autora odnosi się do ludności robotniczej i wyrobniczej, ubogiej, a niehigienicznie żyjącej i stąd gruźlicą szczególnie dotkniętej.

Według statystyki autora u kobiet, usposobionych do gruźlicy, ani liczba poronień i porodów przedwczesnych nie jest nadmiernie wielką, ani też płody nie są źle rozwinięte.

Wobec tego wszystkiego dochodzi autor do wniosku, że ani ciąża, ani poród, ani karmienie nie zdają się szczególnie usposabiać do wybuchu gruźlicy u kobiet, do tej choroby skłonnych. Wynikałoby stąd, że niema żadnego słusznego powodu, aby kobietom, obciążonym dziedzicznie, odradzać małżeństwo, ciążę i karmienie, lub obawiać się u takich kobiet porodów przedwczesnych i płodów niedostatecznie rozwiniętych. I u takich kobiet można oczekiwać spokojnie porodu, jeżeli się im może zapewnić dobre warunki higieniczne. *C.*

Renvers. **Kiła narządu krążenia.** (*Die Therapie der Gegenwart*, wrzesień, 1904). Jak w innych chorobach zakaźnych, tak i w kile występują w pierwszych okresach zmiany toksyczne w miąższu mięśnia sercowego, które klinicznie możemy stwierdzić zwiększoną wrażliwością i szybkiem nużeniem się mięśnia, a anatomicznie zmniejszoną odpornością tkanki. Objawy toksyczne, występujące w okresie osutki kiłowej, mogą wywołać jako zmiany drugorzędne ciężkie zaburzenia sercowe. Zakażenie wywołuje zmniejszenie liczby tętna, ale po najmniejszym wysiłku liczba ta się zwiększa i dopiero po dłuższym spokoju staje się prawidłową. Przy większej pracy fizycznej występują często objawy ostrego rozszerzenia serca, które się cechują utratą rytmu tętna i objawami niedomogi serca. Stan ten zwykle występuje u takich chorych na kiłę, którzy lecząc się ambulatoryjnie, oddają się jednocześnie zwykłemu zajęciu. We wczesnym okresie kiły i ciężkiem zakażeniu występują często tkankołącznowe zmiany ogniskowe, które tylko drobnowidem możemy wykazać. W związku z temi zmianami ulegają już wcześnie schorzeniu mniejsze i większe żyły, jakoteż i mniejsze tętnice, które z powodu bujania błony przybyszowej i średniej wprost zarastają. Z powodu mniejszych lub większych zmian naczyniowych występują mniejsze lub większe objawy niedomogi serca. Schorzenia śródsierdzia i osierdzia we wczesnym okresie są następstwem owrzodzeń skóry i błony śluzowej, które mogą stać się przyczyną ogólnej posocznicy. Większe znaczenie praktyczne mają schorzenia narządu krążenia w późniejszym okresie zakażenia. Wielka ilość zmian w tętnicy głównej jest następstwem kiły. Wedle Renversa 70% tętniaków aorty powstaje na tle kiłowem. Rozpoznanie początkowych zmian kiłowych w tętnicy głównej jest trudne; ponieważ jednak proces kiłowy zaczyna się zwykle w miejscach, gdzie są ujścia ważnych naczyń, a najczęściej od tętnicy głównej i wywołuje w ich świetle zmiany, to nierówne wypełnienie tych naczyń nie może ujść naszej obserwacyi. Początkowe zmiany w tętnicy głównej charakteryzują się uczuciem ucisku i bólu w okolicy mostka. Objawy te szczególnie występują przy natężeniach wśród dolegliwości dychawiczych. Jeżeli elastyczność układu naczyniowego na wielkiej przestrzeni maleje, wtenczas skutkiem wzmożonej pracy serca mamy przerost lewej komory. Rozpoznanie pewne dają nam zmiany, zachodzące w zastawkach i ujściach: mamy wtenczas zwężenie lub niedomykalność, albo wskutek patologicznych zaburzeń w tętnicach wieńcowych objawy dusznicy bolesnej. Z kiłowemi zmianami naczyń pozostają w związku schorzenia mięśnia sercowego. Schorzenia te w późniejszych okresach występują względnie rzadko: na 2000 przypadków chorób serca spostrzegał Renvers tylko 26 z kiłą sercową. Przy etyologii chorób serca i naczyń musimy uwzględnić, że oprócz chorób zakaźnych i intoksykacyjnych, miażdżyca daje wielki kontyngent. Występuje ona często najprzód w sercu i w wielkich naczyniach i jest objawem ogólnej zmiany, występującej w wieku podeszłym. Przy wcześnie występującej miażdżycy, jeżeli możemy wykluczyć przebyte choroby zakaźne i intoksykacyę alkoholową i nikotynową, należy pamiętać o etyologii kiłowej. Jeżeli zakażenie kiłowe jest pewne, to wtenczas objawy, zachodzące w innych narządach, mianowicie w układzie nerwowym i wątrobie, czynią rozpoznanie prawdopodobniejszem. Zaburzenia w sercu, występujące u człowieka dotychczas zdrowego i młodego, czynią etyologię kiły równie znaczącą, jak wczesne porażenie połowicze. Rokowanie zależy od czasu trwania choroby i od zmian bliznowatych w sercu i w naczyniach. Energiczne leczenie rtęcią i jodem jest jedynie wskazanem, ale oprócz leczenia przyczynowego trzeba czasem zastosować naparstnicę i morfinę. *Dr. J. B. Sokal* (Lwów).

Dobromysłow. **Fizyologiczna rola soków trawiennych, zawierających pepsynę w środowisku alkalicznem.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny* 1903, Petersburg). D. badał w pracowni prof. Pawłowa fizyologię soku odźwiernikowego i Brunnerowskiego u psów. Pod względem własności fizycznych

i fizyologicznych soki te okazały się bardzo między sobą powinowatymi z tą jednak różnicą, że sok gruczołów Brunnerowskich zawiera enterokinozą, której brakuje w soku odźwiernikowym. Soki te składają się z kłaczków szarawego śluzu i przezroczystego bezbarwnego płynu, odznaczającego się wybitną lepkością. Odczyn soków tych jest alkaliczny, stopień alkaliczności niestały i nieznaczny. Obydwa soki zawierają zaczyn, trawiący białko w środowisku kwaśnem; optimum kwasoty dla zaczynu jest 0,1%; zaczyn ścina mleko. Siła trawiąca soków jest nieznaczną, od śladów do 2,4 mlm. lasoczki białkowej (według Metta), mniejwięcej odpowiednią sokowi z dna żołądka, otrzymanemu po spożyciu pokarmu tłustego. Żółć w nieznacznej już ilości niszczy siłę soków trawiącą białko; trawiąca zaś siła względem tkanki łącznej pozostaje zachowaną, jakkolwiek jest niższą. W razie dodania żółci (5%) do soku po pewnym okresie działania żółci na tłuszcz, trawienna siła soku nie ulega zmianie. Pod wpływem tłuszczu zwiększa się nietylko ilość soku, lecz i zagęszczenie w nim zaczynów; tłuszcze więc są swoistymi bodźcami dla wydzieliny omawianych soków. Działanie soków trwa również w jelitach, jednocześnie z sokiem trzustkowym. Będąc powinowatymi pod wielu względami, sok odźwiernikowy i Brunnerowski różnią się pod względem mechanizmu wydzielania soków. Dla soku odźwiernikowego ogromne znaczenie mają miejscowe podrażnienia błony śluzowej; podrażnienia te podnoszą ilość soku i jego siłę; odruch z jelit — przeciwnie — tamuje czynność części odźwiernikowej żołądka. Dla soku Brunnerowskiego miejscowe podrażnienia dwunastnicy w części Brunnerowskiej mają inne znaczenie: bodźce mechaniczne, oraz niektóre chemiczne, zwiększają ilość soku i jego alkaliczność, lecz nie podnoszą jego zagęszczenia; tłuszcze przy miejscowem podrażnieniu nie sprowadzają wydzieliny soku; odruchowo zaś tłuszcze pędzą sok, jakkolwiek, skąd ma wychodzić odruch, autorowi nie udało się oznaczyć; sok ten odznacza się znacznem zagęszczeniem. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Bulawincow. **Psychiczny sok żołądkowy u ludzi.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny*. Petersburg, 1903). Przepłókawszy z wieczora żołądek zdrowych osobników i przekonawszy się nazajutrz zrana, że nie zawierał on treści, wzniecał autor łaknienie, każąc przygotowywać w obecności osób, poddanych badaniu, te pokarmy, które one zaliczały do ulubionych, a następnie wypompowywał zawartość żołądka i poddawał ją badaniu. Okazało się, że łaknienie, wywoływane wrażeniami wzrokowemi, słuchowemi i węchowemi, odgrywa ogromne znaczenie w sprawie wydzielania soku żołądkowego. Psychiczny sok żołądkowy odznacza się znaczną zawartością kwasu solnego (2‰) i pepsyny; ilość i jakość tego soku zależą od indywidualności, od stopnia łaknienia i od siły czynników drażniących. U ozdrowieńców po durze brzusznym psychiczny sok żołądkowy odznacza się większą siłą trawienną, niż u osobników zdrowych i wydziela się z większą energią, niż u tych ostatnich. W przypadkach „diabète maigre" psychicznego soku żołądkowego autor otrzymać nie potrafił; przekonał się on wreszcie, że zrana naczczo u osobników zdrowych bardzo często można wydostać z żołądka treść, chociażby w bardzo nieznacznej ilości. Na podstawie wyników, doświadczeń i analiz autor przypuszcza, że ta treść żołądkowa, przedstawiająca czasami wysoką siłę trawienną, jest niczem innem, jak sokiem psychicznym, który wydzielił się pod wpływem jakiegobądź czynnika niepostrzegalnego.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Prof. Elischer. **O krwawieniach macicznych i o ich leczeniu zapomocą styptolu.** (*Wiener med. Wochenschrift* Nr. 32 i 33, 1904). Elischer poddał ścisłemu badaniu w swej klinice nowy ten przetwór, tamujący krwotoki maciczne. Wybierał przypadki z krwotokami bez podstawy patologiczno-anatomicznej, krwotoki w niedokrwności, rozlane zapalenie śródmaciczne, przewlekłe zapalenia macicy, tyłozgięcia macicy, zwrot płciowy, wreszcie nowotwory macicy. Autor porównywa działanie styptolu z działaniem leków, tamujących krwawienia, używanych powszechnie w położnictwie, jako to: krople kanadyjskie, ergotyna i styptycyna. Krople skutkowały do pewnego stopnia, często jednak zmniejszały łaknienie i sprowadzały dolegliwości żołądkowe, a niekiedy nie skutkowały wcale; ergotyna wywołała u pewnej chorej nawet w małych dawkach uczucie lęku: styptycyna tamowała wprawdzie najczęściej krwawienie, nie zapobiegała jednak szybkiemu powrotowi krwawienia i bolom; w dwóch przypadkach spowodowała nadto silne rozdrażnienie, a niekiedy zawiodła zupełnie. Styptol oddawał bez wątpienia najlepsze usługi w dawkach 0·05 co 3 godziny, lub 3 razy dziennie po 1 kołaczyku. Nigdy nie stwierdzono po styptolu nieprzyjemnych wpływów ubocznych; działanie uspakajające było zawsze wyraźne. Ważnem jest, iż styptol działał uspakająco na nerw spółczulny; byłby więc nietylko lekiem objawowym, lecz także wpływałby w wielu krwotokach bez zmian anatomiczno-patologicznych na przyczynę choroby. Styptol zmniejsza też wydzielanie się śluzu, o którem wiemy, iż powstrzymuje tworzenie się skrzepów krwi. *Baschkopf*

Piecznikow. **Niektóre dane, dotyczące porównawczej farmakologii środków nasennych.** (*Russkij Wracz* 1904, Nr. 27). P. badał w farmakologicznej pracowni prof. Archangielskiego (Kazań) działanie środków nasennych z gromady tłuszczowej na pobudliwość psychoruchowych ośrodków kory mózgowej i na odosobnione serce zwierząt; oprócz tego przeprowadził on szereg doświadczeń psychofizyologicznych. Okazało się, że wodnik chloralowy w dawce 0,3 na kilo wagi obniża w dwójnasób pobudliwość ośrodków psychoruchowych; uretan w tej dawce sprowadza zaledwie dostrzegalne obniżenie pobudliwości; izopral sprowadza takie samo działanie w dawce 0,15 na kilo wagi, a weronal w dawce 0,5. Zupełna utrata pobudliwości tych ośrodków występuje po izopralu, podanym w dawce 0,2 na kilo; po wodniku chloralu 0,5; po weronalu 0,6; uretan nie sprowadza tej utraty nawet przy stosowaniu dawek dużych; paraldehyd działa silniej, niż uretan i słabiej niż weronal. Chloral zwiększa czas odczynu (przeciąg czasu od podrażnienia do odruchowego aktu ruchowego) dla podrażnień słuchowych prawie o 40% odczynu zwykłego, dla wzrokowych o 25%; uretan dla słuchowych o 12%, dla wzrokowych o 8%. Uretan prawie nie działa na odosobnione serce, jak również weronal. Wogóle pod względem działania na serce środki nasenne można postawić w porządku następnym, zaczynając od działających słabiej: uretan, weronal, paraldehyd, hedonal, wodnik chloralowy i izopral. Zestawiając działanie tych przetworów na układ nerwowy ośrodkowy i na serce, autor przychodzi do wniosku, że ze wszystkich tych leków weronal zasługuje na większe rozpowszechnienie.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Szeszmincew. **Wpływ utrudnionego odpływu żółci na zawartość mocznika w moczu i we krwi.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny*, 1903). Szereg doświadczeń, przeprowadzonych przez Sz. w fizyologicznej pracowni prof. Misławskiego (Kazań), wykazał, że 1) utrudniony odpływ żółci zmniejsza szybkość wydzielania moczu; ilość moczu obniża się dość znacznie, również i jego ciężar właściwy; 2) zawartość mocznika w moczu i we krwi obniża się wskutek zaburzenia czynności nerek i zmniejszonego wytwarzania go w ustroju; 3) w kilka minut po podwiązaniu przewodu żółciowej zwiększa się, co wskazuje na zagęszczenie krwi; 4) pozostałość sucha krwi po podwiązaniu przetoki żółciowej zwiększa się, co wskazuje na zagęszczenie krwi; 5) mocz kwaśny staje się alkalicznym, słabo alkaliczny zmienia się w silnie alkaliczny; barwa moczu przypomina mocz zawierający żółć; 6) wprowadzanie do krwi taurochalanu sodowego w dawkach małych (0,1—0, 12 grm. 1% roztworu) zwiększa ilość moczu i podnosi jego ciężar właściwy; zawartość mocznika w moczu obniża się, we krwi przeciwnie, podnosi się; sucha pozostałość krwi podnosi się: 7) duże dawki (0,13—0,3 grm. 1% roztworu), zarówno jak kilkakrotne wstrzykiwania dawek małych, sprowadzają obniżenie ilości moczu prawie do zupełnego bezmoczu; ciężar właściwy spada znacznie, zawartość mocznika moczu obniża się w wysokim stopniu, we krwi zaś przeciwnie znacznie się zwiększa; 8) liczba uderzeń serca po podwiązaniu przetoki żółciowej i po wprowadzaniu taurochalanu sodowego zmniejsza się, tętno staje się wysokiem i twardem, nawet w razie przecięcia nerwów błędnych; 9) wytwarzanie mocznika zachodzi nietylko w wątrobie, lecz i w narządach brzusznych, zwłaszcza w jelitach; 10) zwiększona zawartość we krwi mocznika jest pewną oznaką zaburzenia w czynności nerek; 11) jeśli po upływie 4—6 godzin przerwać tamowanie odpływu żółci do jelit, to wymienione zmiany znikają. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Lortat Jacob i Sabaréanu. **Rwa kulszowa jednostronna, spowodowana schorzeniem korzeni czuciowych rdzenia.** (*La Presse médicale* 1904, Nr. 80). W przeważnej liczbie przypadków rwy kulszowej, jakie zostały opisane, badanie czucia jest niezupełnie dokładne: a jednak może ono mieć rozstrzygające znaczenie na rozpoznanie, rokowanie i leczenie. Oto przykład: Robotnik 39-letni, który przebył przed 15 laty kiłę, cierpi od szeregu lat na pozornie typową rwę kulszową po stronie lewej. Przy dokładnem jednak badaniu można znaleźć szereg objawów, które przeciwko temu rozpoznaniu przemawiają. I tak punkty Valleixa były w tym przypadku niezupełnie wyraźne; odruchy ścięgniste po stronie lewej wygórowane, a wreszcie, co najważniejsze, rozległe zmiany czucia zupełnie nie odpowiadały swem rozłożeniem nerwom obwodowym, tylko strefom czuciowym korzeni rdzenia. Na podstawie tych danych autorowie wykluczają zapalenie, czy rwę nerwu kulszowego, a przyjmują schorzenie korzeni, wywołane najprawdopodobniej zmianami kiłowemi w oponach końca rdzenia pacierzowego (*cauda equina*). *Dr. Rydel.*

Kartaszewskij. **Wpływ wodoru na przemianę materyi i wytwarzanie ciepła u zwierząt.** (*Izwiestija Imperatorskoj wojenno-medicinskoj Akademii* 1904, t. VIII, Nr. 5, maj). Badając w pracowni Albickiego, jaki wpływ wywiera zamiana azotu powietrza na wodór, przyszedł K. do wniosku, że H nie jest czynnikiem obojętnym, lecz przeciwnie, podobna zamiana sprowadza szereg ściśle oznaczonych i wybitnie występujących zjawisk. Ogólny stan zwierząt (psów) i ciepłota nie ulegają zmianie, jak również przemiana azotowa. Wchłanianie tlenu i wydzielanie CO_2 wzmaga się w wysokim stopniu, lecz równoważnik oddechowy prawie pozostaje bez zmiany; wydzielanie pary wodnej waha się nieznacznie. Oddawanie cieplika podnosi się bardzo wyraźnie dzięki zwiększonemu promieniowaniu i przewodnictwu ciepła; w mniejszym stopniu zwiększa się ogólna utrata ciepła i jego wytwarzanie. Wzmożenie wytwarzania ciepła zależy od spotęgowanego spalania tłuszczów; spalanie białkanów jest prawie prawidłowem. Rozkład materyi trzyma się tegoż typu, który ma miejsce zwykle. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Pawłow i agronom Poraszczuk. **Zaczyn proteolityczny i ścinający mleko w różnych sokach trawieńcowych są jednym i tym samym zaczynem białkowym.** (*Izwiestija Imperatorskoj wojenno-medicinskoj Akademii* 1904, t. IX, Nr. 1, wrzesień). W poprzednich pracach autorowie wykazali, że działanie soku żołądkowego, trawiące białko i ścinające mleko, zależy od jednego i tegoż samego zaczynu, który ma działanie obustronne. Obecnie badacze ci wykazali toż samo dla soku trzustkowego, oraz dla wydzieliny gruczołów odźwiernikowych i gruczołów Brunnerowskich. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Znieczulenie hedonalowo-chloroformowe. Doświadczenia teoretyczne nasunęły myśl zastosowania hedonalu do chirurgicznego znieczulania. Kliniczne spostrzeżenia, dotyczące działania nasennego hedonalu, stwierdzające jednocześnie jego nieszkodliwość nawet w wielkich dawkach, usprawiedliwiają ten pomysł. Hedonal, wywołując sen, t. j. porażając w pewnym okresie czynność narządu ośrodkowego, ułatwia działanie chloroformu, mianowicie przejście snu w zupełne bezczulne uśpienie. Skutkiem tego okres pobudzenia staje się znacznie krótszym, samo uśpienie następuje szybciej i mniejszej wymaga ilości chloroformu. W klinice S. P. Fedorowa stosuje się usypianie hedonalowo-chloroformowe w następujący sposób: W pokoju obok sali operacyjnej podaje się leżącemu w łóżku choremu na godzinę przed operacyą hedonal. Po godzinie zaczyna się chloroformowanie. Uśpienie następuje, szczególnie gdy chory znajduje się we śnie hedonalowym, nadzwyczaj szybko, już po 2—3 minutach, niekiedy nawet po kilku wdychnięciach chloroformu, a prawie zawsze bez okresu pobudzenia. Prof. Krawkow w Petersburgu zestawia zalety uśpienia hedonalem i chloroformem: według niego 1. okres pobudzenia staje się o wiele krótszym, lub nie istnieje zupełnie: uśpienie następuje bezzwłocznie. 2. Znieczulenie występuje jednostajnie, czynność serca nie upośledza się nawet po dłuższem chloroformowaniu. 3. Ilość zużytego chloroformu jest nieznaczną, nadto nie rozwija chloroform swego działania poraźnego w takim stopniu, a to dzięki odtrutce w hedonalu, grupie amidowej. 4. W okresie następującym po uśpieniu nie bywa tych nieprzyjemnych powikłań, jakie występują po chloroformie. 5. Chorzy nie są świadkami przygotowań do operacyi, nie czują tyle nieprzyjemnego początku chloroformowania. 6. Hedonal znosi ustrój nawet w wielkich ilościach bez nieprzyjemnych wpływów ubocznych; hedonal spala się w zupełności na kwas węglowy, wodę i mocznik. Jeżeli do znieczulenia mięszanego używa się takich heroicznych leków, jak morfina, skopolamina itd., to za stosowaniem hedonalu przemawiają wszelkie jego zalety. *Baschkopf.*

Zastosowanie mezotanu. (*Deutsche mil.-ärztl. Zeitschrift* Nr. 9, 1904). Pomimo rozcieńczania oliwą w równych częściach występuje niekiedy po zewnętrznem użyciu zadrażnienie skóry; okoliczność ta nakazuje ostrożność i ścisłe przestrzeganie sposobu postępowania, dołączonego zeszytą do każdej flaszki. Nieprzyjemne to uboczne działanie mezotanu nie powinno powstrzymywać od używania tego leku. Schultes stosował mezotan w 15-tu przypadkach, nigdy jednak nie spostrzegał wyprysku: z drugiej atoli strony przekonał się o znakomitem działaniu jego w ciężkich przypadkach gośćca stawowego. U jednego chorego z groźnymi objawami ogólnymi, wielką bolesnością stawów, u którego nie skutkowały salicylan sodowy, aspiryna, antypiryna, ani ichtyol, pędzlowanie mezotanem usunęło natychmiast bole, sprowadzając długo upragniony sen. Tworzenie się kwasu salicylowego mógł ten klinicysta stwierdzić przy rozbiorze moczu. Zatem przy stosowaniu mezotanu należy trzymać się ściśle przepisu: zawsze używać po połowie z oliwą i nie wcierać, lecz pędzlować: miejsce stosowania zaś zmieniać, nie pokrywać skóry papierem gutaperkowym, a sam lek przechowywać w dobrze zamkniętej flaszce. Niestety przetwór nie jest tak tanim, aby go można użyć także u mniej zamożnych. *Baschkopf.*

Helmitol. (*Therapie der Gegenwart*, Nr. 7, 1904). Według Beringa oddaje znakomite usługi, jako lek odkażający pęcherz moczowy. Jestto połączenie kwasu anhidro-metylenocytrynowego z heksametylentetraminem. W kilońskiej poliklinice uniw. prof. Düringa podają ten lek we wszystkich przypadkach zapalenia pęcherza moczowego lekkiego i ciężkiego. Działanie jego jest często wprost zdumiewające. Już po kilku dniach, często po 24 godzinach, znikają dolegliwości podmiotowe, przedewszystkiem zaś bolesne parcie na mocz, który staje się kwaśnym i czystym. Bezpośredniego wpływu na drobnoustroje nie zauważono. Przy dłuższem podawaniu trzeba zachować ostrożność, gdyż niekiedy występuje zadrażnienie nerek, szczególnie u neurasteników. *Baschkopf.*

Dr. A. Pilcz. **Przyczynek do „osobliwej formy stanu padaczkowego, odznaczającej się fatalnem rokowaniem i brakiem kurczów".** (Pick). (*Wiener klin. Rundschau* 1904, Nr. 42). U chorego, cierpiącego od dzieciństwa na padaczkę, której napady występowały nawet kilkakrotnie w ciągu jednego dnia, po kilku dobach wolnych od napadów pojawił się bezpośrednio po nowym typowym napadzie głęboki zapad. Zapad ten trwał 6 dni, a pogłębiając się ciągle, doprowadził w końcu do śmierci. Z wyjątkiem obecności w moczu acetonu i kwasu aceto-octowego badanie dawało wynik ujemny, a wszelkie środki lecznicze, głównie pobudzające, nie dały żadnego wyniku. Podobne przypadki opisali dotychczas Pick i Bresler pod nazwą: »*eine besondere insidiöse Form des Status epilepticus, die durch das Fehlen der Krampfanfälle charakterisirt ist*«. Poznanie ich ma nietylko znaczenie teoretyczne; trzeba je znać i wiedzieć, iż się zawsze fatalnie kończą, aby siebie i otoczenia nie łudzić nadzieją, aczkolwiek podobnyzapad po napadzie padaczki pozornie nie przedstawia się zbyt groźnie. *Dr. Rydel.*

Prof. O. Lassar. **Leczenie wyprysku.** (*Dermatol. Zeitschrift*, styczeń, 1904). Najważniejszem wskazaniem w leczeniu wyprysku jest zwalczanie pierwotnej przyczyny: z niem łączy się usunięcie nacieku naczyń chłonnych. Osiąga się to najlepiej przez dokładne, ale ostrożne oczyszczenie miejsca chorobowo zmienionego przez okłady chłodzące z roztworu siarkanu cynkowego 1: 1000 i następowe posypywanie łojkiem; a gdy skóra pęka, przez posmarowanie oliwą cynkową. W powierzchownych ropieniach wskazane jest po otwarciu ognisk ropnych ciasto (pasta) salicylowe Lassara. Przeciw powierzchownemu zakażeniu grzybkami siarka jest środkiem najskuteczniejszym. Gdy nacieki głębiej sięgają, nie można obejść się bez przetworów dziegciowych. W nowszych czasach przekonano się, iż w wyprysku przewlekłym, szczególnie rąk i twarzy, osiągnąć można dobry wynik zapomocą Röntgena. *Baschkopf.*

Siebert. **O nasennem działaniu neuronalu.** (*Psych. neurol. Wochenschrift* 1904, Nr 10). Neuronal (*Bromdiaethylacetamid*) jest proszkiem krystalicznym barwy białej, topnieje bez rozkładania się w ciepłocie 66° C., łatwo rozpuszczalny w eterze, benzolu, wyskoku i oliwie, natomiast w wodzie dopiero w stosunku 1: 115; ma smak gorzki, przypominający mentol, nieco chłodzący. W zakładzie leczniczym (Provinzial Heil- und Pflege-Anstalt) w Bonn stosowano neuronal u przeszło 100 chorych, przeważnie mężczyzn. Neuronal w dawkach 0·5—1·0 w bezsenności lekkiej, 1·5—2·0 w ciężkiej i w stanach pobudzenia umysłowo chorych różnego rodzaju, szczególnie też u dotkniętych padaczką, jest lekiem nasennym dobrze działającym, zbliżonym najwięcej do tryonalu, nie posiada jednak jego działania zbiorowego, ani ubocznego. W neuronalu nabywamy cenny lek nasenny. Równie dobre wyniki uzyskali zapomocą neuronalu Becker w zakładzie Grafenberg (*Psych.-neurol. Wochenschrift* 1904, Nr. 18), oraz Stroux w Andernach (*Deutsche med. Wochenschrift* 1904, Nr. 41), który stwierdził szczególnie dobre działanie neuronalu w padaczce (liczba napadów znacznie malała w okresie podawania neuronalu). *Baschkopf.*

Laquenz. **Przyczynek do leczenia przewlekłych gośćcowych i rzeżączkowych schorzeń stawów zapomocą przekrwienia zastoinowego Biera.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1904, Nr. 36). Autor stosował w kilkudziesięciu przypadkach metodę zastoinową Biera, ściśle przestrzegając techniki, przez niego podanej, już to samej, już też w połączeniu z innymi sposobami leczniczymi. Dochodzi on do wniosku, że w zastoinie tej mamy bardzo dzielny środek leczenia tak gośćcowych, jak rzeżączkowych zapaleń stawów i że metoda ta powinna być częściej uwzględnianą, niż się ją obecnie stosuje, tembardziej, że sposób zastosowania ma tę wielką zaletę, że jest prostym a tanim. W zapaleniu stawów zniekształtnia-

jącem nie zdołał autor prócz chwilowego uspokojenia bólu uzyskać żadnego polepszenia; podobnie też i w rwie kulszowej nastąpiło tylko zelżenie bólu. Przy rwie kulszowej więc metoda zastoinowa Biera niema żadnej wyższości na innymi stosowanymi środkami leczniczymi. *B. Żmigród.*

\- - -

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 18 listopada 1904 r.

Przewodniczący: R. Dw. Prof. Rydygier.

Obecnych: 27.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Doc. A. Bednarski przedstawił chorą z gruźlicą spojówki: Dziewczynka dziewięcioletnia, przyjęta do szpitala św. Zofii z powodu cierpienia oka, trwającego od 8 miesięcy i dotąd nieleczonego. Dziedzicznie nie obciążona, miernie rozwinięta i odżywiona, bez zmian w narządach wewnętrznych. Na oku lewem widzimy lekkie zaczerwienienie i obrzęk powiek. W worku spojówkowym spora ilość wydzieliny śluzoworopnej. Prawie cała spojówka powieki dolnej aż do załamka zajęta przez owrzodzenie o brzegach wyniosłych, pokrytych bladoróżowemi brodawkami, które wyścielają i dno wrzodu. Owrzodzenie to przechodzi w kąciku zewnętrznym na spojówkę gałkową, która jest w dolnej połowie aż do rąbka zgrubiała, bladoróżowa, jakby nacieczona i pokryta brodawczkami. Brzeg dolnej powieki w $^{2}/_{3}$ częściach zewnętrznych wyżarty, nierówny, zniszczony przez owrzodzenie aż do linii rzęs. Brzeg górnej powieki nierówny, pokryty brodawczkami. Spojówka górnej powieki zajęta. Na rogówce powierzchowne naczynia i plamki. Gruczoły przyuszne i podszczękowe po stronie lewej lekko obrzękłe. Badanie drobnowidowe wykazuje prątki gruźlicze w wydzielinie, zeskrobanej z powierzchni owrzodzenia. Sprawa więc gruźlicza pierwotna, umiejscowiona, zajmuje prawie całą spojówkę powiekową i połowę spojówki gałkowej, a nadto brzegi powiekowe oka lewego. Następuje przedstawienie chorej. (*Autoreferat*).

W dyskusyi przemawiał kol. Stauber.

III. Kol. Dr. S. Ruff przedstawia przypadek wrodzonego zwichnięcia w stawie kolanowym, o tyle rzadki, że rzeczywistych zwichnięć bardzo mało dotychczas ogłoszono. Kończyna ustawiona jest w położeniu wyprostnem; w dole podkolanowym wyczuwa się kłykcie kości udowej, od przodu zaś powierzchnię stawową kości goleniowej. Skóra na udzie pofałdowana. Zwichnięcie to nie dało się odprowadzić bezkrwawo, łatwo natomiast po całkowitem przecięciu ścięgna mięśnia czworogłowego. Niestety po zdjęciu opatrunku gipsowego zwichnięcie powróciło w dawnej formie. Można więc przypuszczać, że brak tu więzadeł krzyżowych. Prelegent ma zamiar cierpienie to leczyć operacyjnie, o wyniku zaś zda sprawę w swoim czasie. Na roentgenogramach demonstruje stosunki, panujące w chorym stawie.

W dyskusyi przemawiają: prof. Rydygier i prof. Ziembicki: pierwszy doradzałby szew z drutu srebrnego, drugi zaś zwróciłby szczególną uwagę na zachowanie się powierzchni stawowych na kości goleniowej, które ewentualnie pogłębiłby.

IV. Kol. Prof. G. Ziembicki przedstawia: a) Chorego, u którego po wypiłowaniu stawu kolanowego, wykonanego przed kilkoma laty, prawdopodobnie skutkiem nieużywania odpowiedniego tutoru, nastąpiło silne wygięcie na zewnątrz kończyny operowanej w okolicy dawnego stawu (rodzaj kolana szpotawego). Prelegent wykonał przed kilkoma miesiącami u tego chorego osteotomię liniową obu kości podudzia (piszczelowej i strzałkowej) i osiągnął bardzo dobry wynik. W dwóch innych przypadkach postąpił podobnie, również z jak najlepszym wynikiem. b) Chorego, u którego przed 2 laty poraz pierwszy wystąpiły objawy ostrej niedrożności wewnętrznej (*ileus*). Objawy te znikły po wysokich wlewaniach. Po roku powtórzyły się. Wykonana wówczas laparotomia stwierdziła, że przyczyną niedrożności był skręt zgięcia esowatego. Wreszcie przed kilkoma tygodniami przyjęto chorego na oddział poraz trzeci z tymi samymi objawami. Stan ogólny, nadzwyczaj nędzny, nie zachęcał do laparotomii, która zdawała się nieuniknioną, poprzednie bowiem wlewania wysokie pozostały bez najmniejszego skutku. Wówczas prelegent zdecydował się na nakłucie jelita. Przez odkażone i nienaruszone powłoki brzuszne wbił w rozdętą pętlę 17 igieł ze strzykawki Pravatza. Po odejściu ze świstem gazów brzuch zmalał znacznie i wówczas zaaplikowano choremu raz jeszcze wysoką lewatywę z bezpośrednim znakomitym skutkiem. Prelegent, nawiązując do przypadku, dodaje, że w praktyce swej sposobu tego, znanego we Francyi od dawna, użył przeszło 100 razy, często ze znakomitym skutkiem, nigdy ze szkodą chorego, specyalnie nigdy nie widział przetok, ropni i t. d. Zaleca więc nakłucie jelita w niedrożności, jako dobry środek paliatywny, którego próbować można w każdym odpowiednim przypadku niedrożności, jako zabiegu, poprzedzającego ewentualną laparotomię, o ileby ów zabieg okazał się ostatecznie bezskutecznym.

W dyskusyi przemawia Prof. Rydygier. Zdania *Z.* nie podziela. Nie mógłby bowiem punkcyi jelita zalecać w każdym przypadku. Prelegent ma słuszność, kiedy twierdzi, że po nakłuciu nie widział nigdy ani ropnia, ani przetoki, gdyż u tych chorych na rozwinięcie się takich procesów patologicznych niema czasu. Lecz przez otwór. powstały po igiełce, wysączyć się może jedna lub parę kropel płynnego kału, przeładowanego zjadliwemi bakteryami, jak to widział na pętli, punktowanej już po laparotomii, a już ta ilość wystarcza, aby wzniecić posocznicę otrzewnej lub posokowate jej zapalenie. Powtóre, nie może sobie *R.* wyobrazić, jak po nakłuciu, choćby najbardziej efektownem, ustąpić miało i mogło n. p. zawęźlenie jelita lub uwięznięcie pętli. Wreszcie nakłucie uważa *R.* za niebezpieczne jeszcze i z tego względu, że sprawiając ulgę choremu na kilka godzin, utrudnia mu zdecydowanie się ostateczne na operacyę i w następstwie operacya odwleka się o kilka godzin. Streszczając się, uważa *R.* w mechanicznej niedrożności przewodu pokarmowego nawet laparotomię za mniej niebezpieczną, aniżeli nakłucie pętli wzdętej i uważałby zabieg ten za usprawiedliwiony jedynie u chorych konających.

W odpowiedzi Prof. Ziembicki raz jeszcze podkreśla ten szczegół, że nie uważa nakłucia za zabieg, mogący zawsze zastąpić laparotomię; sądzi jedynie, że w odpowiednich przypadkach przed laparotomią próbować go możemy. Wypływania rzadkiego kału z pętli nie obawia się; — w zamkniętej jamie brzusznej inne panują stosunki dynamiczne, niż w otwartej. Zresztą szereg przypadków, wyleczonych właśnie po takim zabiegu, przemawia za tem, że przez otwór po igle kał się nie przedostał. Kurczące się ściany jelita i znane zachowanie się błony śluzowej otwór ten szczelnie zamykają. W końcu powołuje się *Z.* na doświadczenie Mikulicza, który również posługiwał się nakłuciem wzdętej pętli, a który podczas ewentualnej sekcyi nie mógł znaleźć nawet śladów po nakłuciu. — Prof. Rydygier co do ostatniego szczegółu, przytoczonego przez prelegenta, dodaje, że badanie anatomiczne w pewien czas po nakłuciu dokonane nie może być rozstrzygającem, gdyż przez otwór w ścianach jelita bezpośrednio po wyjęciu igły kał mógł wypłynąć i zakazić otrzewnę, a tymczasem otwór w jelicie w krótkim czasie mógł się bez śladu wygoić.

V. Kol. Dr. A. Wątorek ukończył swój wykład: „O odklejaniu i wydalaniu popłodu zapomocą nastrzykiwania łożyska". (Wykład ten ma być w całości drukiem ogłoszony).

W dyskusyi pierwszy przemawia Prof. Mars. Słuchał pilnie drugiej części wykładu i dowiedział się tylu szczegółów, tak różnych od poglądów dziś w nauce panujących, że, aby na nie krytycznie odpowiedzieć, musiałby raz jeszcze cały wykład dokładnie przetrutynować. Niektóre szczegóły wprost zadziwiają, n. p. ten, że ujście zewnętrzne macicy w 4 godziny po porodzie przepuszczało zaledwie palec. Co się zaś tyczy samej, metody zalecanej przez kol. *W.*, czyni uwagę, że już dawno Dr. Zieleniewski ofiarował mu instrumentaryum, potrzebne do nastrzykiwania łożyska, a pochodzące z pierwszej połowy ubiegłego stulecia. Nie wydaje mu się zresztą, aby kol. *W.* zdołał wskrzesić metodę, dawno już osądzoną i pogrzebaną i to tem mniej, że z własnego doświadczenia wie, jak trudnem, a często złudnem bywa nastrzykiwanie łożyska. W końcu czyni uwagę, że nie pojmuje, jak nastrzykiwanie łożyska można wykonać aseptycznie w tych przypadkach, w których niema nawet czasu na należyte wymycie rąk? — Rzecz cała wydaje mu się niedojrzałą i niedostatecznie opracowaną, a już wcale nie nadaje się do polecenia dla praktyki. Kol. Szymański również sądzi, że nastrzykiwanie łożyska to rzecz stara i porzucona co najmniej jeszcze w r. 1826; słyszał bowiem o niej od dobrego praktyka, który w owym roku studya swe ukończył i z uniwersytetu wyniósł tę wiadomość, że to metoda zgoła nieodpowiednia. Podobnież Dworzaczek z Warszawy przestrzegał już przed nastrzykiwaniem łożyska. — Doc. Sołowij pomija już ten szczegół, że nastrzykiwanie

łożyska, to metoda stara, podnosi jednak, że sposób to niepewny, zły i niebezpieczny. Tą bowiem metodą położnicę można zakazić, narazić ją na niebezpieczeństwa zatoru, a wypłókawszy tamponujące skrzepy krwi, krwotok odnowić. Mimo to uznałby i tę metodę nawet, gdyby mu udowodniono, że przez nastrzykanie można odkleić łożysko rzeczywiście przyrośnięte, które, jak wiadomo, trzeba poprostu kawałkami oddzielać od ścian macicy. Takiego dowodu nie dostarczy nawet kol. *W.* Wreszcie nie wydaje mu się prawdą, aby Ahlfeld mógł gdziekolwiek napisać, jak to twierdzi kol. *W.*, że ilość krwi, straconej przez matkę podczas porodu, pozostaje w stosunku prostym do wagi płodu. — Doc. Bylickiemu wydaje się, jakoby prelegent nie dość ściśle opanował przedmiot, o którym mówi. Oryginalność poglądów kol. *W.* wprawia słuchacza w osłupienie. Scanzoni w swej klinice mógł próbować metody odklejania łożyska przez nastrzykiwanie, lecz próby te, ponawiane dziś, są nie na miejscu i nie na czasie. Dziś bowiem jesteśmy już w tej epoce, w której do metody zalecanej, a raczej wskrzeszonej z martwych przez kol. *W.*, nie wrócimy. Nauka i doświadczenie poucza, że w III okresie porodowym zachowywać się należy biernie, wyjąwszy nagłe krwotoki. Kiedy przy porodzie asystuje dobry lekarz, zaledwie w 5% okazuje się potrzeba odklejania łożyska; jeżeli położna lub zły lekarz, rzekoma potrzeba tego wydarza się w 40%. Pomijając zaś wszystko inne, to choćby sam wzgląd na zachowanie aseptyki, tak nieskończenie ważnej właśnie w III okresie porodu, nie pozwala na nastrzykiwanie łożyska.

W odpowiedzi kol. Wątorek zaznacza przedewszystkiem, że wykłady jego w tutejszem Towarz. lek. nie mają szczęścia. Spotykają się zawsze z surową krytyką i z wymyślaniami od nieuctwa. Zarzuty przeważnie niesłuszne i trudne do odparcia, tyczą bowiem faktów, zaobserwowanych przez prelegenta w praktyce. Do dalszego zaś stosowania metody omawianej czuje się w prawie, pierwiastkowo bowiem wypróbował ją w klinikach Prof. Jordana i Prof. Czyżewicza za ich wiedzą i zgodą. Mniema w końcu, że co wolno Scanzoniemu, to wolno i Wątorkowi, i to tem więcej, że Wątorek pierwszy zaobserwował dokładnie mechanizm III okresu porodowego dzięki zastosowaniu metody wewnętrznego badania.

Dr. Herman, sekretarz doroczny.

VII. Wiadomosci bieżące.

Dr. Wize z Wielkopolski przysyła nam następującą notatkę:

„Na zebraniu przyrodników i lekarzy niemieckich we Wrocławiu w m. wrześniu bieżącego roku czytano wzmiankę F. v. Oefelego z Neuenar „O ponownem odkryciu przez mieszkańca zachodu „starowschodnich“ robaczków, znajdowanych w spróchniałych zębach“, mogącą interesować i lekarza w Polsce. Chodzi tu o rzekome zabicie tych domniemanych robaczków i pozbycia się ich zapomocą wyziewów rozgrzanego nasienia lulka *(hyoscyamus niger)*, zmieszanych z parą wodną. Jest to sposób leczenia szeroko rozprzestrzeniony na Wschodzie, jak się z owej wzmianki dowiadujemy, a znany także i w Hamburgu, jak o tem świadczy Reissig, który zabrał głos w dyskusyi nad ową wzmianką.

I mnie wydarzyło się w Dublanach pod Lwowem tegorocznego lata, że mi przyniesiono owe rzekome robaczki, pochodzące jakoby z chorego zęba. W pierwszej chwili wyglądały one, gdy się na nie patrzało gołem okiem, jak białe liszki z czarną główką. Dopiero pod mikroskopem można było rozpoznać, że to zarodek nasienia roślinnego, w tym przypadku oczywiście lulkowego.

Sposób leczenia bolu zębów zapomocą wziewań pary lulka, opisany przez Oelfelda, zgadza się z zastosowaniem go w przypadku w Dublanach. Chory prażył wpierw na węglach nasienie lulka, nakrywając wszystko filiżanką. Dym, wydobywający się z nasion i węgli, przygległ lepką brązową powłoką do ścian wewnętrznych filiżanki. Chory później nalał do filiżanki tej gotującej się wody i wziewał parę wodną otwartemi ustami. Ból zębów ustał wskutek narkotycznego działania pary zmieszanej z wyziewami lulka. Po oziębieniu się wody w filiżance i ulotnieniu pary chory mógł łatwiej ujrzeć pływające zarodki lulka, które w czasie prażenia nasienia odprysły i przylgnęły do lepkiej ściany wraz z smolnym dymem, a teraz pływały na powierzchni wody. Czyż trudno było w tym przypadku o złudzenie, że to są robaczki, które z zęba wypadły, otrute wyziewem durzącym lulka?“

Kraków, dnia 15 grudnia.

* Komisya sanitarna Rady m. Krakowa odbyła w d. 10 b. m. pod przewodnictwem I wiceprezydenta Dr. Chylińskiego posiedzenie wśród bardzo licznego udziału członków. Fizyk miejski Dr. Wilkosz podał daty, odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w Krakowie w roku bieżącym i zawiadomił o środkach, zastosowanych przeciw szerzeniu się jaglicy. Wiceprezydent Dr. Domański zwrócił uwagę, iż komisya sanitarna ma osobny statut, ułożony przez namiestnictwo w porozumieniu się z Wydziałem krajowym i krakowską Radą miejską. Statut ten przepisuje wyraźnie, że posiedzenia mają się odbywać co miesiąc, a obowiązkiem jest fizyka miejskiego przysposabiać odpowiedni dla posiedzeń materyał. W sprawie jaglicy odbyło się pod przewodnictwem wiceprezydenta Domańskiego posiedzenie lekarzy miejskich z udziałem prof. Dr. Wicherkiewicza, który z nadzwyczajną życzliwością dla miasta zajął się wraz ze swymi asystentami badaniem chorych na jaglicę, przysyłanych sobie do kliniki chorób ocznych przez lekarzy miejskich. Zdaniem prof. Wicherkiewicza niema żadnego powodu do niepokojenia się jaglicą, liczba bowiem chorych, dotkniętych tem cierpieniem oczu, nie przekracza zwykłej liczby, a i wielu chorych, uważanych za cierpiących na jaglicę, ma cierpienie tylko podobne do jaglicy, nie będące nią wszakże rzeczywiście. R. m. Dr. Pareński zapytał się, co się dzieje z pismem władzy rządowej, nadeszłem jeszcze w roku zeszłym do magistratu w sprawie powiększenia liczby lekarzy policyjnych w Krakowie. Fizyk miejski przyznał, że takie pismo rzeczywiście nadeszło i przyrzekł, że je przedłoży wraz ze swą opinią magistratowi i komisyi sanitarnej. Referat wiceprezydenta Dr. Domańskiego w sprawie reorganizacyi miejskiej służby zdrowia, wniosku sekcyi szkolnej w sprawie zaprowadzenia w Krakowie instytucyi lekarzy szkolnych i pismo rządu w sprawie nowych posad lekarzy policyjnych, przekazano, jako łączące się pod wieloma względami, osobnej podkomisyi, do której powołano radców miejskich p. p.: Bujwida, Cybulskiego, Jordana, Pareńskiego, Poniklę i prof. Dr. Nowaka pod przewodnictwem II wiceprezydenta miasta Dr. Domańskiego. Podkomisya ma przyjść ze swymi wnioskami na styczniowe posiedzenie komisyi sanitarnej. Zgodzono się, by magistrat nie pozwolił używać trąbek do ogłaszania sprzedaży niektórych towarów po ulicach. Przyjęto z zadowolnieniem do wiadomości prawomocną już decyzyę namiestnictwa, iż nowa 13 apteka ma się znajdować w części ulicy Karmelickiej między kościołem a ulicami Batorego i Graniczną.

* Dnia 12 b. m. odbył się wykład habilitacyjny Dr. Konrada Glińskiego. Prelegent mówił „O nabłoniaku złośliwym kosmówki w świetle nowszych badań“.

* Dr. Ryszard Urbanik, doroczny sekretarz Towarz. lekar. krakowskiego, udał się do Tarnobrzegu na stanowisko kierownika tamtejszego nowowybudowanego szpitala krajowego.

* Dr. Karol Haisig mianowany został lekarzem pomocniczym w lwowskim zakładzie karnym.

* Dr. Czesław Waligórski mianowany został lekarzem miejskim w Bursztynie.

* Na redaktora „Zdrowia“ wybrany został Dr. L. Wernic.

* Potrzebują lekarza do Zabłudowa i do Żabinki. Oba te miasteczka znajdują się w gubernii grodzieńskiej.

* Instytut bakteryologiczny uniwersytetu moskiewskiego wysłał do tej pory na plac boju: limfy durowej 25 litrów, błoniczej 15 litrów, surowicy przeciwcholerycznej 2 litry, dyzenterycznej 3000 flaszeczek, przeciwpaciorkowcowej 1000 flaszeczek, przeciwtężcowej 1000 flaszeczek. („G. L.“ Nr. 49).

* Rządowa komisya rosyjska dla walki z morem i cholerą donosi, że cholera na Kaukazie znacznie rozszerzyła się. Prócz Kaukazu cholera nie wygasła jeszcze wzdłuż Wołgi, w gub. astrachańskiej saratowskiej, samarskiej, oraz w kraju Zakaspijskim.

* Tegoroczną nagrodę Nobla z zakresu fizyologii i medycyny otrzymał Dr. Pawłow, profesor wojskowej lekarskiej Akademii w Petersburgu.

* W Pradze zarząd miasta zorganizował zakład lekarskiej porady bezpłatnej wyłącznie dla chorych na piersi. Miasto pokrywać będzie i koszta leczenia.

* VII międzynarodowy Kongres hidrologii, klimatologii, geologii i mechanoterapii zbierze się dnia 10 października 1905 roku w Wenecyi.

* Przed kilku dniami wyszedł z druku czternasty rocznik Kalendarza lekarskiego krakowskiego pod redakcyą Doc. Seńkowskiego. Bieżący rocznik, obfitszy w treść od poprzedzającego, zawiera: Podręcznik terapeutyczny, obejmujący zarazem choroby oczu i uszu, postępowanie w przypadkach otruć, badanie moczu, całkowity spis środków leczniczych wraz z tablicą najwyższych dawek i osobnym spisem środków leczniczych nowszych, tablice okresu ciąży, rozwoju płodu, wyrzynania się zębów, skorowidz zdrojowisk, uwagi sądowo-lekarskie wraz z wymiarem należytości i schematyzm lekarzy krajowych. Na uwagę zasługuje artykuł Dr. Regieca o sztucznych kąpielach mineralnych, podając rozliczne sposoby przygotowywania kąpieli w domu, zdala od zdrojowisk, stosunkowo małym kosztem. Mimo obfitej treści objętość książeczki jest tak małą, że z łatwością mieści się w kieszeni, wobec czego wydawnictwo powyższe jest cennem *vademecum* dla każdego lekarza praktyka.

* Między 20 a 26 listopada doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: dobromilskim, kołomyjskim, mieleckim, mościskim, niskim, staro-samborskim, stryjskim i trembowelskim — po 1 gminie w każdym powiecie.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Dahlgren mian. został prof. nadzwyczajnym chirurgii w Upsali. Dr. Richard M. Pearce mian. profesorem anatomii patologicznej i bakteryologii w Albany medical College.

Nekrologia. Dr. Artur Jaruntowski zmarł dnia 30 listopada w Szwajcaryi, licząc lat 43. Kilkuletni pobyt w Görbersdorfie, gdzie pełnił obowiązki asystenta zakładu, dał mu szerokie pole do poważnego wyspecyalizowania się w zakresie chorób gardła i płuc. W Poznaniu, gdzie dłuższy czas praktykował, cieszył się wielkiem wzięciem i powszechnym szacunkiem. Z zakresu swojej specyalności ogłosił kilka prac: 1) Pogląd obecny na stan zwalczania gruźlicy płuc (1899); 2) Sanatorya i organizacya walki z gruźlicą dla W. Ks. Poznańskiego (1900); 3) Sanatorya ludowe dla chorych piersiowych w Niemczech. — Wielkopolska traci w zmarłym znakomitego specyalistę, oraz szlachetnego i gorliwego obywatela. Dr. Poore, b. prof. wewn. medycyny, zmarł w Londynie, licząc lat 61. Dr. Köster prof. anatomii patolog., l. 61, zmarł w Bonn. Dr. Dawydow, prof. sądowej medycyny, zmarł w Petersburgu. Dr. Plehn zmarł w Kamerunie. Dr. Herrero, prof. kliniki lekarskiej, zmarł w Madrycie.

Bibliografia.

Biblioteka lekarska Z. 11. Landerer: Dyagnostyka chirurgiczna (Część II). Dieulafoy: Podręcznik chorób wewnętrznych (Nerwice, porażenia, nerwobóle).

— *Medycyna* Nr. 49. Dobrzycki: Spostrzeżenia dotyczące przeciwgorączkowego działania kryogeniny w gruźlicy (dok.). Heiman: Wskazania do otworzenia wyrostka sutkowego w ostrem zapaleniu ropnem ucha środkowego (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 49. Świątecki: Rad i jego promienie. Malinowski: O leczeniu płonicy surowicą przeciwpłoniczą wyrobu pracowni Dr. Palmirskiego (c. d.).

— *Kronika lekarska* Z. 23. Kowalczewski: Przyczynek do budowy torbieli skórzastych jajnika.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 49. Axamit: Případ anthrakomykosy u člověka. Heveroch: O transitorním deliru v traumatické neurose (c. d.). Müler: Dva případy malignního chorionepitheliomu. Černický: O Fickerově tyfovém diagnostiku. Slavík: O aktinotherapii (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 96. Broeckaert: Wstrzykiwania parafiny na zimno. Diffloth: Sposoby mechaniczne oczyszczania mleka; przesączanie, centryfugowanie.

— Nr. 97. Géraudel: Anatomia i fizyologia patologiczna wątroby w przebiegu chorób serca. Frenkel: Stan „wywiązywania się“ substancyi lekarstwianych. Labbé: Składniki moczu; źródło pokarmowe wydaliny moczowej; pierwiastki mineralne.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 49. Strauss: Przyczynek do leczenia i rozpoznawania rozszerzenia przełyku w kurczowym stanie wpustu żołądka. Rosin i Bibergeil: Chromoforyczne sfery w barwieniu świeżej krwi. Croner: Rodzinny wiąd rdzenia i jego znaczenie dla etyologii schorzenia. Milchner i Mosse: W sprawie leczenia chorób krwi promieniami Röntgena. Wadsack: Leczenie ciężkiego przypadku bliznowatego zwężenia przełyku zapomocą zgłębnika Richter: Przemiana materyi w okresie zdrowienia po przewlekłem niedostatecznem odżywieniu. Wolff i Tarday: O doświadczalnem wytwarzaniu wypocin zawierających leukocyty. Milchner: Przyczynek do rozpoznawania gruźlicy nerek.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 49. Mosetig-Moorhof: Leczenie gruźlicy stawów. Detre i Sellei: Próby uzdrowienia czerwonych ciałek krwi zatrutych sublimatem i dalsze przyczynki do nauki o hemolizie sublimatowej. Urbantschitsch: Etyologia jednostronnych zaburzeń wydzielania potu. Volk: Czy należy podczas ciąży wykonywać operacye na zewnętrznych częściach płciowych?

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 49. Bürger: Owaryotomia pochwowa. Jesionek: Przyczynek do nauki o dziedziczeniu kiły. Krannhals: Zastosowanie piramidonu w durze brzusznym. Henrici i Haeffner: Czy ropienie jam nosowych nie powoduje ścieśnienia pola widzenia? Müller: Przyczynek do kazuistyki wrodzonego przerostu paznogci w kształcie szponów. Toff: Niebezpieczeństwo używania sublimatu w położnictwie. Justi: Pędzlowanie kolargolem w zapaleniu gardła i błonicy. Bernstein: Suspensoryum uniwersalne.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 50. Senator: Białkomocz fizyologiczny i patologiczny. Ahlfeld: Oddzielenie łożyska a rękawice gumiane. Mende: Zastosowanie gumianych rękawiczek przy ręcznem oddzieleniu łożyska, oraz uwagi nad przyczynami zatrzymania łożyska. Podhoretzki: Przyczynek do sprawy mieszanego hedonalowo-chloroformowego znieczulenia. Friedrich: Rozpoznanie i leczenie ropienia jam szczękowych. Ostmann: Badanie słuchu. Landau: Łóżko naciągowe dla osesków z złamanem udem. Lambinet: Przenikanie zarodków tęgoryjca dwunastnicy przez skórę.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 49 (od 4/XII do 10/XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 24, dziew. 20; nieżywo: chł. 3, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 16, kob. 19; zamiejscowych: męż. 13, kob. 15.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 5, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 9, ob. 6. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 3. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 4, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby nacządu krążenia: miej. 2, ob. 4. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 6, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem:** miejscowych 35, obcych 28.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIII. Kraków 24 Grudnia 1904. Nr. 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O nowych metodach i przyrządach inhalacyjnych [1].

Podał

Dr. T. Heryng.

Gdy przed trzema laty zarząd wód Ciechocińskich zwrócił się do mnie z propozycyą urządzenia tamże wziewalni (inhalatorium) dla chorych, dotkniętych cierpieniami dróg oddechowych, chętnie zgodziłem się na jego żądanie. Kwestya wdychiwań zajmowała mnie żywo i od kilku lat starałem się o ile możności zbadać ją jak najdokładniej. W tym celu zwiedziłem zakłady inhalacyjne w Reichenhall, Ems, Meranie, Arco, Cannes, Nizzy i Mentonie, aby poznać dokładniej budowę i sposób działania używanych dotąd przyrządów inhalacyjnych. Metoda inhalacyjna nie cieszyła się dotąd zaufaniem szerszych kół lekarskich. Nieufność ta była do pewnego stopnia uzasadnioną, gdyż używane do dziś dnia przyrządy nie osiągnęły celu, nie rozpylały bowiem dosyć drobno, ani dość obficie i zagęszczały zbyt wiele leku w nasadkach szklanych. Ilość wdychanego leku w porównaniu z ogromną przestrzenią błony śluzowej przewodów oddechowych, wynoszącą, według obliczeń fizyologów około 2800 metrów, była zbyt drobną, aby mogła wywrzeć odpowiednie lecznicze działanie. Ciepłota „sprayu" u wylotu przyrządu Siegla, najwięcej dziś rozpowszechnionego, dochodzi zaledwie 30°C, jest więc, wobec ciepłoty płuc (37,2°C) zbyt nizką, aby płyny lecznicze mogły się skroplić w tchawicy. Nie zdolano też aż do ostatnich czasów uzyskać możności regulowania ciepłoty rozpylonego leku. Czynnik ten jest jednak koniecznym, gdyż termoterapeutyczne działanie wziewań jest jednym z ważniejszych punktów omawianej tu metody.

Pytanie, czy rozpylone płyny dostają się do głębszych części narządów oddychania, było przedmiotem niejednokrotnych badań, sporów i rozpraw naukowych. A chociaż sprawa ta wyjaśnioną została drogą doświadczalną i kliniczną, niektórzy uczeni i dziś jeszcze wyrażają w tym kierunku pewne wątpliwości, gdyż dawniejsze badania, stwierdzające ten fakt, poszły w zapomnienie, a nowsze prace nie wszystkim dostatecznie są znane.

Para oraz gazy dostają się do płuc, jeżeli są zdatne do oddychania, t. j. o ile nie wywolują kaszlu i skurczu krtani.

Że płyny rozpylone rzeczywiście przechodzą do głębi narządów oddechowych, dowiedzione zostało: 1) na płucach zwierząt; 2) na przyrządach, zbudowanych na podobieństwo płuc; 3) na trupach; 4) na żywym człowieku zapomocą badania zwierciadełkiem; 5) na chorych noszących rurki tracheotomijne; 6) wreszcie przez analizę wydychanego powietrza i moczu.

Dla zbadania kwestyi, czy drobno rozpylone płyny mogą się dostać do głębokich części narządów oddechowych, zrobiłem szereg doświadczeń na płucach kotów. Używałem do doświadczeń roztworu błękitu metylowego w stosunku 1:1000. Zrobiono tylko 30 sztucznych oddechów, aby zbyt wielka ilość płynu nie zalała od razu całego płuca. Po sekcyi płuco wypełniono powietrzem i wysuszono pod kloszem pompy pneumatycznej. Na przekrojach płuc wystąpiło zabarwienie niebieskie nietylko dolnych płatów, lecz i szczytów płuca.

Płuca kota po wziewaniu rozpylonego błękitu metylowego.

Aż do ostatnich czasów, pomimo najrozmaitszych przeróbek i poprawek, przyrządy inhalacyjne nie odpowiadały wymaganiom praktyki lekarskiej, ani potrzebom chorych, a to nietylko z powodu niemożliwości regulowania ciepłoty rozpylanych leków, lecz i trudności przeprowadzenia pewnych leków z grupy n. p. fenolów i t. d. w stan gazowy. Łatwo zrozumieć, że płuca, przeznaczone do wymiany gazów, najłatwiej stają się dostępnemi dla leku, który w tej formie wraz z powietrzem zostanie wprowadzony do nich.

W ostatnich latach usiłowania do dopięcia tego celu zostały uwieńczone pomyślniejszym skutkiem. Regulowanie ciepłoty zapoczątkowałem jednocześnie niemal z Dr. Bullingiem, który zastosował do wziewań gorących przyrząd, zwany „termowariatorem", podczas gdy staraniem mojem było wynalezienie metody regulowania ciepłoty sprayu w granicach pomiędzy 15—35° C. Przyrządy Bullinga posiadają pewne niedokładności, które usunąć należało. Wyrobione z porcelany, a więc łatwe do uszkodzenia, zbyt długie i skraplające przeszło 63% leku, wskazują one ciepłotę pary w samej rurze, nie zaś u wylotu, wymagają ze strony chorego ciągłej kontroli ciepłoty i przesuwania walca regulującego, co odrywa uwagę pacyenta i krępuje prawidłowe jego oddychanie. Przyrządy te nie dają również możności przeprowadzenia w stan gazowy leków trudniej lotnych, balsamicznych, antyseptycznych i kojących. Najwyższa ciepłota porcelanowego przyrządu Billinga dochodzi do 50° C, nie pozwala więc stosować t. z. termoterapii, wymagającej ciepłoty od 50—70° C.

Przyrząd mój opatrzony jest t. zw. termoregulatorem. Przez nastawienie odpowiedniej strzałki na tarczy, podzielonej na stopnie, od 35° do 65°, a nawet 70° C, otrzymujemy dowolną ciepłotę przy wylocie przyrządu. Płyn można w miarę potrzeby grubiej lub drobniej rozpylać. Przyrząd rozpyla 100,0 w 3 minuty, skraplając stosunkowo niewielką

[1] Podług odczytu w Tow. lek. krak. dnia 16 listopada 1904.

ilość płynu. Przy użyciu zgęszczonego powietrza służy on jednocześnie jako spray o ciepłocie do 15 do 20° C.

Do tego przyrządu zastosowałem szklany termoakumulator, który przedstawia następujące korzyści:

1) wywołuje podniesienie ciepłoty u wylotu przyrządu od 20 do 25° C bez powiększenia ilości kaloryi;

2) przeprowadza w stan gazowy już przy ciepłocie 55° C szereg środków antyseptycznych, aromatycznych lub kojących, jako to: mentol, guajacol, tymol, eucalyptol, chloreton, chlormetylmenthyleter, eutymol, coniferengeist, olejek sosnowy i t. p. Ze leki te zamieniają się w gaz przy użyciu termoakumulatora, dowodzi fakt, że zapalone płoną, nawet gdy są do połowy zmieszane z wodą. W prawidłowych warunkach przechodzą one w stan gazowy dopiero przy ciepłocie od 100 do 230° C.

Zapomocą innego przyrządu mego pomysłu możemy zmieniać ciepłoię chłodnego sprayu od 15, 20, 25 do 30°C.

Zasada, na której oparłem budowę tego przyrządu, polega na ogrzaniu płynu, użytego do rozpylenia, do 65° C i zastosowaniu do przyrządu Richardsona kulistej szklanej nasadki, przesuwanej na poziomem ramieniu rozpylacza. Im bliżej wylotu szklanej nasadki umieścimy koniec rozpylacza, tem wyższą otrzymamy ciepłotę. W miarę oddalania się końca rozpylacza od wylotu nasadki następuje obniżanie się ciepłoty.

Przy pomocy szklanego regulatora dla sprayu i termoregulatora otrzymujemy w ten sposób szeroką skalę ciepłoty rozpylonych środków leczniczych, co nam pozwala hartować błony śluzowe, podobnie jak hidroterapia hartuje skórę.

Zasada hartowania błon śluzowych wobec tak częstej ich skłonności do zapaleń ostrych lub przewlekłych znajdzie szerokie zastosowanie zarówno u dzieci zołzowatych, jak i u osób, nadużywających tytoniu, wyskoku lub zbyt ostrych i gorących pokarmów. Nie mniejszej wagi będzie ona dla wszystkich osób, nadużywających z zawodu swojego mowy lub śpiewu.

Przechodzę teraz do opisu przyrządów mojego pomysłu, przeznaczonych dla sal ogólnych.

Zasada ich polega na zastosowaniu termoregulatorów, lub w razie potrzeby termoakumulatorów, przez osadzenie 4 rozpylaczy na odpowiedniej statywie, umieszczonej na żelaznym stole z płytą marmurową.

Przyrządy te przedstawiają następujące korzyści:

1) Mogą służyć jako spray chłodny, letni lub gorący o dowolnej ciepłocie w granicach od 15° C do 65° C.

2) Pozwalają przeprowadzić odpowiednie leki w stan gazowy.

3) Mogą służyć do pojedynczych inhalacyi dla 4 osób i do wypełniania sal ogólnych.

4) Pozwalają podnieść ciepłotą w sali od 15° C do 26° C.

5) Poruszane są, stosownie do potrzeby, bądź powietrzem ścieśnionem, bądz parą wodną, wytwarzaną w odpowiednim kociołku, ogrzewanym gazem, elektrycznością lub wyskokiem.

Kociołek miedziany, formy stożkowej, osadzony jest na dwóch bocznych łapkach, przesuwających się wzdłuż dwóch pionowych słupków, co pozwala ustawiać kociołek na dowolnej wysokości. Kociołek ten posiada z boku szklaną rurkę, wykazującą poziom wody w nim zawartej.

Przy użyciu powietrza ścieśnionego do 2,5 ctm., cztery rozpylacze, rozpylając nader drobno i obficie, wypełniają dużą salę w ciągu 10 minut tak gęstą mgłą leczniczą, że przedmioty w sali ustawione giną dla wzroku.

Rozpylają one dwa litry w ciągu 15 minut. Ciepłota pokoju wynosi średnio od 13° do 15° R. Wilgotność dochodzi wówczas na higrometrze do 95%.

Chcąc nadać sprayowi i sali wyższą ciepłotę, wypełniam kociołek do połowy wodą i ogrzewam do wrzenia. Wprowadzone jednocześnie do kociołka zgęszczone powietrze ogrzewa się tak, że ciepłotę sali przy zastosowaniu termoregulatorów podnosić możemy do 26° C. Skraplanie się płynów w termoregulatorach jest wówczas obfitsze i wypełnianie sali sprayem wymaga dłuższego czasu, gdyż pewna część sproszkowanego leku przy wyższej ciepłocie pokoju szybciej paruje.

II. W sprawie organizacyi sanitarnej w miastach większych.

Napisał

Dr. Leonard Bier.

(Ciąg dalszy.)

Trzecim organem, powołanym do wywarcia wpływu na stosunki sanitarne miast większych, są przydzielone do magistratów jako organa doradcze komisye sanitarne. Dla poprawy warunków zdrowotnych w miastach większych, jak również i w powiatach, komisye te odegrać mogą nader ważną rolę. Organizacya ich i skład, zakres przydzielonych obowiązków, oraz sposób zużytkowania przez władze wykonawcze, którym je przydzielono, stanowią nader ważne czynniki dla działalności takiej komisyi. To też omówieniu ich należy poświęcić słów kilka. Według statutu krakowskiej komisyi sanitarnej przewodniczącym jej jest prezydent miasta lub jego zastępca, a w skład jej wchodzi 12 członków wybranych przez Radę miejską, w połowie ze swego grona, w połowie zaś ze znawców, zamieszkałych w gminie. Komisya ta, jak i przewodniczący, mogą w razie potrzeby zapraszać do swego składu znawców i z poza swego grona. W posiedzeniach komisyi tej biorą udział z urzędu z głosem stanowczym 2-gi wiceprezydent miasta i lekarz naczelny; — z głosem zaś doradczym lekarze miejscy i weterynarz miejski, dyrektor budownictwa, inżynier sanitarny, oraz chemik miejski. Do obowiązków tej komisyi należy wydawanie opinii na wezwanie przewodniczącego; — prócz tego komisya sanitarna jest uprawniona do czynienia wniosków z własnej inicyatywy w sprawach zdrowia publicznego. Treści do opinii i wniosków dostarczają (według § 6 wspomnianego statutu) takie sprawy, jak organizacya służby zdrowia, sprawy zasadniczego znaczenia pod względem sanitarnym, urządzenia, mające na celu poprawę stosunków zdrowotnych w gminie, nadto wszystkie sprawy, odnoszące się do zdrowia obywateli i t. d. Komisya ta odbywać ma posiedzenia zwyczajne raz na miesiąc; nadzwyczajne zaś zwołuje przewodniczący z własnej inicyatywy, lub też czyni to na żądanie pisemne trzeciej części członków komisyi.

Jak spełniają komisye te swe zadanie? Zdaje się, że nie pomylę się bardzo, twierdząc, że komisye sanitarne miast większych czynią to nie o wiele lepiej od swych siostrzyc powiatowych, które, o ile gdzie zorganizowane istnieją, zbierają się nie o wiele częściej, niż raz w roku, by znów na rok cały pozostać w spokoju; zdanie to przynajmniej w ca-

łej pełni stosuje się do krakowskiej komisyi sanitarnej. Nietylko że w ostatnich latach kilku komisya ta zaledwie 2—4 razy w roku się zbierała, ale i tematy jej obrad poza kwalifikacyą kandydatów do miejskiej służby zdrowia, — a zatem spraw czysto osobistych, — prawie nie przedstawiały treści ważniejszej, a w szczególności nie dotyczyły spraw zasadniczego znaczenia pod względem sanitarnym, ani zarządzeń, mających na celu poprawę stosunków zdrowotnych, ani też publicznych urządzeń sanitarnych, a przynajmniej, o ile dyskusya nad sprawami temi się toczyła, nie doprowadziła do żadnego konkretnego wniosku, do żadnego wybitnego celu, stanowiącego postęp w administracyi miejskiej. Daleki jestem, by z tego powodu czynić zarzuty wszystkim członkom komisyi: jeżeli kogo spotkać to powinno, to tych, którzy ze sprawami organizacyi sanitarnej i higieny publicznej więcej są obznajomieni z natury swego mandatu i stanowiska, głównie zaś prezydyum komisyi i jej najbliższy organ doradczy w sprawach zdrowotnych, nie dbający o utrzymanie ciągłości w działaniu tej komisyi, nie dążący do zasadniczego gruntownego opracowania poszczególnych spraw miejskiej administracyi sanitarnej, na podstawie przydzielania poszczególnym członkom komisyi do stałego referatu poszczególnych gałęzi administracyi sanitarnej miasta. Wobec zakreślonych granic niniejszej rozprawki, nie mogę niestety poświęcić wiele miejsca opisowi zakresu działalności komisyi sanitarnej, jak ją pojmował znakomity organizator i działacz w sprawach higieny publicznej V a r r e n t r a p p, oraz bliższemu określeniu, jak funkcyonują komisye sanitarne w miastach niemieckich i szwajcarskich: zaznaczyć jednak muszę, że wszędzie, gdzie komisye sanitarne spełniają dobrze swe zadanie, działalność urzędowa ich członków polega nietylko na uczęszczaniu na zebrania, wygłaszaniu przydzielonego referatu, względnie na udziale w dyskusyi, ale zarazem i na p r a k t y c z n e j d z i a ł a l n o ś c i w k t ó r y m k o l w i e k z z a k r e s ó w miejskiej a d m i n i s t r a c y i s a n i t a r n e j, choćby tylko przez współudział w urzędowych komisyach, należących do tegoż zakresu, dokonywanych przez magistrat. W bardzo wielu komisyach sanitarnych p o s z c z e g ó l n e z a k r e s y m i e j s k i e j a d m i n i s t r a c y i s a n i t a r n e j m a j ą s w y c h s t a ł y c h r e f e r e n t ó w w gronie komisyi, niezależnie od działalności urzędowego ich referenta, lekarza naczelnego. Tego rodzaju rozdział pracy w komisyi sanitarnej pozwala nietylko na gruntowniejsze ujęcie całej administracyi sanitarnej w komisyi i więcej przedmiotową i do jasnego celu zmierzającą dyskusyę, ale wytwarza większą wspólność pracy tak między komisyą sanitarną, a lekarzem naczelnym, prezydyum miasta i magistratem, jak i w gronie samej komisyi; tej to wspólności działania przypisać należy systematyczną i ciągłą jej pracę. Pragnąc, ażeby i do naszych stosunków udało się przenieść tego rodzaju sposób działania komisyi, sądzę, że nawet w obecnym statucie komisyi nie znaleźlibyśmy dlań trudności ustawowej, o ileby nie napotkała na trudności ze strony samych członków komisyi.

Słów kilka nadmienić jeszcze należy co do składu samej komisyi. Że w skład komisyi sanitarnej wchodzą lekarze, jest to rzeczą naturalną; czy jednak wchodzić w nią mają wyłącznie lekarze, jak to, z wyjątkiem niektórych osobistości, należących z urzędu, widzimy w krakowskiej komisyi sanitarnej? Nie uchybiając stanowi lekarskiemu, możemy śmiało wypowiedzieć przekonanie, że nie wszyscy lekarze, n. p. wybrani do Rady miejskiej, są dostatecznie obznajomieni w wiedzy z zakresu higieny publicznej, że większą przeto usługę w komisyi sanitarnej oddać może inżynier, technik lub prawnik, ekonomicznie i administracyjnie wykształcony i praktycznie wypróbowany. Organizacya komisyi zdrowotnych dla prowincyi i miast włoskich wyraźnie określa ilościowy stosunek w nich nielekarzy do lekarzy; organizacya komisyi sanitarnych w miastach niemieckich zaznacza, że do komisyi należeć musi przynajmniej jeden lekarz; a i krakowski statut wspomina o znawcach, nie zaś o lekarzach. Że tego rodzaju komisya złożona z kilku powołanych do pracy zawodów, w praktyce na polu zdrowia publicznego uczy prawnika i technika wielu rzeczy lekarskich, lekarza zaś przeprowadzenia administracyjnego i technicznego zadań higieny, pozostających dla niego nieraz w dziedzinie mrzonek teoretycznych, dowodzić jest rzeczą zbyteczną; wyrabia się współdziałanie i współubieganie się nie zawodowej, lecz szlachetnej, dla d o b r a o g ó l n e g o poczętej emulacyi, której zbawiennych skutków, ani znaczenia bliżej rozwijać nie ma potrzeby. W przytoczonym ustępie na podstawie spostrzeżeń i wiadomości o działalności komisyi sanitarnych w innych krajach i u nas starałem się przedstawić, ile dla skutecznej działalności komisyi sanitarnej około zdrowia publicznego zależy od umiejętności jej zorganizowania i pokierowania jej działalnością przez prezydyum miasta, wzgl. przez Radę miejską.

Przed przystąpieniem do opisu organizacyi wzorowej miejskich biur sanitarnych poruszyć pragnę jeszcze kwestyę, zdaniem mojem nader ważną dla skutecznej działalności lekarskich organów sanitarnych w kierunku pracy około zdrowia publicznego. Jak już wyżej zaznaczyłem, lekarz naczelny, odpowiedzialny za całość spraw sanitarnych w mieście, a wraz z nim i lekarze obwodowi, wszyscy podlegają prezydentowi miasta, wzgl. prezydyum magistratu. Stosunek tu analogiczny do stosunku lekarza powiatowego do starosty. Jak lekarz powiatowy, według brzmienia ustawy z 30/IV 1870, jest organem doradczym i referentem spraw zdrowotnych powiatu, a wszelkie zarządzenia muszą przechodzić przez aprobatę starosty, tak na podstawie wspomnianych instrukcyi lekarz naczelny w miastach większych zajmuje takież samo stanowisko wobec prezydenta i prezydyum magistratu, a zarządzenia jego, wydane na podstawie przedłożonej opinii, ulegają aprobacie przełożonych. Zachodzi jednak znaczna różnica w działalności, bo wynikająca z różnicy stanowiska lekarza powiatowego, a fizyka w miastach większych. Jeżeli lekarz powiatowy do przeprowadzenia swych zadań zazwyczaj posiada w staroście chętnego poplecznika, lub co najmniej biernego widza i tą drogą, na podstawie prawa nadzoru nad gminami, urzędowo przeprowadza w gminach swe zarządzenia, szczególnie w zakresie chorób zakaźnych, mając do rozporządzenia tak karny i na ogół inteligentny organ wykonawczy, jakim jest żandarmerya, w rozporządzeniach zaś władz wyższych, wyraźnie zazwyczaj określających sposób postępowania, a w namiestnictwie blizki organ kontrolny, — to lekarz naczelny w miastach większych zbyt często bywa pozbawiony tych podpór nietylko przez wpływ osobisty radców miejskich na tok spraw w magistracie, oraz przez brak miejscowego regulaminu sanitarnego i jasno rozdzielonego zakresu działania lekarzy miejskich

we wspólnych dziedzinach pracy, ale i przez brak częstej kontroli ze strony namiestnictwa, a nadewszystko przez powierzenie do wykonania zarządzeń sanitarnych miejscowym organom policyjnym, komisaryatom obwodu i innym osobistościom, podlegającym bądź budownictwu miejskiemu, bądź kierownictwu straży miejskiej, na których lekarz naczelny nie posiada wpływu bezpośredniego. Kto zetknął się z działalnością komisaryatów krakowskich, miał sposobność poznać, jak wiele z małymi wyjątkami przedstawiają one do życzeczenia co do ilości i jakości w doborze osób, ten zrozumie, że sprawy sanitarne, powierzone im do wykonania, nie posiadają dobrych wykonawców; również będzie mu zrozumiałem, że i inni funkcyonaryusze w sprawach sanitarnych, nie włożeni wyćwiczeniem i nauką i nie podlegając umiejętnej kontroli, spełniają te polecenia tylko *ut aliquid fecisse videatur*. — Jeżeli przeto poprawa stosunków zdrowotnych w gminie ma postępować stale i nie ograniczać się tylko do wielkich inwestycyi, wymagających znacznych nakładów pieniężnych, jeżeli ma się opierać na wyćwiczeniu społeczeństwa do utrzymania i pielęgnowania zdrowych warunków w najrozmaitszych dziedzinach i objawach życia, o ile one podlegają kontroli władz administracyjnych,— potrzeba, by nie tylko spostrzeżenia co do niezdrowych warunków, ale i wykonanie zarządzeń, odnoszących się do tych spraw, spoczywało w rękach lekarza, odpowiedzialnego za cały zakres działania sanitarnego, czyli — by cała t. zw. policya zdrowia oddzieloną była i w wykonaniu od innych zakresów policyi i administracyi miejskiej. Że wydanie miejscowego regulaminu sanitarnego tylko sprzyjać będzie tej działalności, a zatem ściślej określi obowiązki poszczególnych funkcyonaryuszów sanitarnych, tłómaczyć bliżej nie potrzebuję. Te to organa wykonawcze stanowią wraz z personalem lekarskim, weterynarzami i chemikiem „biuro“ czy „urząd zdrowia“. W skład jego wchodzić muszą urzędnicy kancelaryjni i służba. Jaki zakres działania przydzielić służbie, w jaki sposób zorganizować ich pracę, w tym kierunku mogą być rozmaite pojęcia. Instrukcye dla angielskich *inspectors of nuissances*, hamburskich *Gesundheitsaufseher*, zurychskiego korpusu służby sanitarnej, berneńskich i wprowadzonych rozporządzeniem namiestnictwa na Pobrzeżu (z d. 28/I 1893) *Sanitätswächter*, dosyć znacznie się różnią, — oczywiście zależnie od organizacyi i zakresu obowiązków innych organów sanitarnych. Działalność ta musi być zastosowaną do potrzeb miejscowych, jak to postaram się przedstawić w opisie organizacyi urzędu lekarskiego Berna morawskiego i miasta Zurychu.

Przytoczone powyżej uwagi co do potrzeby zasadniczej zmiany w dotychczasowem stanowisku lekarza naczelnego i innych funkcyonaryuszy sanitarnych w miastach większych, zdaje się nie wymagają wielu argumentów. Jedynie przy takiej zmianie stanowiska lekarza naczelnego i całego urzędu zdrowia do innych władz magistratu można być przekonanym nietylko o racyonalnej celowości zarządzeń sanitarnych, ale i o wartości ich po wykonaniu; — jedynie przy tak zmienionym stosunku urzędu lekarskiego można się spodziewać, że o stanowisko w niem tak lekarzy miejskich jak szczególnie lekarza naczelnego ubiegać się będą osobistości nietylko zawodowo i specyalnie dobrze przygotowane, ale pragnące w swą pracę wlać szlachetniejsze pragnienia pracy dla zdrowia ogółu, nie upatrujące w swem stanowisku tylko jednego ze sposobów zaopatrzenia się w środki do życia. Jeżeli nie możemy sobie wyobrazić lekarza prawdziwego bez pewnego idealistycznego pojmowania swego realnego zawodu, to tem bardziej wymagać się tego powinno od lekarza stojącego na straży zdrowia ogółu — to jedynie zabezpieczyć go może od biurokratyzmu i innych wad właściwych w urzędach; — słowem, że pragnąc pozyskać odpowiednie siły lekarskie zdolne do oddania całego zasobu inteligencyi, wiedzy i energii opiece nad zdrowiem ogółu musimy zapewnić im moralne zadowolenie w pracy, a tę zyskać można jedynie zmianą w dotychczasowem stanowisku lekarzy urzędowych w miastach większych. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. A. Rosner: **Appendicitis w położnictwie i ginekologii.** *(Przegląd chirurgiczny, Tom V, Zeszyt III, 1904).*

Niewątpliwie dobrze zasłużył się autor, poruszając w naszem piśmiennictwie kwestyę dziś tak bardzo będącą na czasie, a która zdolna jest żywo zająć nietylko ginekologa, lecz także internistę i chirurga. Szczegółowe zaznajomienie się z różnemi zagadnieniami, które autor w swojej pracy porusza, przynieść może zatem korzyść każdemu lekarzowi, mniej obeznanego zapozna z przedmiotem, a specyaliście pomoże do uporządkowania nabytego doświadczenia. Z tych powodów uważam za właściwe zaznajomić czytelników „Przeglądu lekarskiego“ przynajmniej w krótkich słowach z treścią rozprawy prof. Rosnera.

Zdaniem autora dokładne poznanie przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego jest dla lekarza chorób kobiecych i położnika niezbędnie potrzebne z następujących względów: I. Niestosunkowo duża liczba kobiet zgłasza się z tem cierpieniem wprost do ginekologa, mimo że żadnych powikłań ze strony części płciowych nie ma. II. Cierpienie to wikłać może ciążę i odegrać wielką rolę w jej przebiegu. III. Cierpienie to powstać lub powrócić może w połogu i uchodzić za gorączkę połogową. IV. Cierpienie to wywrzeć może fatalny wpływ na stan części płciowych kobiecych.

Co do punktu pierwszego, to na 1500 kobiet, które autor miał sposobność badać, rozpoznał w 22 przypadkach zapalenie wyrostka robaczkowego, z czego wynika, że na 70 zgłaszających się chorych jedna z nich dotknięta była tem cierpieniem. Omawiając dalej rozpoznanie różniczkowe zapalenia wyrostka robaczkowego, radzi autor zawsze uwzględnić dotychczasową sprawność narządu pokarmowego, a w szczególności jelit, a dalej zwraca uwagę, że często bardzo wywiady w kierunku przebytych cierpień mogą lekarza naprowadzić na właściwą drogę.

Przy badaniu przez pochwę osiągnąć można pewne wskazówki rozpoznawcze przez wykonywanie ruchów oscylacyjnych macicy z boku na bok, zapomocą odpowiednich a nagłych poruszań za część pochwową. W razie zmian zapalnych w przydatkach macicy doznaje chora przy tem silnego bolu; w przeciwnym razie ruch ten nie sprawia prawie żadnego bolu, lub tylko nieznaczny. Wogóle trudności rozpoznawcze mogą być niekiedy bardzo wielkie. W ustępie tym zamieścił autor dalej dwie historye chorób dotyczących przypadków.

Najobszerniej zastanawia się autor nad sprawą zapalenia wyrostka robaczkowego w czasie ciąży i porodu. W rozdziale tym podaje przedewszystkiem cztery własne spostrzeżenia i razem z przypadkami podobnymi, które zdołał w dostępnem piśmiennictwie zebrać w ogólnej liczbie 69 przypadków, zestawia je w odpowiednich tablicach według poszczególnych miesięcy trwania ciąży. Na podstawie tych wszystkich przypadków stara się następnie odpowiedzieć na siedm następujących pytań:

a) Czy ciąża, względnie poród, może wywołać zapalenie wyrostka robaczkowego? Na pytanie to odpowiada autor przecząco; etyologia tego zapalenia nie jest wprawdzie dotychczas należycie wyjaśnioną, jednak fakt, że kobiety cierpią na tę chorobę tak często, jak mężczyźni, przemawia przeciw przyjęciu tego przyczynowego związku.

b) Czy ciąża i poród mogą ułatwić powstanie nawrotów, a względnie napadu tego cierpienia u osoby, która przed ciążą miała zapalenie wyrostka robaczkowego?

Odpowiedź na pytanie to daje autor twierdzącą. Sam fakt wzrostu macicy ciężarnej u osoby, mającej zmiany zapalne, lub co więcej, ropień koło wyrostka robaczkowego, może się przyczynić do wywołania nawrotu choroby. Nie potrzeba do tego zrostów między macicą, a chorym wyrostkiem, gdyż nie pociąganie za chory wyrostek, ale samo sąsiadowanie, skurcze macicy, ruchy płodu, a w najwyższym stopniu przemieszczenie kiszek, a przedewszystkiem kiszki ślepej i końca jelita biodrowego przez rosnącą macicę, spowodować mogą napad choroby. Zgadzając się z Pinardem i Varnierem, a odmiennie do ogólnie przyjętego zapatrywania, zaznacza dalej autor, że dno macicy wysuwa się ponad wchód miednicy już w początku ciąży, a przy końcu trzeciego miesiąca zaczyna podnosić się do wysokości jelita ślepego. Tą okolicznością tłómaczyć można fakt, że, jak z zestawienia wyżej wspomnianego przekonać się można, w pierwszych dwóch miesiącach ciąży zapalenie wyrostka robaczkowego wydarza się rzadko, podczas gdy od końca trzeciego miesiąca liczba spostrzeganych przypadków nagle się powiększa.

c) Na pytanie trzecie, jaki wpływ wywiera ostry napad zapalenia wyrostka robaczkowego na przebieg ciąży, odpowiada autor zgodnie ze zdaniem prawie wszystkich innych autorów, że wpływ ten jest bardzo niekorzystnym. — Zapalenie wyrostka robaczkowego, występujące podczas ciąży, bardzo często sprowadza przerwanie ciąży, a jama macicy uledz może łatwo zakażeniu przez *bacterium colli commune.* Ta okoliczność nakazuje ścisłą obserwacyę w odpowiednich przypadkach.

d) I na odwrót: ciąża i poród zdają się wpływać niekorzystnie na przebieg zapalenia wyrostka robaczkowego. Liczba przypadków ciężkich zapaleń tego wyrostka, spostrzeganych w przebiegu ciąży, jest niewątpliwie uderzająco wielką. Ciąża bowiem ułatwia powstanie rozlanego zapalenia otrzewnej i ogólnego posocznicowego zakażenia ustroju, skutkiem przemieszczenia, przesunięcia się poszczególnych narządów przez pociąganie istniejących zrostów lub zlepów, a dalej silne unaczynienie, przerost naczyń żylnych i chłonnych sprzyjają rozwijaniu się zakażenia tem więcej, że naczynia te przebiegają w bezpośredniem sąsiedztwie wyrostka robaczkowego.

e) Co do pytania, czy i o ile ciąża zmienia rokowanie w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, to trudno jest wyrazić odpowiedź w liczbach, gdyż zestawienie autora obejmuje tylko przypadki pewne, a więc ciężkie. Z podanych tablic wynika, że na 69 chorych zmarło 41, czyli przeszło 59%, — a dalej, że zapalenie wyrostka robaczkowego w późniejszych miesiącach ciąży daje rokowanie gorsze, niż we wczesnej ciąży. W każdym razie rokowanie w zapaleniu wyrostka robaczkowego wobec ciąży jest gorsze, niż kiedyindziej, a w ogóle przeważnie zle.

f) Na pytanie szóste, czy i o ile ciąża utrudnia rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego, pośrednio przynajmniej daje autor odpowiedź niejako twierdzącą. Z czterech przypadków, które dokładnie opisuje, w jednym tylko cierpienie rozpoznano. Rozpoznanie zatem zapalenia wyrostka robaczkowego w ciąży może być w wielu przypadkach nawet bardzo trudne, a zwłaszcza w ostatnich miesiącach ciąży, skoro macica powiększona przykrywa niejako okolicę kiszki ślepej. Rozpoznać zapalenie wyrostka robaczkowego w ciąży można pomimo istniejących trudności, jeżeli wogóle pamiętać będziemy o tem, że cierpienie to wystąpić może podczas ciąży i jeżeli znać będziemy objawy zapalenia wyrostka robaczkowego poza ciążą.

g) Ostatnie pytanie brzmi: czy i o ile wpływa ciąża na wskazania operacyjne, znane nam z chirurgii? Naturalnie nie zastanawia się autor nad leczeniem cierpienia jako takiego, gdyż w zasadzie nie będzie ono inne, aniżeli leczenie poza ciążą, a ograniczyć się musi do zapobiegania o ile możności napadom przez odpowiednie zachowanie i przepisy dyetetyczne. Również podczas napadu w ciąży trzymać się musimy w głównych zarysach zasad, przyjętych w chirurgii, jednak nadzwyczaj smutne wyniki leczenia tego cierpienia w ciąży skłaniają autora do zajęcia stanowiska więcej radykalnego. Dlatego radzi autor w danych przypadkach przystąpić jak najwcześniej do zabiegu operacyjnego radykalnego i sądzi, że tylko w ten sposób postępując, można otrzymać lepsze, aniżeli dotąd, wyniki. O sztucznem przerwaniu ciąży, proponowanem przez nielicznych autorów, wspomina autor tylko nawiasowo, uważając zabieg taki za przeciwwskazany i niebezpieczny.

O zapaleniu wyrostka robaczkowego w połogu wiemy mało i na pozór zdaje się, że przypadki takie są niezwykle rzadkie. Zdaniem autora tak nie jest i sądzi on, że cierpienie to w połogu jest nawet dość częste, tylko przypadki te, występujące w połogu, uważa się i rozpoznaje najczęściej jako zakażenie połogowe. Tu przytacza cztery własne spostrzeżenia i wspomina o 12 przypadkach zebranych z piśmiennictwa. Co do rozpoznania, to według autora należy opierać się na następujących wskazówkach: *a)* brak związku pomiędzy ogniskiem chorobowem, a częściami płciowemi; *b)* występowanie cechujących nawrotów, pogorszeń z przewagą objawów jelitowych; *c)* występowanie cierpienia bezpośrednio niemal po porodzie, a więc prędzej, aniżeli zwykle pojawiają się objawy zakażenia połogowego; *d)* poprzednio przebyte napady zapalenia wyrostka robaczkowego. Niekiedy jednak rozpoznanie zapalenia tego może być bardzo trudne, zwłaszcza gdy cierpienie przybiera charakter zapalenia przymacicznego, jak to opisał Treub.

Stosunkowo najzwięźlej omawia autor wpływ zapalenia wyrostka robaczkowego na stan części płciowych kobiecych. Zastanawiając się nad sprawą związku przyczynowego między zapaleniem wyrostka robaczkowego, a zapaleniem przydatków, można przypuścić, że:

a) związek ten może wcale nie istnieć, a obie sprawy chorobowe mogą się znaleźć obok siebie zupełnie przypadkowo; *b)* zapalenie wyrostka robaczkowego może się stać przyczyną zapalenia przydatków macicy; *c)* zapalenie przydatków może być cierpieniem pierwotnem, a zapalenie wyrostka robaczkowego następowem. Autor skłania się do zapatrywania, że bezwarunkowo znacznie częściej zapalenie wyrostka robaczkowego powoduje zmiany w przydatkach, aniżeli odwrotnie.

Nietylko prawa trąbka, ale i lewa strona może być następowo zajętą, a wskazuje na to spostrzeżenie, dokładnie opisane przez autora, w którem zapalenie dziurawiące wyrostka robaczkowego wywołało ropienie w obu trąbkach i macicy. W takich przypadkach oczywiście tylko zabieg od strony jamy brzusznej jest jedynie wskazany. Zdaniem autora zapalenie wyrostka robaczkowego może sprowadzić niepłodność w następstwie procesu zapalnego w zakresie miednicy, — może również usposabiać do ciąży trąbkowej. Jako dowód przytacza przypadek, w którym rozwinęła się ciąża trąbkowa prawa, a przy operacyi wykazano liczne zrosty, które otaczały trąbkę prawą i wyrostek robaczkowy. W przypadku tym występowały przedtem kilkakrotnie objawy napadu zapalenia wyrostka robaczkowego.

Znaczna liczba kobiet, cierpiących na zapalenie wyrostka robaczkowego, skarży się na bole podczas miesiączkowania *(dysmenorrhoea).* Bole te występować mogą u kobiet, mających w następstwie zapalenia wyrostka robaczkowego chore przydatki macicy, co jest łatwo zrozumiałe, jak niemniej w takich, w których żadnych zmian w zakresie części

płciowych wykazać nie można. Autor zatem przypuszcza, że przyczynę bolów miesiączkowych u kobiet, należących do tej drugiej grupy, można tłómaczyć uciskiem na nerwy, przebiegające w *plica genito-enterica* wraz z naczyniami w bezpośredniem sąsiedztwie wyrostka robaczkowego. Nawet nieznaczne nacieki zapalne lub pozapalne koło naczyń i nerwów sprawiać mogą w takich przypadkach, że rozszerzenie splotów żylnych przy nawale miesiączkowym powodować może bole przez ucisk na nerwy.

Zapalenie wyrostka robaczkowego stać się zatem może pośrednią lub bezpośrednią przyczyną przerwania ciąży, zakażenia wnętrza ciężarnej lub połogowej macicy, śmierci płodu, niepłodności, ciąży zamacicznej, zapalenia ropnego przydatków macicy, zapalenia przymacicznego, a wreszcie bolów miesiączkowych. Wobec tego według autora, zapalenie wyrostka robaczkowego u kobiet, będących w pełni życia płciowego, nie może być postawione na równi z tem samem cierpieniem u mężczyzn. Do niebezpieczeństw bowiem właściwych zapalenia wyrostka robaczkowego doliczyć musimy u kobiet takich jeszcze niekorzystny wpływ tego cierpienia na części rodne. To dodatkowe niejako niebezpieczeństwo u kobiet zagraża tak dobrze życiu, jakoteż i prawidłowemu funkcyonowaniu części rodnych. Ze stanowiska zatem czysto ginekologicznego radzi autor każde zapalenie wyrostka robaczkowego, objawiające się napadami z wytworzeniem wypociny i tak zapalenie pospolite, jak i dziurawiące u kobiet przed wygaśnięciem czynności płciowych leczyć radykalnie, operacyjnie.

Jak już z tego wyciągu widać, autor opracował rzecz wszechstronnie, dopiero jednak pilne przestudyowanie całej pracy może pouczyć w licznych szczegółach, ile materyału i myśli w niej nagromadził. Zaznaczyć muszę, że główny nacisk w swej pracy położył autor na omówienie wpływu ciąży na przebieg zapalenia wyrostka robaczkowego. Wprost oryginalnem zaś nazwać wypada zestawienie przypadków według poszczególnych miesięcy trwania ciąży. Z zestawienia takiego przychodzi autor do niespodziewanego wyniku, że miesiące środkowe ciąży najwięcej usposabiają do napadu zapalenia wyrostka robaczkowego. Rzecz bądź co bądź nowa i bardzo ciekawa. Radykalnością zapatrywań swoich na leczenie staje autor w sprzeczności z Fraenklem, autorem największej monografii w tej kwestyi, zbliża się natomiast do autorów francuskich. Wreszcie podnosi autor w swej pracy potrzebę odpowiednich zestawień statystycznych, któreby mogły rozjaśnić pytanie, ażali — zapalenie wyrostka robaczkowego nie powinno być stale zaliczane do cierpień, sprowadzających w następstwie niepłodność.

Kończąc sprawozdanie zaznaczyć należy, że praca ta oprócz wyczerpującego przedstawienia przedmiotu zawiera wiele nowych myśli i poglądów, przez co stała się niezawodnie cennym nabytkiem naszego piśmiennictwa.

Doc. Dr. Fr. Kośmiński.

IV. Wyciągi.

Dreuw. **Leczenie tocznia (*lupus*) w praktyce codziennej lekarza, oraz badania histologiczne.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 47, 1904). Postępowanie autora jest następujące: zaczyna on leczenie chlorkiem etylu, później wciera w miejsca zajęte toczniem zgęszczony kwas solny, nasycony wolnym chlorem (*acidum hydrochlor. crud. saturat. cum chloro*). Chlorek etylu nietylko znieczula, ale także wywołuje zlodowacenie miejsc uległych toczniowi. Dzięki temu leczeniu autor otrzymał dobre wyniki w 25 przypadkach tocznia. Wcieranie kwasu solnego w miejsca zajęte toczniem, odbywa się patyczkiem, obwiniętym watą i zamaczanym w kwasie solnym, zawierającym chlor. Wcieranie to należy stosować tak długo, aż wrzody tocznia zabarwią się na biało-szaro. W toczniu jamy nosowej, warg, w gruźliczych ropniach i przetokach, u osób nerwowych i wrażliwych, które zlodowacenia nie znoszą, wykonywa D. przyżegania kwasem solnym w uśpieniu chloroformem, a po zadziałaniu kwasem solnym posypuje miejsca nadżarte eugoformem. Po dwóch dniach tworzy się strup, który następnie po dwóch tygodniach odpada wraz z guzkami tocznia. Dreuw przytacza dobre wyniki, które otrzymał tą metodą u chłopca dwunastoletniego, u którego toczeń pospolity wystąpił jeszcze w pierwszym roku życia; w innym przypadku, u pacyenta 44-letniego, u którego toczeń wystąpił na twarzy już w siódmym roku życia: w tym przypadku po rozmaitem leczeniu pokrył autor miejsca ubytku zapomocą przeszczepienia skóry. Po dwóch latach jednakże wystąpiły w bliznach nowe ogniska, wielkości talara. Po dwurazowem zastosowaniu chlorku etylu i przyżeganiu jak wyżej, powierzchnia pokryła się naskórkiem. Dobre wyniki otrzymał D. także w toczniu nosa. Leczenie jamy nosowej od wewnątrz odbywa się najlepiej w znieczuleniu kokainowem, albo w uśpieniu. Strupy odchodzą z opatrunkiem. Co się tyczy badań histologicznych, to D. wykonywał je na skrawkach, wyciętych z miejsc zajętych. Pod drobnowidem guzki miały ciemną barwę z powodu licznego wyemigrowania leukocytów tak, że komórek, charakterystycznych dla guzka, mianowicie komórek limfoidalnych, nabłonkowych, olbrzymich i plazmatycznych rozpoznać nie można, gdyż są pokryte leukocytami. Naczynia są ciemniej zabarwione również z powodu leukocytów, które nagromadzają się w świetle naczyń; wchodzą one i wychodzą przez przepacanie (*diapedesis*). W otoczeniu spostrzega się obrzęk poboczny. Zatem kwas solny, nasycony wolnym chlorem, jest doskonałym środkiem leczniczym tocznia. Podczas zetknięcia się tocznia z kwasem solnym powstaje we wrzodzie tak wielkie wywędrowanie białych ciałek krwi do tkanki gruźliczej, że tkankę tę trudno rozpoznać jako gruźliczą. Tak chyże wywędrowanie leukocytów dotychczas nie było znane. Kwas solny ma tę zaletę, że leczenie nim jest tanie i proste. Gdyby nawet powstał nawrót, to łatwo powtórzyć raz na trzy miesiące przyżeganie miejsc zajętych toczniem. Ważnem jest także, że leczenie odbywać się może ambulatoryjnie, ponieważ kilkorazowe energiczne przyżeganie, które jest prawie bezbolesne, wystarcza do doszczętnego wyleczenia tocznia. Szczególnie przez kombinacyę tej metody z terapią naświetlania można otrzymać dobre i stałe kosmetyczne wyniki, przyczem metodę Finsena możemy zastosować przed, albo, co lepiej, po przyżeganiu kwasem solnym. Także kombinacya z kwasem pyrogalusowym i t. d. w danym przypadku prowadzi do celu. *Dr. J. B. Sokal* (Lwów).

V. Mibelli. **Raki skórne i ich leczenie.** (*Monatshefte für Dermatologie* T. XXXIX, 1904, Nr. 6). Na ostatnim międzynarodowym kongresie dermatologicznym w Berlinie przedstawił prof. Mibelli z Parmy wyniki swego leczenia raków skórnych zapomocą kwasu arsenawego As_2O_3. Jak wiadomo, już w roku 1897 Cerny i Truneček ogłosili wyniki lecznicze w tym kierunku zapomocą stosowania As_2O_3 w roztworach wodnoalkoholowych. Próby innych autorów, którzy według tej samej metody przeprowadzali swe badania, doprowadzały do rozmaitych, najczęściej ujemnych wniosków. (Również i referent w trzech przypadkach, leczonych ściśle według metody Cerny-Truneček, nie spostrzegł wybitniejszego wpływu leczniczego. *Przyp. refer.*). Autor, uważając za przesadne zapatrywanie wielu chirurgów, którzy jako jedyny pewny środek leczniczy uważają wycięcie tkanki zrakowaciałej wraz z otoczeniem w możliwie największych granicach, z należnem uznaniem zapatruje się na wyniki, jakie w nowszych czasach uzyskano zapomocą foto- i radyoterapii; jednakowoż ze względów czysto praktycznych, radzi też nie zapominać i o środkach chemicznie działających, żrących, które przedewszystkiem lekarzom-praktykom, nie rozporządzającym kosztownymi przyrządami Roentgena i Finsena, niepospolite mogą oddać usługi. Mibelli przeprowadził swoje badania na 20 przypadkach, których historye choroby równocześnie podaje; z tych 15 wyleczono zupełnie i trwale; w pięciu pozostałych wynik był albo zupełnie niedostateczny (jeden tylko przypadek), albo po uzyskanem zabliźnieniu szybko przyszło do nawrotu, albo wreszcie wyleczenie było tylko częściowe. Stosowano trojakie mięszaniny: 1) zawiesina As_2O_3 wodnoalkoholowa w zgęszczeniu najczęściej silniejszem, niż płyn, podany przez Cernego-Trunečka, a mianowicie w stosunku 1: 100, niekiedy 1: 200, rzadziej 2·5: 100. 2) Zawiesina alkoholowo-eterowa w stosunku: As_2O_3 2—2·50, alkohol i eter āā 50·0. 3) Zawiesina wodnoalkoholowa-eterowa w stosunku: As_2O_3 1,0 woda przekroplona 50,0, eter siarczany 20,0, alkohol 30,0. 4) Żelatyna arszenikowa w stosunku 1, 2 lub 3% As_2O_3. Pierwszą metodą leczono 6 przypadków, w których było 5 wyleczeń zupełnych, a jeden wynik ujemny; był to jednak bardzo ciężki przypadek wrzodu żrącego. Drugą metodą leczono 9 przypadków — wszystkie z wynikiem dodatnim; w jednym tylko przyszło do nawrotu, który po ponownem zastosowaniu tejże metody można również uważać za ostatecznie wyleczony. Trzecia metoda, zastosowana w trzech przypadkach, dała trzy wyniki ujemne; były to jednak rozpaczliwe przypadki, powi-

kłane ze zniszczeniem chrząstki nosowej. Wreszcie czwartą metodą wyleczono zupełnie 2 przypadki, podczas gdy w trzecim przyszło do nawrotu już po 2 miesiącach; metoda ta nadaje się najbardziej do zastosowania, gdy chodzi o raka na miejscach, gdzie założenie opatrunku jest utrudnione, np. na wardze; wtedy pędzluje się odpowiednią mieszaniną żelatyny, która tężejąc, bez opatrunku przylega doskonale. Przygotowanie odpowiednich zawiesin wymaga poprzedniego przygotowania mieszaniny wodnoalkoholowej, względnie eterowoalkoholowej, do których dopiero wsypuje się As_2O_3, którego część tylko się rozpuści, a reszta utrzyma się w zawiesinie; przed użyciem należy płyn zamieszać: wskazówka ta ma szczególne znaczenie, gdyż arszenik, wsypany wprost do wody, rozpuści się w niej całkowicie i po dodaniu alkoholu pozostanie w roztworze. Co się tyczy metody leczenia, to jest ona bardzo prosta: po oczyszczeniu wrzodu, względnie poprzedniem wyskrobaniu. przykłada się na powierzchnię raka wacik, zamaczany w wymienionych rozczynach, poczem zakłada się opatrunek ustalający; co 24 godzin zmiana wacika i opatrunku. Najlepsze więc wyniki otrzymał autor ze stosowania rozczynu alkoholowo-eterowego, który też najgoręcej poleca; blizny, jakie po zastosowaniu tej metody pozostają, są płaskie i mało widoczne: ze wszystkich więc metod leczniczych pod względem kosmetycznym tę metodę uważa on za najlepszą. Na tej podstawie poleca ją we wszystkich przypadkach raków skórnych w okresie początkowym, gdzie przebieg kliniczny i budowa mikroskopowa nie świadczą o złośliwości raka. Odnośnie do oceny stopnia złośliwości raka autor uważa formy, które rozpoczynają się pod postacią choroby Pageta (*carcinomatosis cutis mammae, Pagets disease*), lub *xeroderma pigmentosum* za specyalnie złośliwe, a zatem niekwalifikujące się do wymienionego leczenia; również za złośliwe uważa raki skórne, powstałe w tkance toczniа (*epithelioma in lupo*), lub na znamionach barwikowych (*pigmentnaevi*), wreszcie raki, cechujące się specyalną etyologią, jak np. raki kominiarzy lub u robotników w rafineryach nafty: za dobrotliwe zaś, przynajmniej w początkowym okresie, uważa raki, które rozwijają się na tle t. zw. chorób skórnych przedrakowatych (*praecarcinomatöse Dermatosen*), np. *cornu cutaneum, verruca seborrhoica, keratoma senile* itd. Badania mikroskopowe, które autor prawie w każdym przypadku przeprowadzał, dają pod względem rokowania, a tem samem i co do wyboru leczenia, nieraz bardzo cenne wskazówki; tak np. najlepsze wyniki otrzymywał autor zapomocą swej metody w formie raków o drobnych komórkach ze słabem bujaniem tkanki łącznej (t. zw. *Basalzellenkrebs-Krompecher*); na mniej dobre rokowanie pozwalają raki o dużych komórkach, t. zw. *Stachelzellen* lub *Stachelbasalzellenepitheliome Krompecher Beck*. Również i ze stanu tkanki łącznej pewne dane prognostyczne wyciągnąć się dadzą. Za odpowiednie do leczenia arszenikiem uważa M. postacie raka, w których nacieki komórkowe są skąpe, a rusztowanie łącznotkankowe okazuje wejrzenie włókniste (*Epithelioma adenoides, basocellurare Krompecher* i *Epithelioma planocicatriciale Darier*); wrzód żrący (Jacob) uważa autor za postać, odznaczającą się specyalną miejscową złośliwością; pomimo iż posiada budowę włóknistą podłoża i skąpe nacieki przybłonkowe, do leczenia arszenikiem też się nie nadaje. *Steuermark.*

Dr. Nadoleczny. (Monachium). **O schorzeniach ucha środkowego w odrze.** (*Jahrb. der Kinderheilkunde* 10 VIII, 1904). Na podstawie badań klinicznych 100 dzieci podczas epidemii w roku 1903 doszedł autor do następujących wyników: 1) Ostry nieżyt i ostre zapalenie wypocinowe, a względnie ropne, ucha środkowego należą do zwykłych powikłań odry. 2) Powstają one w pierwszych 2 tygodniach po wybuchu, nieraz już w okresie zwiastunowym, mniej często podczas łuszczenia się osutki. 3) Rozwojowi zaburzeń usznych sprzyjają sprawy chorobowe ze strony płuc i dróg oddechowych, dlatego trzeba się starać, by im zapobiedz już w samym początku. 4) i 5). Powikłania zapalne ucha środkowego rozpoczynają się objawami podmiotowymi, przebiegają łagodnie, mając dążność do gojenia się: tylko mała część przypadków kończy się gruźlicą wyrostka sutkowego, lub nawet głuchoniemotą. 6) Wczesnem zapobieganiem zaradczem nieraz uda się położyć tamę wypocinie w jamie bębenkowej, a w razie przebicia błony bębenkowej osiągniemy przy odpowiednich zabiegach leczniczych zagojenie przeciętnie po 3 tygodniach; przypadki zaś, wcale nie leczone lub zaniedbane, często pozostawiają znaczne zniszczenie i upośledzenie słuchu. *Dr. Korm.*

Piontkowskij. **Działanie mydeł na gruczoły pepsynowe.** (*Russkij Wracz* 1904, Nr. 39). Już Chiżyn i Łobasow wykazali w pracowni prof. Pawłowa tamujące działanie tłuszczów na wydzielinę soku żołądkowego. Sokołow stwierdził, że wpływ ten jest natury odruchowej z błony śluzowej dwunastnicy. Następnie Wirszubskij wykazał, że tłuszcze w połączeniu z pokarmem skrobiowym tamują wydzielinę soku żołądkowego w ciągu całego okresu trawiennego, w połączeniu zaś z białkanami tamują wydzielinę soku jedynie w pierwszym okresie, w następnym zaś podnoszą ją. Autor powziął zamiar szczegółowo zbadać te zjawiska: w tym celu wykonał on w pracowni prof. Pawłowa szereg doświadczeń na psie z przetoką żołądkową i dwunastnicową. Okazało się, że wlewanie do dwunastnicy 100,0 *oliwy* sprowadza wydzielinę soku żołądkowego po upływie 2 godzin: w razie zaś bezpośredniego wlewania oliwy do żołądka wydzielina pokazywała się dopiero po 4 godzinach. Stąd wynikło, że tłuszcz tamuje wydzielinę soku żołądkowego odruchowo, dzięki przetworom, powstającym z tłuszczu w dwunastnicy. Glicoryna — przetwór rozkładu tłuszczu — niema sokopędnego działania, jak to wykazał autor; kwasy tłuszczowe, n. p. oleinowy, przeciwnie — sprowadzają energiczne wydzielanie soku żołądkowego po upływie 35—40'. Ponieważ kwasy tłuszczowe w połączeniu z treścią alkaliczną dwunastnicy tworzą mydła, autor postanowił zbadać ich działanie. Okazało się, że oleinian sodowy, wprowadzony do jelita, wywołał wydzielinę soku już po upływie 15—20', więc o 2 razy szybciej, niż sam kwas tłuszczowy: takież wyniki otrzymał P., gdy wprowadzał mieszankę kwasu tłuszczowego z żółcią: sok żołądkowy zaczął pokazywać się już po 15—20', jakkolwiek sama żółć nie pędzi soku żołądkowego: oczywiście, w połączeniu z kwasem tłuszczowym żółć dostarcza mu alkaliów, niezbędnych dla wytworzenia mydła. W następnych doświadczeniach P. poddawał w termostacie tłuszcze działaniu żółci i soku trzustkowego; w ten sposób otrzymywał on mydła, tak jak tworzą się one w ustroju. Wprowadzenie otrzymanej mieszanki do dwunastnicy sprowadzało wydzielinę soku żołądkowego po 15—20', tak jak i po oleinianie sodowym. Z tych doświadczeń wynika, że tłuszcze same przez się tamują wydzielniczą czynność gruczołów żołądkowych; przetwory zaś ich rozkładu, mydła, podnoszą w wysokim stopniu wydzielniczą pracę żołądka. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Gerhardt. **Rozpoznawcza i lecznicza wartość nakłucia lędźwiowego.** (*Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. und Chirurgie*, 1904). Nakłucie lędźwiowe ma wielkie znaczenie dla różniczkowego rozpoznania gruźliczego, a ropnego zapalenia błon mózgowych. Badanie bakteryologiczne i cytologiczne płynu, jakoteż oznaczenie białka może bardzo ułatwić rozpoznanie. Prawie w $^3/_4$ przypadków gruźliczego zapalenia opon znaleziono laseczniki Kocha, w przypadkach nagminnego zapalenia opon *diplococcus* Weichselbauma. W ropnem zapaleniu opon znajdowano gronkowce i paciorkowce. W przypadkach, gdy zapalenie opon wystąpiło jako powikłanie innej choroby, znajdowano zarazki duru, grypy, *b. coli, tetragenusa*, nawet promienicę. Zwiększona ilość białka wskazuje zawsze na stosunki patologiczne (prawidłowo płyn mózgowo-rdzeniowy zawiera 0,2—0,5‰ białka). Białko w większej ilości występuje także w wodogłowiu, guzach mózgu i kile mózgowej. U chorych, zażywających jodek potasowy, wykazano brak odczynu jodowego w płynie z wyjątkiem ropnego i gruźliczego zapalenia opon i na ten punkt autorzy francuscy kładą wielki nacisk. W zapaleniu surowiczem opon główną cechą rozpoznawczą jest zwiększenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego. Obecność krwi w płynie świadczy o przebiciu ogniska udarowego do komory, albo o zniszczeniu tkanki mózgowej przy pęknięciu czaszki. Leczniczo działa nakłucie w zapaleniu surowiczem opon, w przypadkach bolów głowy, towarzyszących błednicy. Czasem po kilkakrotnem stosowaniu w przewlekłem wodogłowiu przychodzi do znacznego polepszenia. Wyniki lecznicze w zapaleniu gruźliczem i ropnem są niestety żadne. Gumprecht zebrał z piśmiennictwa 15 przypadków, które skończyły się po nakłuciu śmiertelnie. Zejście to można było jednak tak samo przypisać samej chorobie, dotyczyły one bowiem głównie guzów mózgu. Najpierw ginął oddech, potem tętno, jak to bywa przy sprawach mózgowych. Gumprecht wspólnie z innymi przyjmuje tu zamknięcie otworu Monroa i niejako wessanie mózgu w swą oponę kostną. Wynika z tego, że przy guzach móżdżku i mózgu nakłucia lędźwiowego robić nie wolno. Płyn należy odpuszczać bardzo powoli. Ból głowy, występujący w 5—6 godzin i trwający czasem kilka dni, dalej — występujące zawroty głowy, lub i wymioty, porównywa Nissl z morską chorobą, gdyż występują głównie przy siedzeniu i chodzeniu; u chorych leżących są rzadsze. Zdolność wytwarzania się płynu jest bardzo szybką i silną po nakłuciu, świadczą o tem powtórne nakłucia. (W klinice chirurgicznej krakowskiej stosujemy na wielką skalę nakłucie lędźwiowe w celu znieczulenia. Wypuszczamy dużą ilość płynu, bo około 10 ctm.^{3}. Wyniki są bardzo dobre: bardzo rzadko występują bole głowy. Statystyka nasza obejmuje już kilkaset przypadków. Zejścia śmiertelnego wskutek nakłucia nie mieliśmy. Szybkie wytwarzanie się płynu mózgowo-rdzeniowego w nakłuciu spostrzegaliśmy również przy powtórnych nakłuciach. *Przyp. Ref.*). *Dr. Adolf Klęsk.*

A. Uffenheimer. **Oddziaływanie wzajemne błonicy i płonicy.** (*Jahrbuch der Kinderheilkunde* 10/VIII, 1904). Za podstawę swej pracy uważa autor spostrzeżenia, poczynione w monachijskiej klinice pedyatrycznej w przeciągu ostatnich 6 lat; materyał obejmuje 294 przypadków płonicy; pomiędzy nimi było równocześnie 55 chorych na błonicę z znamiennymi prątkami Löfflera w znacznej liczbie. Wnioski, do jakich U. dochodzi, interesują tak klinicystę, jak i epidemiologa: z tego powodu zasługują na szczegółową wzmiankę. 1) W każdym okresie choroby może się kombinować błonica z płonicą — i odwrotnie. 2) W pierwszym przypadku, t. j. przy sprawie błoniczej, a względnie dławcu, przystępująca płonica naraża chorego na wielkie niebezpieczeństwo, co zwykle niema miejsca, jeśli te 2 sprawy w odwrotnym po sobie następują porządku. 3) Jeśli następowa płonica towarzyszyła pierwotnej sprawie błoniczej, to prawie zawsze można udowodnić zakażenie szpitalne; z tego powodu o wiele rzadziej wykazano taką kombinacyę w praktyce prywatnej. 4) Okoliczność, iż zarażenia się jadem płonicy dzieci, umieszczonych w pawilonie dla chorych błoniczych, miały miejsce w znacznych odstępach czasu, wcale nie wyklucza zakażenia szpitalnego, a przemawia raczej za nadzwyczajną siłą żywotną i uporczywością jadu, nie dającego się usunąć mimo najstaranniej przeprowadzonej desinfekcyi. 5) Pierwsza z możliwych kombinacyi pod 2) przytoczonych objawia się raptownie podniesioną ciepłotą, która atoli w lekkich przypadkach w stosunkowo krótkim czasie znowu spada i to stopniowo. 6) Okres wylęgania w tej właśnie kombinacyi bywa nadzwyczaj krótki. 7) Pamiętać należy, iż prawdziwa błonica obok płonicy nie zawsze przedstawia się badającemu pod postacią błon i że nieraz tworzy tylko lekkie naloty w przełyku lub na migdałkach, zawsze jednak jedne i drugie obfitują w laseczniki Löfflera. Celem utożsamienia tego sporządzano świeży preparat i hodowlę surowiczą. 8) Wskazanem jest we wszystkich przypadkach płonicy z równoczesnymi ciężkimi objawami dławca lub błonicy stosowanie surowicy leczniczej, nie czekając nawet na wynik badania bakteryologicznego; tylko przy nieznacznych nalotach można z tem zwlekać aż do ukończenia badania; tak samo nie są konieczne wstrzykiwania surowicy, gdzie idzie o dzieci starsze, umiejące dobrze płókać gardło. O wartości wstrzykiwań zapobiegawczych autor zgodnie z najnowszemi badaniami wyraża się sceptycznie. 9) Nie zawsze w nalotach, uchodzących za błonicę, znaleziono zarazka Löfflera; natomiast stwierdzono mnóstwo paciorkowców i inne drobnoustroje, nie pogarszające rokowania; 10) charakter epidemii płonicy rozstrzyga o częstości i rodzaju nalotów połykowych, w następstwie też o całym przebiegu; tak można sobie wytłómaczyć, że po ciężkiej epidemii w roku 1889 chorobliwość i ogólna śmiertelność z błonicy wprawdzie się zmniejszyły, odsetek zaś śmiertelności nie zmienił się prawie; w latach 1897—1899 mnożyły się przypadki płonicy, często kombinowane z płonicą, ale przy ich łagodnym charakterze zmalała tak bezwzględna, jak i procentowa liczba przypadków z zejściem śmiertelnem. *Dr. Korm*.

Peters. **O kilku postaciach następowego nieżytu spojówek.** (*Ophtalm. Klin.* Nr. 20, 1904). Na wstępie omawia autor obustronne przerzutowe zapalenie spojówek, występujące w chorobach tylnego odcinka cewki moczowej. Zapalenie to objawia się obrzękiem spojówek o rozmaitem nasileniu, mniej lub więcej obfitą wydzieliną, nie zawierającą jednakże żadnych zarazków chorobotwórczych. Stosowanie zimnych okładów i usunięcie wszelkich środków drażniących umożliwia wyleczenie w przeciągu kilku dni. Podobną postać chorobową nieżytu spojówek można spotkać także w skazie moczanowej. Zwrócenie uwagi na ogólne tło chorobowe, polecenie odpowiedniej dyety, wystarczy częstokroć do usunięcia objawów ocznych, a chorego uchroni od przykrego i w takich przypadkach nieskutecznego leczenia ostrymi środkami ściągającymi. Oprócz tych postaci, występujących obustronnie i skłonnych do nawrotów, wspomina autor o jednostronnym nieżycie spojówki, wywołanym najczęściej, pomijając sprawy zapalne woreczka łzowego, zmianami chorobowemi w powiekach lub brzegu powiekowym. Należą tu ostre wypryski, mięczak zaraźliwy, narośle itp. Wyleczenie wyprysku, usunięcie operacyjne narośli przyczyniają się do ustąpienia nieżytu spojówki bez pośrednictwa środków miejscowych. Mając powyższe uwagi na względzie, zaniecha się szematycznego stosowania środków ściągających we wszystkich przypadkach nieżytu spojówki, a zastosuje się leczenie, oparte na poznaniu właściwego czynnika szkodliwego. *W. Reis.*

Mickiewicz. **Praktyczne znaczenie najczęściej używanych przyrządów do otrzymaniu moczu z każdej nerki osobno.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg, 1903). M. badał na trupach, oraz na chorych przyrządy do rozdzielania moczu z każdej nerki osobno, mianowicie przyrządy Downesa, Cathelina, oraz cystoskop do moczowodów Caspera i Albarrana. Na podstawie tych badań przyszedł on do wniosków następujących: 1) Przyrząd Downesa może być używany tylko do pęcherzy o wielkiej i średniej objętości, w dodatku mało wrażliwych; w tych razach nie sprowadza on bolów, zwłaszcza w razie poprzedniej kokainizacyi; w przeważnej liczbie przypadków można zapomocą tego przyrządu otrzymać mocz ściśle z każdej nerki osobno; wobec tego przyrząd Downesa ma ogromne praktyczne znaczenie dla rozpoznawania chorób narządów moczowych; dla otrzymania ścisłego wyniku ważnem jest prawidłowe ustawienie przyrządu, nieutrudniony odpływ moczu z każdej jego rurki i prawidłowa czynność syfonu; odpływ moczu może napotykać na przeszkody w zatkaniu rurek ropą i skrzepami krwi, w zamknięciu światła wewnętrznego otworu cewnikowego ścianą pęcherza, zwłaszcza nacieczoną i nieżytowo obrzmiałą; jakkolwiek w razie nieutrudnionego odpływu moczu z rurek i przy prawidłowem ustawieniu przyrządu można być przekonanym, że mocz zbiera się z każdej nerki osobno, jednak wskutek niektórych czynników (nieprawidłowości moczowodów, skurcz pęcherza i mięśni międzykrocza), jakoteż niełatwego zoryentowania się w prawidłowem położeniu przyrządu, wyniki badania można uważać za pewne jedynie w razie wielkiej różnicy w zebranych porcyach moczu; w niektórych razach podział moczu może być dokonany jedynie wtenczas zapomocą przyrządu Downesa, gdy inne przyrządy, w tej liczbie cystoskopy cewnikowe, nie mogą być zastosowane. 2) Technika stosowania przyrządu Cathelina podług dawniejszego modelu jest zawiłą i wymaga wskutek częstych i licznych powikłań pewnej wprawy; stosowanie tego przyrządu jest bolesne w znacznym stopniu; nieraz występuje krwotok urazowy, sprowadzający zatkanie zgłębników, wobec którego zbieranie moczu utrudnia się; dane, otrzymywane zapomocą przyrządu Cathelina, są mało pewne, nawet mniej pewne, niż wyniki, które otrzymujemy przy pomocy przyrządu Downesa: wobec tego wartość tego przyrządu w praktyce jest nieznaczna; w niektórych przypadkach używanie przyrządu Cathelina jest niemożliwem wskutek znacznej jego grubości. 3) Cewnikowanie moczowodów w obecnym czasie nie przedstawia wielkich trudności; stosowanie cystoskopów moczowodowych Caspera i Albarrana nie przyczynia zwykle bolu; wprowadzanie cewników do moczowodów jest zupełnie niebolesnem; przy zachowaniu przepisów aseptyki i antyseptyki cewnikowanie moczowodów nie jest w większości przypadków niebezpiecznem i szkodliwem dla chorych; cewnikowanie moczowodów jest najpewniejszym sposobem dla otrzymania moczu z każdej nerki osobno; niestety, w niektórych przypadkach metoda ta nie może być zastosowywaną.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Ebstein. **Kilka uwag o leczeniu nadmiernej kwasoty soku żołądkowego.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 48, 1904). Najlepszym środkiem do wyleczenia sokotoku żołądkowego, połączonego z przewlekłem zaparciem stolca, jest systematyczne stosowanie lawatyw z oliwy. Autor dochodzi do tego wniosku na podstawie bogatego doświadczenia i stawia ten środek, oddawna zresztą znany, ponad wszelkie inne przetwory przeczyszczające. Zapatrywania Kocha, że kwasota soku żołądkowego inaczej się zachowuje w atonicznej postaci zatwardzenia, a inaczej w kurczowej, że więc w pierwszej zwiększa się, a w drugiej się zmniejsza, autor nie podziela. Również nie zaleca on poleconych przez Kocha pokarmów bogatych w drzewnik, albowiem skutek może być odwrotny z powodu przyzwyczajenia się jelit do jednej i tej samej podniety. Czasami użyć można na początku cukru mlecznego, wyciągu płynnego *cascarae sagradae*, wód mineralnych, najlepiej jednak wprost zacząć od lawatyw z oliwy i to nawet jeszcze wtedy, gdy dolegliwości żołądkowe usunięte zostaną, ale jelita do prawidłowej swej czynności jeszcze nie wróciły. *Dr. Max Hermelin* (Lwów).

C. Engelbreth. **Nowa metoda poronnego leczenia rzeżączki.** (*Monatshefte für Dermatologie* T. 39, Nr. 32, 1904). Jakkolwiek gonokoki szybko przedostają się przez warstwę nabłonkową błony śluzowej do tkanki łącznej podnabłonkowej, to jednak istnieje pewien okres czasu, w którym znajdują się one tylko pośród komórek nabłonka, okres, w którym odpowiednio zastosowane energiczne leczenie poronne może liczyć na pewne warunki powodzenia. Nie ulega również wątpliwości, że gonokoki szybko posuwają się wzdłuż powierzchni błony śluzowej, np. przy wzwodzie prącia ropa spływa aż do opuszki cewki moczowej, że więc leczenie rozciągnąć się winno na całą przednią część cewki; przytem błona śluzowa powinna być kilkakrotnie jaknajbardziej rozciągnięta przez płyn stosowany tak, aby tenże dostać się mógł między wszystkie jej fałdy i zaułki. W końcu, ponieważ zachwalane działanie środków przeciwrzeżączkowych wgłąb tkanki dotychczas nie daje rękojmi istotnego działania w tym sensie, skuteczność leczenia poronnego zależy od zniszczenia błony śluzowej nietylko w zakresie jej powierzchownej warstwy nabłonka, ale i warstw głębiej leżą-

cych, że zatem wymagane być musi i zniszczenie i usunięcie kilku warstw, a z niemi i zawartych w nich gonokoków. Wskazanie więc do leczenia poronnego czyni autor zależnem od trzech następujących warunków. 1) pierwszy lub drugi dzień choroby; 2) pierwszy mocz czysty z strzępami; 3) brak objawów zapalnych dookoła otworu cewki moczowej, które dowodzą, że proces chorobowy sięga już głębiej. Zapomocą irygatora stosuje autor kamień piekielny w rozczynie $^{1}/_{2}$%, w ilości 600,0, o ciepłocie 37° i ciśnieniu 125 ctm.; prąd ma być słaby i wolny; pacyent mocz zatrzymuje przed stosowaniem zabiegu; pierwszy zabieg wykonuje autor odrazu po stwierdzeniu rzeżączki zapomocą badania drobnowidowego; otwór cewki wyciera się gruntownie rozczynem 3% azotanu srebrowego. W 4 godziny po pierwszem przepłókaniu cewki stosuje się następne rozczynem $^{1}/_{5}$% azotanu srebrowego; na tem leczenie się kończy. Autor osiągnął wyniki znakomite: na 30 przypadków — 26 wyleczeń w ciągu $^{1}/_{2}$ do 2 dni; 4 okazały przebieg lżejszy, przytem choroba ograniczyła się do przedniej części cewki. *Steuermark.*

Müller i Inada. **Działanie jodu w sprawach miażdżycowych.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 48, 1904). Przypuszczenie Hucharda, jakoby małe naczynia krwionośne ulegały rozszerzeniu pod wpływem soli jodowych, wskutek czego miałyby każdego razu nastąpić lepsze stosunki krążenia w pojedynczych narządach i że jod wogóle przez zmniejszanie wysokiego napięcia naczyń działa zapobiegawczo w miażdżycy, okazały się po badaniach w ostatnich czasach nieuzasadnionemi. Najnowsze badania doświadczalne Böhma i Berga z jednej strony, Stockmanna i Charterisa z drugiej udowodniły, iż pod wpływem jodku potasowego naczynia wcale się nie rozszerzają; dalej stwierdzonem zostało (Hasenfeld, C. Hirsch i Sawarda), że w największej liczbie spraw miażdżycowych niema stale podwyższonego napięcia naczyń, a względnie ciśnienia krwi. Jedyny wyjątek stanowią tu choroby nerkowe i tylko w tych przypadkach mamy do czynienia z wyższem ciśnieniem; we wszystkich innych zaś jod działa na krew samą i to w ten sposób, że zmniejsza jej wewnętrzne tarcie, przez co staje się ona więcej płynną; ponieważ według formułki Poisseuilla ze zmniejszeniem się tarcia zwiększa się szybkość krążenia w tym samym stosunku, zrozumiemy, iż wskutek jodu lżejszy przepływ zrównoważy trudność krążenia w schorzałych naczyniach. Taki pogląd na działanie jodu pozwala ściśle ograniczyć wskazania do stosowania tego przetworu: będzie on zatem najlepiej działać tam, gdzie niema jeszcze znaczniejszych zmian anatomicznych, jak np. w początkach miażdżycy mózgowej, w dusznicy bolesnej lekkiego i średniego stopnia, w razach nieznacznego osłabienia serca i chromania przestankowego; jeśli zaś dusznicę lub niedomogę serca wikła markość nerek lub choroba Basedowa, a względnie li tylko istnienie wola, wówczas należy bardzo ostrożnie, albo wcale nie używać przetworów jodu. Do pożądanego celu doprowadzają w odpowiednich przypadkach trzy dzienne dawki jodku potasowego lub sodowego po 0·3—0·5, podawane przez dłuższy okres czasu, gdyż tylko mała część jodu, nie wydzielona z ustroju i w nim po niejakim czasie nagromadzona, wywiera korzystny wpływ na krew, przyczem trzeba unikać kwasów i wyskokowych napojów, a pić wody alkaliczne. Autorowie wykazali na zdrowych osobnikach, którym regularnie podawali przytoczone dawki jodku potasowego, iż wewnętrzne tarcie krwi podczas doświadczeń o 5—8% się zmniejszyło, a tem samem szybkość krążenia wzmogła się; ta sama ilość krwi przepływała przed doświadczeniem pewną przestrzeń w przeciągu 49 sekund, pod wpływem jodu zaś o 5 sekund wcześniej, t. j. w 44 sekundach. Jaki związek panuje między jodem a tarciem krwi, widzimy z powyższego; ale jakie czynniki lub przyczyny go wywołują? na razie niewiadomo. *Dr. Korm.*

Omelczenko. **Etyologia powikłań i chorób następowych w durze brzusznym na podstawie materyału anatomopatologicznego.** (*Russkij Wracz* 1904, Nr. 32). Na podstawie badań bakteryologicznych, dokonanych na 200 trupach po durzycy, przychodzi O. do wniosku, że ustrój ludzki nabywa zarówno podczas duru, jak i po nim, szczególniejszej skłonności do zakażeń ropotwórczych: autor spostrzegał zakażenie mieszane w 94%, których przeważna część przypada na łańcuszkowce, mniejsza (20%) na gronkowce złociste, lub rzadziej białe. Zakażenie ropotwórcze u chorych durzycowych szybko szerzy się w całym ustroju, bez względu na pierwotne ognisko wtargnięcia drobnoustrojów; w ten sposób wywołują one schorzenie ogólne. Wobec tego nawet nieznaczna sprawa ropna u chorych durzycowych lub u ludzi, którzy przebyli dur brzuszny, nabiera poważnego znaczenia. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Prof. Bettmann. **W sprawie leczenia ostrej rzeżączki.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 21, 1904). W sprawie leczenia poronnego ostrej rzeżączki lekarze zajmują przeważnie stanowisko sceptyczne. Wyjątek stanowi Blaschko, który poleca leczyć ostrą rzeżączkę wstrzykiwaniem silnego rozczynu protargolu i albarginy i twierdzi, że najmniej w 40% tak leczonych przypadków osiągnął wynik dodatni. Prof. Bettmann leczył 33 przypadków ostrej rzeżączki sposobem poronnym, pędzlując cewkę moczową 20%-owym rozczynem protargolu w glicerynie z wodą. Były to wyłącznie przypadki, które dostały się do obserwacyi lekarskiej między 3 a 5-tym dniem po zakażeniu. Leczenie trwało co najwyżej przez jeden tydzień. Wyleczenie osiągnął autor w 18 przypadkach (= 55%); wynik na pewno ujemny w 10-ciu przypadkach, w 5 zaś wątpliwy, ponieważ po ukończeniu leczenia nie można było dostatecznie długo kontrolować leczonych. Wynik ogólny był bardzo korzystny, a Bettmann tembardziej zaleca to postępowanie, ponieważ nie łączy się ono z jakiemikolwiek znaczniejszemi trudnościami dla chorego. *Baschkopf.*

Spostrzeżenia nad salofenem. (*Wraczebnaja Gaz.* Nr. 27, 1904). Dr. S. Dibaiłow w Petersburgu donosi, że stosował salofen w 21 przypadkach (2 przypadki ostrego gośćca stawowego, 2 przypadki rwy nerwu trójdzielnego i 17 przypadków grypy). Nieprzyjemnych objawów ubocznych nigdy nie spostrzegał. Najlepsze były wyniki w gośćcu i grypie. Dibaiłow uważa salofen za lek zupełnie nieszkodliwy, znacznie mniej skuteczny, niż salicylan sodowy i aspiryna; ta ostatnia może zastąpić salofen we wszystkich przypadkach. *Baschkopf.*

Stosowanie wstrzykiwań morfinowych w mocznicy i leczenie przewlekłej końcowej mocznicy. (*Journal des Praticiens* Nr. 22, 1904). Prof. H. Huchard i Ch. Fissinger w Paryżu podają, iż stosowanie morfiny w stanach mocznicowych wchodzi w rachubę szczególnie w leczeniu napadów duszności, gdy wszystkie inne środki okazały się bezskuteczne. Wstrzykuje się 0·005 morfiny, lub 0·002 chlorku heroiny. W razie potrzeby powtarza się po kilku godzinach tę dawkę. Wogóle należy się pierwszeństwo chlorkowi heroiny, który zapisuje się podług następującej formuły:

Rp. Heroini hydrochlor. . . . *0·02*
Aq. destill. . . . . . *10·0*
D. S. Do wstrzykiwania (po 1 ctm.³).

Zarówno morfina, jak i chlorek heroiny są w małych ilościach wybitnymi lekami sercowymi. Przy tętnie nieprawidłowo małem i przyspieszonem poleca się równoczesne wstrzykiwanie kamfory, lub dodawanie eteru, n. p.

Rp. Heroini hydrochlor . . . *0·05*
Aq. dest. Spirit. vini (90°) aa 4·0
Aether sulfur. . . . . . *2·0*
S. Po $^{1}/_{2}$ strzykawki do wstrzykiwań.

Zwyczajnie występuje zmniejszenie duszności natychmiast po wstrzyknięciu. Morfina posiada też niestety różne wady, jak zmniejszenie ilości moczu, a w poszczególnych przypadkach, w których występuje szkodliwy wpływ morfiny, należy podać leki nasenne (tryonal, hedonal, chloral i t. p.), lecz w dawkach niedużych. W zapadzie w okresie końcowym mocznicy wskazane są wstrzykiwania olejku kamforowego, mniej zaś stosowanie kofeiny. *Baschkopf.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 16 listopada 1904 r.

Przewodniczy kol. prof. Nowak. Obecnych członków 36.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący poświęca kilka gorących słów pamięci zmarłego członka Towarzystwa ś. p. Dr. Szymkiewicza, których obecni wysłuchali stojąc.

III. Przyjęto na członków Towarzystwa kolegów: Frommera Artura, Kupczyka Bernarda, Piepesa Wilhelma, Pisarskiego Tadeusza, Rydla Adama, Staniszewskiego Juliana, Zopotha Artura.

IV. Wybrano do Komitetu przedwyborczego: na przewodniczącego kol. prof. Jakubowskiego, na członków koll. Ackermanna,

Bielańskiego, doc. Bochenka, Cerchę, Hirscha D., doc. Horoszkiewicza, Kędziora, prof. Kleckiego, doc. Krzyształowicza, Landaua J., doc. Lewkowicza, prof. Maziarskiego, Piotrowskiego T., Poźniaka, prof. Reissa, doc. Seńkowskiego, Stahra, Wachtla, Wojciechowskiego, Zolla.

V. Kol. T. Heryng (z Warszawy) wygłosił zapowiedziany odczyt: „O najnowszych metodach inhalacyjnych“ i przedstawił przyrząd do inhalacyi własnego pomysłu. *(Patrz artykuł wstępny).*

W dyskusyi zabierali głos koll. prof. Pieniążek, Merz, Gertler i prelegent.

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 23 listopada 1904 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner.

Obecnych członków 23.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. Bujwid wygłosił zapowiedziany odczyt: „O epidemii wodociągowej duru brzusznego w Cieszynie“. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos koll.: Droba, Bier i prelegent.

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 2 grudnia 1904 r.

Przewodniczy: Dr. E. Wechsler.

Obecnych: 40.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Na członka czynnego T. lek. lw. przyjęto kol. Dr. Witolda Nowickiego.

III. Przewodniczący podaje do wiadomości uchwałę Zarządu Tow. lek. lw., ograniczającą czas wykładu na zwyczajnem posiedzeniu naukowem do $^3/_4$ godz. Jedynie za wyraźną zgodą zgromadzonych wykład trwać może dłużej.

IV. Kol Doc. P. Kučera referuje i uzasadnia uchwałę powziętą na ostatniem posiedzeniu zarządu Tow. lek. lw., postanawiającą, aby w tym roku nagrody Tow. lek. lw. nie przyznać nikomu.

W *dyskusyi* kol. prof. A. Gluziński stawia wniosek, aby odpowiednią ustawę zmienić o tyle, iż nagrody udziela się nie za najlepszy wykład, wygłoszony na temat dowolny, lecz na temat konkursem ogłoszony.

Wniosek ten odesłano do regulaminowego traktowania.

V. Kol. Doc. W. Bylicki wygłosił wykład „O mierzeniu prostego wymiaru wchodu i innych wymiarów miednicy własnym sposobem“. Rozpoczął od historyi rozwoju metod, dążących do oznaczenia rozmaitych wymiarów miednicy, zwłaszcza zaś prostego wymiaru wchodu, który przed innymi jest najlepszym wykładnikiem ścieśnienia. Poddawszy metody te krytyce, wykazuje, że żadnej z nich ścisłą, w klinicznem znaczeniu, nazwać nie można. — Demonstruje tedy swe dźwignie miernicze, wyrażając przekonanie, że zapomocą tychże da się osiągnąć dokładność mierzenia, a zwłaszcza ujednostajnienie go. Próby dokonane na ciężarnych z własnej praktyki i ciężarnych z kliniki prof. Marsa, wykazały łatwość zastosowania tych dźwigni.

W *dyskusyi* przemawiają koledzy: B. Mars, Sołowij i Skałkowski. Pierwszy z nich podkreśla, że idea przewodnia w pomyśle kol. *B.* jest rzeczywiście nową i zupełnie różną od metod dotychczas stosowanych. Nie wątpi, że przy pomocy tych dźwigni mierniczych dojść będzie można do wyników bardzo ścisłych; zdaje mu się jednak, że zastosowanie ich u pierwiastek natrafi na pewne trudności. Wreszcie przypomina, że prelegent w przemówieniu swojem nie dość wyraźnie zaznaczył ten szczegół, że w praktyce i bez znajomości matematycznych wymiarów miednicy dojść możemy do zupełnie pewnych wniosków, kierując się wywiadami, wewnętrznem badaniem, a zwłaszcza dokładną obserwacyą dotychczasowego przebiegu porodu. — W podobnym duchu przemawiają i obaj następni mowcy, nadto kol. Sołowij sądzi, że tak dla badanej jak i badającego, niemiłą byc może konieczność wprowadzania kilku dźwigni jedna po drugiej, zanim odszuka się właściwą. A i wtedy jeszcze nie zawsze ścisłe uzyskuje się dane, n. p. znaczne pochylenie spojenia łonowego może uniemożliwić dokładne zaadaptowanie się dźwigni, odgiętej pod kątem prostym. W końcu mniema kol. Sołowij, że wprowadzenie zwykłego miednicomierza do pochwy i skrzyżowanie jego ramion, powinno dać również ścisłe wyniki.

W odpowiedzi zaznacza kol. Bylicki, że celem jego nie jest to, aby narzędzie przezeń wynalezione znalazło się w ręku każdego położnika-praktyka, lecz podając swą metodę, dążył do tego, aby jak najbardziej zbliżyć się do teoretycznego ideału dokładnego mierzenia prostego wymiaru wchodu i mierzenie to tak ujednostajnić, aby kilku mierzących, choćby nie posiadających specyalnej wprawy, do tych samych dochodziło wyników. Aby zaś możebnem było bezpośrednie mierzenie prostego wymiaru wchodu zapomocą skrzyżowania ramion miednicomierza, jak to mniema kol. Sołowij, temu prelegent stanowczo zaprzecza.

VI. Kol. prof. E. Machek podał „Nowe szczegóły o chirurgach i okulistach w starożytności“. (Rzecz będzie ogłoszona drukiem).

W *dyskusyi*: kol. Bylicki powątpiewa, aby już w owych czasach, z których pochodzi kodeks Chammuralisa, byli specyaliści chirurdzy i okuliści. Następnie wysokie stanowisko, jakie lekarze zajmowali w ówczesnej hierarchii społecznej, przypisać należy nie rzeczywistemu szacunkowi, jakiem społeczeństwo mało kulturne otaczało owych lekarzy, lecz raczej nimbusowi, jakim się owi lekarze-cudotwórcy sami osłaniali. Wszakżeż dziś jeszcze przeciętna publiczność ceni wysoko rozmaitych pastuchów, kowali-lekarzy „z łaski Bożej“. — W odpowiedzi prof. Machek obstaje przy swem twierdzeniu o chirurgach i okulistach, którzy nie byli wprawdzie specyalistami w dzisiejszem znaczeniu, mogli się jednak o tyle trudnić przeważnie chorobami chirurgicznemi lub ocznemi, że na miano chirurgów lub okulistów zasługiwali.

Dr. Herman, sekretarz doroczny.

VII. Urywki z „Historyi Medycyny“.

Przez

Bł. p. prof. Dra Józefa Oettingera.

Pochody biczowników.

Walka natężona, jaką według zasad chrześciańskich toczyć winien duchowy pierwiastek człowieka z grzeszną jego powłoką, prowadziła w koniecznem następstwie do uważania za rzecz chwalebną nietylko hamowanie popędów fizycznych i wszelkich chuci, ale nawet umartwianie i dręczenie ciała, jako narzędzia pokus szatańskich. Dążność ta, posunięta do wyuzdanej namiętności, wyrodziła w średnich wiekach po wielekroć obłęd pospólny, mający, jak powyżej opisane, usposabiające swe źródło w duchowym nastroju społecznym, napiętym do wysokiego stopnia towarzyszącemi zdarzeniami i wstrząśnieniami.

Okazuje on podobne warunki swego szerzenia się jużto zaraźliwym przykładem, jużto początkową zachętą, jużto w części wstępną żądzą dopięcia drogą obłudną nieczystych osobistych celów. Ten sam nakoniec stwierdzono tu wypadek, jak w innych tego rodzaju zboczeniach umysłowych, że przesadne uciekanie od ciała mimowiednie napowrót do niego sprowadza, gdyż już samo namiętne ściganie fizycznych popędów nie może się obyć bez podrażnienia zmysłowych uczuć, które, przebrawszy miarę mimowiednie i mimowolnie wyłamują się z pod władzy rozumu i hamującej woli i w zaślepiającem rozpasaniu wpadają za pośrednictwem silnie podłechtanych i podrażnionych nerwów, jakby po przyspieszającej ruch pochyłej drodze, w czeluść sprosności. Wszakże równie ból, jak rozkosz, są natężonem uczuciem cielesnem.

Biczowanie się, które Baroniusz w swych rocznikach kościelnych chwalebnym zwyczajem nazywa, upowszechniać się zaczęło w Chrześciańistwie w epoce najbujniejszego jego rozkwitu, około roku 1056, kiedy benedyktyn św. Dominik, zwany pancernikiem (*loricatus*) od noszenia pancerza na gołem ciele, rozmiłował się niejako w wymyślnych fizycznych udręczeniach, jakim się sam poddawał.

Z żywotów Skargi, pomiędzy którymi pod dniem 14 października znajduje się wiadomość o życiu tego świątobliwego męża, napisana pierwotnie przez Piotra Damianiego z Raweuny, dowiadujemy się, iż mu niedość było na wzmiankowanym ucisku pancerzem, lecz że nadto dwie żelazne obręcze w pasie, a dwie drugie

na ramionach nosił i liczbę ich w podeszłym wieku podwoił — nie z polecenia lekarskiego w celach chirurgiczno-ortopedycznych, lecz poprostu tylko celem prześladowania i umartwienia obmierzłego ciała, które biczami nieustannie smagać, a przykremi postawami i ruchami, jak n. p. długiem, nieruchomem staniem, albo też powtarzanem co chwila klękaniem, mimo okow żelaznych na członkach umartwiać, ulubionem było mu zajęciem.

Wziął stąd pochop spółczesny mu opat tegoż zgromadzenia, wzmiankowany powyżej Piotr Damiani, później kardynał, biskup ostyjski, do zalecania biczowania, jako zbawiennego środka do uzyskania odpuszczenia grzechów, nauczając, że 3000 razy siebie zacinający, a przytem psalmy odmawiający, rok odpustu otrzymuje.

Przykład jego znalazł wielu naśladowców: duchownych i świeckich, mężczyzn i niewiasty różnego stanu i wieku, którzy z wyścigającą się nawzajem żarliwością poczęli siec swe ciało rózgami, rzemieniami i łańcuszkami.

Rodzaj ten pokuty, jak równie narzędzie, do tego używane, otrzymało nazwę dyscypliny; ostatnie składało się z trzech lub czterech, najczęściej zaś na pamiątkę pięciu ran Chrystusowych z pięciu pasków. Poddawali się tym ćwiczeniom władcy ukoronowani, używając do tej posługi swych spowiedników, jak n. p. Henryk III. cesarz, Ludwik IX. święty, król Francyi, który nietylko sam nosił przy sobie puszkę ze słoniowej kości z żelazną dyscypliną i do pilnego okładania nią siebie zachęcał duchownego stróża swego sumienia, ale i książęta i księżniczki obdarzał w dowód szczególniejszej swej łaski podobnymi upominkami. Św. Antoni († 1231) miał pierwszy wprowadzić spólne odbywanie tej pokuty, łącząc ją z uroczystymi pochodami. Żarliwość rozdmuchnął w płomień uniesienia, porywającego coraz liczniejsze tłumy, w r. 1260 pustelnik z pod miasta Perudżii Regnier czyli Rajnero, który śród powszechnego znękania umysłów niepomyślnym wypadkiem zaniechanych już wypraw krzyżowych, śród rozstroju wywołanego krwawymi i pełnymi zbrodni zapasami, rozdzierającymi łono Włoch w zaciekłej walce Gibellinów z Gwelfami, tudzież zgrozą zamieszek, klęsk i pustoszących chorób, nawoływał grzeszników do przebłagania Boga modlitwami i umartwieniem ciała, przepowiadając, że inaczej srożącą się już dżumą Wszechmocny Stwórca zepsuty ród ludzki wygubi. Gorące słowa, trafiając na przysposobione wypadkami umysły, zapaliły je do skruchy i do jej objawienia w sposób gwałtowny, namiętny, przybierający postać prawdziwego obłędu i szału religijnego. *Devoti* zwali się pierwsi biczownicy włoscy. „Wtedy to“, są słowa kronikarza, przytoczonego przez Förstemanna“, gdy wiele bezeceństw i zbrodni hańbiły kraj, napadła nagle niesłychana skrucha ludy włoskie. Bojaźń Chrystusa tak ich ogarnęła, że szlachta i nieszlachta, starce i młodzieńcy, nawet dzieci 5-letnie, obnażywszy się aż po zasłonięte części wstydliwe, uroczystym pochodem ciągnęli przez miasta. Wszyscy mieli bicze skórzane w rękach, którymi się, wzdychając, łkając, tak silnie smagali, że krew z tego ciekła. Nietylko we dnie, ale i w nocy także, w najtęższą zimę odbywali pochód z zapalonemi gromnicami, w kilka do kilkadziesiąt tysięcy, pod przewodem kapłanów z krzyżami i chorągwiami przez miasta do kościołów, rzucając się przed ołtarze. Czynili to samo po wsiach, a pola i góry brzmiały głosami tych, co wołali do Boga.

Wszędy jeno żałobne pienia pokutników. Wszyscy nieprzyjaciele przejednali się. Mężczyźni i niewiasty spełniali takie uczynki miłosierne, jak gdyby się obawiali, że Wszechmoc Boska, karząc ich, zniweczy“. Inni wspominają o oznace czerwonego krzyża na sukni i o zasłonięciu twarzy.

Wyruszyli oni naprzód z miasta Spoleto. Gdziekolwiek się pojawili, przyjmowano ich zrazu uroczyście śród bicia dzwonów, wybiegając naprzeciw nich z biskupami i rządcami duchownymi na czele. Jak wzbierająca powódź przybywały i rosły tłumy tak, że w pierwszym dniu listopada tegoż roku już około 20.000 biczowników z chorągwiami, jak podaje Sigonius, do Modeny przybyło, skąd się następnie nietylko po sąsiednich ziemiach włoskich, ale i po innych krajach rozlali. Wnet atoli rozbukane bałwany fanatycznego prądu zaniepokoiły władze duchowne i świeckie, które niezdolne zażegnać rozpasanego żywiołu dobrowolnem posłuszeństwem, widziały się zniewolone użyć surowych zakazów i poprzeć je przymusowymi środkami. Pierwszy Manfred król Sycylii i Apulii, obawiając się zachwiania nieustalonego jeszcze tronu, tudzież Palavicenus, margrabia w Kremonie, lękając się również o władzę swoję, pod karą śmierci zabronili łączenia się z biczownikami: mimoto przy końcu roku 1260 tłum, złożony już z ludzi różnego narodu, przeszedł Alpy i po Niemczech się rozpostarł. Stąd duchowa ta zaraza udzieliła się Czechom i Polsce.

Jakoż, jak świadczy spółczesny Baszkon, kustosz poznański, w roku 1261 wszczęło się tu między wieśniactwem zwolennictwo biczowników, których zgraje, mając na czele po dwóch z chorągwiami i świecami, obnażone i tylko płatem w biodrach przepasane, idąc jeden za drugim, (we Włoszech i Niemczech według kroniki opata Hermana (Schnurrer. Chronik d. Seuchen) szli parami) i jakieś pieśni zawodząc, dyscyplinami srodze się siekli, a dwakroć na dzień, t. j. o 1-szej i 9-tej godzinie przez 30 dni tę pokutę odbywali w przekonaniu, że ktoby się przez tak długi czas biczował, ten wszystkich grzechów odpuszczenie otrzyma. Według kroniki co dopiero wzmiankowanej Hermana obowiązywano się do 33-dniowych ćwiczeń na pamiątkę, że Chrystus tyleż lat bawił na ziemi.

Przez ten czas należącemu do tegoż spólnictwa nie wolno było rozmawiać z niewiastą, ani na swoje utrzymanie więcej nad cztery feniki obracać, wyjąwszy zasiłek dany za jałmużnę. Janusz, arcybiskup gnieźnieński, w całej metropolii pod karą klątwy tych zbiegowisk zabronił i książąt świeckich do stłumienia tego wybryku nakłonił. Długosz, a za nim inni dziejopisowie mylnie twierdzą, jakoby się to zwolennictwo wykłuło we Francyi. Bądź co bądź poruszenie tym razem nie trwało długo — *sicut res immoderate concepta*, jak powiada kronikarz (Schnurrer. Chronik d. Seuchen).

Ale się od czasu do czasu wznawiało. W roku 1296 pamiętny odbył się pochód biczowników w Strasburgu, a w roku 1334 Dominikanin Venturinus z Bergamu zagrzał z kazalnicy więcej, niż 10.000 ludzi do wykonania tej spólnej pokuty.

Biczowali się też po kościołach, a na placach żywiono ich kosztem publicznym.

Żarliwego mnicha wyśmiewano w Rzymie, a papież wygnał go w góry Ricondońskie; zniósł to pokornie, a udawszy się na pielgrzymkę do Ziemi świętej, umarł w Smyrnie roku 1346.

Roku 1340 dnia 25 marca w wiosce Korrigisiorda pod Kremoną zbiegło się znowu około 10.000 takich pokutników.

Straszny pomór i towarzyszące mu wstrząśnienia wywołały świeży i najgwałtowniejszy wybuch tego religijnego zagorzalstwa, z którem blizko łączyło się wściekłe i krwawe prześladowanie Żydów, dokonywane wrzekomo na przebłaganie, w istocie zaś na obrazę Boga miłości. O ostatniem na innem miejscu była już mowa. Tym razem ruch wszcząć się miał we Węgrzech, a według podań wiarygodniejszych w Niemczech górnych. Najwcześniejsza wiadomość wskazuje Karyntyą, gdzie się biczownicy od Nowego Roku do Wielkanocy roku 1349 pokazywali; na początku maja widział ich Wireburg, skąd po całych Niemczech, Niderlandach, Szwajcaryi i Francyi się rozlali. Do Polski przybyli w roku 1351 z Węgier. Danię i Anglię najmniej plaga ta nawiedziła.

Z początku składały się pochody z ludzi niższego stanu, w miarę zaś, jak wzrastała dla nich cześć i uszanowanie, a często i uwielbienie, przyłączała się też szlachta i duchowieństwo, dzieci także, uczciwe niewiasty i zakonnice nie zdołały oprzeć się ich porywającemu wpływowi.

Uszykowani w porządne szeregi, z dowódzcami i przewodnikami śpiewów na czele, ciągnęli przez miasta ze spuszczonym ku ziemi wzrokiem, z oznakami skruchy i żalu. Ubiór ich był posępny z krzyżem czerwonym na kapeluszu, piersi i plecach, w ręce dyscyplina o trzech paskach rzemiennych z trzema lub czterema węzłami i wplecionymi żelaznymi krzyżowymi kolcami. Zrazu mężczyźni, niewiasty i dzieci ściśle były od siebie oddzielone, osobne tworząc zastępy; żonaty nawet bez wyraźnego zezwolenia swej żony nie znajdował przyjęcia w poczet pobożnego bractwa, a już rozmowa z niewiastą surowo była wzbroniona. Zapalone gromnice, niesione na przodzie wspaniałe chorągwie z aksamitu i złotogłowu, rozlegający się odgłos dzwonów i nabożnych żałosnych śpiewów, przerywanych naprzemian głuchem poważnem milczeniem, z jakiem kroczyły szeregi z obnażonemi i do krwi posiekanemi plecami, przejmujące wskroś wywarły wrażenie. Na ten widok kobiety szczególnie zanosiły się od rzewnego łkania, — garnięto się do nich, by uczestniczyć w ich pobożnych ćwiczeniach i pieśniach, wzruszających tem bardziej, że w ojczystej brzmiały mowie. Dwa razy na dzień odbywali ćwiczenia, rano i wieczór. W tym celu uroczystym pochodem udawali się za miasto na miejsce ku temu wybrane, gdzie obnażywszy górną połowę ciała i zzuwszy obuwie, a od pępka do kostek zasłonięci płócienną szatą, rozłożyli się obszernem kołem w różnych postawach według grzechów, za które pokutę czynili: cudzołożnik z twarzą ku ziemi, krzywoprzysięzca na boku jednym z podniesionymi trzema palcami, poczem biczował ich mistrz, jednego więcej, drugiego mniej i kazał im wstać, wymawiając ułożoną do tego stałą formułę: »*Standuf durch der reinen martel ere, Und hüte dich vor der Sünden mere*«.

Następnie śród śpiewów, modłów, klękań i pokłonów smagali się sami. (Königshoven, str. 299. Heckers Die gross. Volskrankh. wyd. Hirsch. 63).

Do Strasburga w r. 1349 weszło 200 biczowników, a wzrósłszy tu rozniecony zapałem do przeszło 1000, rozdzielili się na mniejsze gromady, ruszające na północ i południe. W Spirze około 200 chłopców dwunastoletnich i jeszcze młodszych zebrało się w bractwo krzyżowe, bo i takie miano przybrali biczownicy i przykładem swoim uniosło wszystkich mieszkańców tego miasta, prześcigających się w szczodrobliwych ofiarach; niewiasty haftowały im chorągwie, nakarmiono ich i w różne opatrzono przybory dla nadania pochodowi większej świetności. Jak nić przewodnia przebijała w tem silnem wzburzeniu umysłów główna jego pobudka, straszne widmo pustoszącego niemiłosiernie pomoru, znanego w dziejach pod nazwą śmierci czarnej.

Jakoż po każdem odbytem ćwiczeniu pokutnem jeden z biczowników i to laik odczytywał głośno list, złożony przez Anioła na ołtarzu św. Piotra w Jerozolimie, a w którym Bóg sam ludzi upomina do skruchy. Dla dobitniejszego skutku i wskazania nagłej potrzeby zaraz po tej nauce duchownej udzielano wiadomości o dżumie, jej przyczynach, rozpostarciu, nie obeszło się nawet bez recepty zachwalanej.

Polot uniesienia atoli niedługo zdołał się utrzymać na tej duchowej wysokości, gdyż według niezłomnych praw równowagi między sprawami ustroju ludzkiego, przesadne tłumienie potrzeb fizycznych, a tembardziej srogie pastwienie się nad ciałem, jeżeli wcześnie i spokojnie nie będzie usunięte, musi drogą odwetu sprowadzić ostateczność drugą i z taką samą gwałtownością wpaść w wyuzdaną zmysłowość, z jaką pierwej przygnieść ją usiłowano. Zbytnie napięcie długo utrzymać się nie może, a im było silniejsze, tem gwałtowniejsze także będzie oddziaływanie.

Wnet też pierwotna uległość i skrucha przemieniła się w swawolę i niesforność, umartwienie ciała w sprosną rozwiozłość, tłumy pobożnych pokutników stały się stekiem rozpusty i obłudy, nadużywającej pobożnego godła celem zaspokojenia brudnych i występnych namiętności. Ostygł też ku nim zapał, ustępując miejsca wstrętowi; drzwi, niedawno na oścież dla nich otwarte, zamykały się, by ich nie wpuszczać, a władze duchowne i świeckie zuchwałą tłuszczę srogiemi karami powściągać musiały.

Mając się za wybrane narzędzie woli boskiej, biczownicy urośli w butę i pychę, urościli sobie i przywłaszczyli prawa, duchownym tylko służące, jak n. p. spowiadania i rozgrzeszania; chełpili się, że krew z ran ich miesza się ze krwią Zbawiciela, przypisywali sobie nawet moc czynienia cudów, które im się na nieszczęście niezawsze udawały, jak n. p. w Strasburgu, gdzie chcieli wskrzesić zmarłe dziecię, lubo innym razem zażegnywaniem dyabła większe u ludu zjednywali sobie zaufanie, niż księża.

Jeszcze w roku 1240 w zbiegowisku biczowniczem, zebranem pod Kremoną, przewodniczyła stekowi temu dziwnej urody dziewica, jak powiada Muczkowski, na podstawie wiadomości podanej w rocznikach kościelnych Bzowskiego (Bzovii Annales eccl. pod r. 1340 n. 24. Muczkowski, Bractwa 74), w udawaniu świętoszki wyuczona przez złego życia kapłana, z którym w niecnych była stosunkach. Ta, z rozkazu biskupa kremońskiego ujęta, naganne swe życie w płomieniach zakończyła.

Gdy i tym razem mnożyły się nadużycia, Sorbona paryska i Cesarz Karol IV. zażądali od papieża Klemensa ukrócenia swawoli. Wtem pod samem okiem najwyższego zwierzchnika kościoła, w Awinionie, pojawił się tłum zagorzałych biczowników.

Stolica Apostolska, mimo wstawienia się za nimi niektórych kardynałów, zabroniła tych ćwiczeń, a bullą, wydaną roku 1349 pod dniem 20 października, zakazała w całem chrześciaństwie dalszych pochodów biczowniczych. Długosz, a za nim późniejsi dziejopisowie, o wtargnięciu ich do Polski w roku 1351 podaje, że tłumy tego zwolennictwa przybywszy, przebiegały kraj w uroczystym porządku, obyczajem mnichów, zakapturzone.

Pokutnicy ci po pas obnażeni, dyscyplinami o czterech paskach z węzełkami na końcach jeden drugiego srodze aż do krwi smagali, każdy w swym języku nieokrzesaną pieśń śpiewając. (Długosz, wyd. frankf. r. 1711. lib. IX. 1124).

Zgraja ta nie przed kapłanami, ale przed sobą nawzajem spowiedź czyniła, a nawet od śmiertelnych grzechów rozwięzywała się twierdząc, iż jej zwolennictwo i Bogu nader miłe i duszom krewnych, nawet w piekle będącym, pomocne i dla umierających w tej pokusie wielce jest zbawienne.

Zaledwie te pobożnisie, przybywszy do Krakowa, niektóre kościoły zwiedziły i pokutę w nich uczyniły, aliści Prandota, biskup krakowski, zagrożeniem więzienia z miasta ich wypłoszył. I w innych ziemiach Polski nie lepiej byli przyjęci.

Przecław, biskup wrocławski, kazał nawet mistrza ich, byłego diakona, spalić publicznie.

Tak więc, skoro na ziemi polskiej stanęli, wyśmiano ich i nimi pogardzono (*secta ipsa irrisa et spreta est*).

Lubo w mniejszych rozmiarach, zagorzalstwo to powtarzało się i w późniejszym czasie. Według Förstemanna w XV. stuleciu w niektórych miejscach Niemiec uważano za rzecz konieczną wytępić je ogniem i mieczem.

Jak głęboko się ono zakorzeniło, dowodzi sądowe zeznanie mieszczanina Nordhauseńskiego z roku 1446, że jego żona, w mniemaniu spełnienia uczynku chrześciańskiego, chciała drobne nowochrzczone dzieci poddać biczowaniu. Odnowili ten rodzaj pokuty w XVI. stuleciu Jezuici i wprowadzili go także do Polski, gdzie, jak widzieliśmy, w XIV. stuleciu biczownicy według świadectwa Długosza ściągnęli byli na siebie tylko śmiech i pogardę. Ćwiczenia te, które nie miały powodzenia za czasów Kazimierza Wielkiego, za rządów Zygmunta III. stały się ulubionym i rozpowszechnionym obyczajem.

Szembek w Gratisie, wydanym przeciw Akademii krakowskiej, na str. 455 chełpi się, że Jezuici pierwsi wnieśli w r. 1587 obyczaj ohydnego biczowania się, oraz noszenia włosiennic i łańcuszków. „Jezuickie dyscypliny i włosiennice“ — mówi on, „wiem dowodnie, że są tak twarde i ostre, że się drugich zakonów dyscyplinom przynajmniej równają“.... „Jezuici też najpierwsi ze wszystkich byli, którzy do Polski wprowadzili dyscypliny, które się w kościołach i ulicach w procesyach od bractw dziać zwykły“......

„Między młodzią, która się w ich szkołach uczy, w kongregacyach albo bractwach Panny Maryi w nabożeństwie ćwiczy, jako często dyscypliny, włosiennice i paski z powrozów z węzełkami ostro nawiązanymi uwijają się, a w piątek wielki i ile razy potrzeby pospolite, koronne albo miast jakich to wyciągają, jak wiele dyscyplin w kościołach od ich studentów czynionych wszyscy jawnie widzą“. (Muczkowski. Bractwa. 80. 81).

Więc potrzebom publicznym, koronnym zaradzano, nie jak należało, ładem, rządnością, panowaniem władzy i ustaw, nie gospodarnością i utrzymywaną stałą siłą zbrojną, lecz zagorzałem biczowaniem się. Działo się to przez cały wiek XVII-ty, a nawet i XVIII-ty. Obmierzły przykład takiego dzikiego nad własnem ciałem pastwienia się przechował się w opisie żywota księcia Albrychta Radziwiłła, (Żywot ks. Albr. Stan. Radziwiłła z rękopismu p. Edwarda Raczyńskiego w Poznaniu 1840, str. 27.) kanclerza Wielkiego litowskiego Dostojnik ten zachęcał i wynagradzał starszego pokojowego swego, aby mu plag nie żałował, które sam sobie obliczał; „czasem 200, 300, 500, tysiąc, półtora tysiąca, dwa tysiące plag sobie dać zaznaczywszy, dwóch ze dwóch stron siekło, a czterech albo sześciu trzymało mospana kanclerza książęcia Radziwiłła, bez ulitowania, bo tak chciał. Gdy krew do koszuli po takiej łaźni przywrzała, ze skórą ją odzierali“...

O nim też pisze Rostowski (Lithuanicarum. Soc. Jesu Historiarum lib. X. §. 25), a za nim Niesiecki w tomie 3-cim Korony polskiej na str. 827, iż wymyślił był taką machinę, w której się pewnych czasów zamykać kazał. Ta tak misternie zrobiona była, że się w niej ani ręką, ani nogą ruszyć nie mógł, albowiem zupełnie był zamknięty, oprócz tyłu, w który go, uczynionym ku temu celowi otworem, użyte do tego osoby rózgami siekły. (Muczk., Bractwa 89). Haeser (Geschichte d. epid. Krankh. wyd. drugie, str. 155) i Meyer Merian (Basil. im XIV Jahrh. str. 207) dopatrują się w dowolnem wyłamywaniu się biczowników z pod opieki panującego kościoła katolickiego znamion obudzonej samodzielności i pragnącej wyzwolić się z okow pętających swobodę myśli i woli: miał to być według nich gwałtowny zapęd ku zrzuceniu jarzma ślepej wiary, jeden ze zwiastunów reformacyi kościelnej.

Takie znaczenie przypisują obywaniu się tej sekty bez kapłanów przy spowiadaniu i rozgrzeszaniu się nawzajem, używaniu w śpiewach nabożnych zrozumiałej mowy ojczystej zamiast martwej łacińskiej i t. p. Kto jednakże bezstronnie rzecz rozważy, uzna, że niesforność, będąca koniecznem następstwem szału namiętnego, jakkolwiek nieraz mimowolnie i pośrednio sprowadza zbawienne zwroty, odsłaniając zgubne skutki ostateczne błędnego kierunku, tem mniej poczytaną być może w tym razie za objaw szlachetnego popędu, wyrywającego się z wielowiekowej niewoli, ile że wyrodziła się właśnie z fantastycznej i przesadnej żarliwości religijnej, a swawola tak jest daleką od prawdziwej wolności, jak szał namiętny od zapału dla świetnych i zdrowo pojętych zadań ludzkości. W pieśni biczowników, która naszych czasów doszła, a którą Massman (Erläuterungen zum Wessobrunner Gebet des 8-ten Jahrh. Nebst zweien noch ungedruckten Gedichten des XIV. Jahrh. Berlin, 1524. 8.) z innymi zabytkami w roku 1824 wydał, a Hecker do swojej pracy o śmierci czarnej dołączył, — napotyka się

wprawdzie wiele prostej rzewności, religijnego namaszczenia i moralnego przejęcia się czystością związku małżeńskiego:

De e de ist en reyne lenen.
De had um god selven gheuen.
Die Ehe, die ist ein reines Leben,
Die hat uns Gott selber gegeben.

„Małżeństwo jest życiem czystem, które nam dał sam Bóg“, ale powstała snać w pierwszej chwili pobożnego uniesienia, nieskażonego jeszcze poziomą namiętnością, gdyż w niej niema ani śladu niesforności lub niezgodności z zasadami panującego kościoła, owszem jest wyrazem pokory i uległości, dalekim od wszelkiej reformatorskiej pokusy.

Z zarządu Towarzystwa samopomocy lekarzy otrzymujemy następujące pismo:

Profesor B. Wicherkiewicz przesłał na ręce prezesa Towarzystwa samopomocy lekarzy sto koron w liście, w którym oświadcza, iż uznając najzupełniej szlachetny cel proponowanego urządzenia znaczków receptowych, przeznacza tę kwotę jako ekwiwalent za rok bieżący, mniej więcej odpowiadający liczbie znaczków, które w najkorzystniejszym razie mogłyby być przez jego chorych zakupione i oświadcza zarazem, że zamierza podobną kwotę wypłacać na cele Towarz. samopomocy lekarzy przy końcu każdego roku, dopóki w Krakowie pozostanie.

Za tak szlachetne odczucie celów i zarządzeń Towarzystwa samopomocy lekarzy składa Wydział Czcigodnemu Profesorowi gorące podziękowanie.

Generalny sekretarz: *Dr. Langie.* Prezes: *Dr. H. Jordan.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 22 grudnia.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie wyborcze. Do zarządu Tow. weszli: prof. Nowak — prezes; doc. Rutkowski — wiceprezes; Dr. Pisarski — sekretarz doroczny; doc. Dobrowolski — skarbnik; Dr. Kwaśnicki — redaktor „Przegl. lekarskiego“; do komisyi redakcyjnej wybrani zostali: prof. Ciechanowski, prof. Klecki, prof. Rosner i doc. Rutkowski. Delegatami na Walne zebranie Tow. lek. galic. wybrani zostali: prof. Gluziński i prof. A. Mars.

* *Redakcya „Nowin lekarskich“ umieściła w Nr. 12 następujące oświadczenie:*

„Rok przyszły zapowiada się nam ciężki, nie tylko tu u nas w Poznańskiem, ale zwłaszcza w krajach pod rządem rosyjskim, w których tyle sił młodych, ochotnych do pracy naukowej powołano na daleki Wschód do ambulansów i lazaretów wojskowych. Czy w obec takiego ubytku pracowników i prenumeratorów będą mogły się utrzymać liczne polskie pisma lekarskie, jakie dotąd tam wychodziły? Nad tem pytaniem należy się nam zastanowić tem więcej, że nie brak zapowiedzi powstania nowych czasopism lekarskich z Nowym Rokiem. Powiększeniu ilościowemu czasopism chcielibyśmy zapobiedz, bo nie tylko nie uważamy potrzeby większej ich liczby, ale wprost twierdzimy, że przy coraz większej liczbie tygodników, dwutygodników i miesięczników lekarskich, wszystkim działom medycyny poświęconych, koniecznie musi ubożeć treść ich, tembardziej, że materyał najcenniejszy pochłaniają coraz liczniejsze u nas pisma specyalne, którym uprawnienia nie można odmówić. Czasopisma te, jak nawet i większa część tych, co wszystkie działy medycyny obejmują, dotąd u nas nie opłacają się wydawcom; a więc społeczeństwo lekarskie polskie wydaje nieproduktywnie nie mało grosza na podtrzymanie deficytów tych wydawnictw. Gdyby jeszcze emulacya czasopism z sobą podnosiła poziom naukowej wartości pracy lekarskiej, ale i tego nie możemy powiedzieć, jeśli się rozpatrzymy w czasopiśmiennictwie polskiem.

W Warszawie n. p. jest stanowczo czasopism lekarskich dosyć. Każdy zakus pomnożenia ilości ich tamże byłby na razie wielkim błędem. Do naszego pisma stosować tej miary jednak nie możemy, bo jest ono jedynem pod zaborem pruskim czasopismem, jedynym objawem życia naukowego polskich lekarzy w tym zaborze. Nie przypuszczamy więc, by ktokolwiek z lekarzy polskich pragnął upadku „Nowin lekarskich“, którym uznanie i przychylność coraz jawniej okazują koledzy zakordonowi. Z tego też powodu sądzimy, że nikt nas nie posądzi, żebyśmy mówili *pro domo sua,* przestrzegając przed projektami założenia nowego czasopisma lekarskiego. Zresztą nie pierwsi tę sprawę poruszamy. Poruszył już ją „Przegląd lekarski“, a także „Gazeta lekarska“ i warszawska „Medycyna“, biorąc asumpt z narzekań Niemców na nadmierną liczbę niemieckich czasopism lekarskich, w których się rozpatrzeć przechodzi możność jednego człowieka. My najzupełniej się godzimy na zapatrywanie czasopism powyżej wymienionych, że w interesie prasy lekarskiej polskiej leży przedewszystkiem podniesienie jej jakości, a nie jej ilościowe pomnożenie, ani też większe jeszcze rozpraszanie piśmienniczych sił. W każdym razie chwilę obecną uważalibyśmy za najnieodpowiedniejszą do takich zabiegów konkurencyi na polu piśmiennictwa lekarskiego“.

Tak brzmi przestroga miesięcznika wielkopolskiego.

Jeśli dziennikarstwo wyraża istotnie myśl ogółu, a przynajmniej jego większości, to polska prasa lekarska trzech zaborów nie dwuznacznie oświadczyła, że mnożenie polskich czasopism lekarskich w obecnej chwili uważa wprost za szkodliwe, gdyż nie odpowiada ono ani stopie naszej wytwórczości naukowej, ani wydolności finansowej, ani też zapałowi ogółu do czytelnictwa. Pojmujemy to wszyscy, że naród podzielony na trzy połacie i zmuszony żyć w niejednakich warunkach bytu ma wielką trudność zoryentowania się w tych sprawach, które, jak n. p. wydawnicze, obejmują cały ogół; nic więc dziwnego, że z poziomu jakiegoś zakątka kraju ma się za zasługę to, co z wyżyny, obejmującej cały horyzont naszych potrzeb duchowych, okazuje się zbędne, lub nawet szkodliwe: ze szczytu tej wyżyny powinniśmy dojrzeć, że niektóre dzielnice naszego kraju nie posiadają zorganizowanej pracy naukowej, nie mają warsztatów, na których się tka przędza wiedzy: piśmiennictwo, jakie pomimo wszystkiego tam istnieje, trwa jedynie dzięki wysiłkom dzielnych ludzi; naruszyć równowagę w tym dzisiejszym stanie posiadania, to znaczy więcej niż upadek jednego czasopisma, to silna depresya na całym obszarze tej bezprzykładnej walki ducha o byt i jego prawa. Wierzymy święcie, że stan lekarski polski posiada tyle subtelnego poczucia potrzeb ogólnonarodowych, że potrafi pohamować zamiary partykularne do nadejścia pomyślniejszych warunków dla nauki polskiej.

* W dalszym ciągu wyżej przytoczonego oświadczenia „Nowin lekarskich“ czytamy; „Za to popieralibyśmy najmocniej całkiem inny projekt, okazania pewnej solidarności między kolegami polskimi. Widząc, że setki kolegów naszych, powołanych na Wschód Azyi, pozostawić musiało w domu żony i dzieci, które głód cierpieć będą, bo pomoc im udzielana jest bardzo małą, odzywamy się do czytelników naszych, mianowicie do tych, co nie mieszkają za kordonem rosyjskim, bo ci niezawodnie patrząc na tę potrzebę z blizka, pojęli ją oddawna i jej zaradzić się starają, a więc do kolegów w zaborze pruskim i austryackim, by i oni się przyczynili do złagodzenia najniezbędniejszych potrzeb rodzin tych, co na plac boju pójść musieli, hojnemi składkami z okazyi zbliżającej się „Gwiazdki“, życząc zarazem pozostałym żonom i osieroconym dzieciom, aby ich jutro było jaśniejsze, a nie jak dziś — szare. Takim damy najlepszy dowód, że nas obchodzi los naszych kolegów, którzy zaiste nie wesołe święta spędzą na dalekim Wschodzie. W tej myśli i w tym celu otwieramy składki“.

Szlachetne to wezwanie, poparte już znaczną kwotą złożonej ofiary, odezwie się serdecznem echem śród lekarzy polskich. Bylibyśmy bardzo wdzięczni redakcyom polskich pism lekarskich, wychodzących w Królestwie, gdyby zechciały przedmiotowo przedstawić istotny stan poruszonej sprawy i podały drogi, któremi tego rodzaju działalność dałaby się urzeczywistnić.

* Na żądanie Rady szkolnej uchwalił zarząd gminny m. Buczacza zaprowadzić urząd lekarza szkolnego, do którego obowiązków ma należeć czuwanie nad higieną sal szkolnych i badanie co dwa tygodnie dzieci szkolnych. W tymże Buczaczu w niedługim już czasie założony będzie „park Dr. Jordana“. Gmina użyczyła bezpłatnie na ten cel 10 morgów gruntu.

* Donoszą nam z Petersburga: „Towarzystwo lekarskie polskie, stanowiące wydział Towarz. Dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu, odbędzie w niedzielę d. 19 grudnia (st. st.) o godzinie 8 wieczorem uroczyste posiedzenie nadzwyczajne w celu uczczenia 35-letniej społeczno-lekarskiej działalności swego prezesa Dr. Mikołaja Strawińskiego Jubilat przewodniczy Towarzystwu od chwili jego założenia“.

Czcigodnemu Jubilatowi, pod którego kierownictwem dzieło miłosierdzia trwa i rozwija się z takiem pożytkiem, przesyłamy szczere i głębokie życzenia coraz bogatszych plonów na niwie społecznej i naukowej, którą uprawia z taką wytrwałością i szlachetnym zapałem.

* Krakowskie ochotnicze Towarzystwo ratunkowe rozpisało konkurs na posadę lekarza-instruktora. Pierwszeństwo w osiągnięciu tej posady będą mieli ci pp. lekarze, którzy się wykażą dłuższą praktyką chirurgiczną. Bliższych informacyi udzieli prezes Towarzystwa (prof. Wicherkiewicz). Termin wnoszenia podań upływa z d. 15 stycznia 1905 roku.

* Pierwszy międzynarodowy Kongres w sprawie wypadków u robotników odbędzie się w Leodyum w m. czerwcu 1905 r.

* Między 27—XI a 6—XII doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: dobromilskim, kałuskim (po 1 gminie), kamioneckim (2 gm.), kołomyjskim, lwowskim, mieleckim, niskim, przemyskim, stryjskim, tarnopolskim, trembowelskim (po 1 gm.); w mieście Lwowie 1 przypadek.

Mianowania i odznaczenia. Prozektor Eggeling mian. został profesorem anatomii w Jenie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Stanisław Benklewski, l. 56, zmarł na Kaukazie. Dr. Ludwig Wolberg ordynator oddziału pedyatrycznego w szpitalu żydowskim, urodzony w r. 1857, zmarł w Warszawie. Należał do płodnych i z pożytkiem czytywanych pisarzy; przed kilku laty wydał dziełko p. t. „Psychologia dziecka“. Dr. Eug. Patek lekarz powiatu stopnickiego zmarł, licząc lat 50. Dr. Wład. Sipniewski, l. 65, zmarł w Wierzbołowie. Dr. Romuald Kamocki, lekarz wojskowy, zmarł w 33 r. życia. Dr. Aleksander Bobrow, prof. chirurgii, lat 54, zmarł w Alupce (Krym). Dr. Mikołaj Sklifosowski, prof. chirurgii, lat 68, zmarł w Jakowcach (gub. Półtawska).

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr. 50. Pawiński: Napięcie tętnicze w okresie przekwitowym u kobiet. Świątecki: Rad i jego promienie (c. d.). Malinowski: O leczeniu płonicy surowicą przeciwpłoniczą wyrobu pracowni Dr. Palmirskiego (dok.).

— *Medycyna* Nr. 50. Rzętkowski: Nowa metoda utrwalania preparatów krwi, cytologicznych i t. d. Heiman: Wskazania do otworzenia wyrostka sutkowego w ostrem zapaleniu ropnem ucha środkowego (dok.).

— *Głos lekarzy* Nr. 24 zawiera: Wpływ wojny rosyjsko-japońskiej na stosunki zawodowe lekarzy. — Nasze Izby lekarskie (c. d.). — Położenie lekarzy rządowych przy władzach politycznych w roku 1904 (c. d.). — Akcya Izb lekarskich w sprawie specyfików. — Pokłosie z prasy lekarskiej. — Odcinek.

— *Nowiny lekarskie* Z. 12. Halpern: O stosowaniu dyety małosolnej w przebiegu zapalenia nerek.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 12. Hercog: Protheze iza resekcije čelusti. Dežman: Aetiologija, prophylaksa i therapia tuberkuloze prema današnjem stanju znanosti (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 50. Burian: Připad současné thrombosy venae magnae Galeni a venae cavae inferioris a levé veny renálni. Heveroch: O transitornim deliriu v traumatické neurose (dok.). Müller: Dva připady maligniho chorionepithelionu (c. d.). Slavik: O aktinotherapii (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 98. Poirier. Narząd surowiczo-tłuszczowy serca. Nattan-Larrier: Zapobieganie durzycy zapomocą szczepionki Wrighta. Martinet: Czy istnieje cukrzyca małżeństwa?

— Nr. 99. Desnos: Wskazania do prostatektomii. Labbé: Postęp szczepienia.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 50. Leo: O leczeniu cukrzycy i wstrzymaniu jej przebiegu. Petruschky: Czy można uzyskać „wewnętrzne odkażenie“ zapomocą „griseryny“? Lewin: Przewlekłe zatrucie oka ołowiem. Sommerfeld i Roeder: O fizycznem zachowaniu się płynów w ludzkim żołądku.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 50. Berndt: Obliczanie leukocytów a wczesna operacya zapalenia jelita ślepego. Federmann: Co warte badanie leukocytów we wczesnym okresie zapalenia wyrostka robaczkowego? König: O przepuszczającem torbielowatem rozszerzeniu zakończeń moczowodów. Schanz: Leczenie kostnego stężenia stawu łokciowego. Besold: Klimat a gruźlica płuc. Platter: Przypadek osobliwego wydzielania potu. Weinberg: Nowy dermatologiczny uniwersalny ciepłomierz. Jesionek: Przyczynek do nauki o dziedziczeniu kiły (dok.). Calmann: Zapobieganie pozostawianiu kompresów w jamie brzusznej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 50. Sorgo: Różnice w tętnie sprychowem wywołane ustawieniem ramienia przy procesach kurczenia się w klatce piersiowej. Fink: Przyczynek do metod badania wątroby i woreczka żółciowego w kamicy żółciowej. Ranzi: Przypadek ciała obcego w żołądku, złożonego z włosów. Fröhlich: Doszczętna operacya guzów gruźliczych w okolicy jelita ślepego. Nicolich: O rozmaitych klinicznych postaciach przerostu gruczołu krokowego i o ich leczeniu.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 51. Düring: Kiłowe schorzenie narządu krążenia. Hoffmann: Etyologia i patogeneza rumienia węzłowatego. Engelken: Przyrząd dla bezpiecznego usypiania oddychających ścieśnionem powietrzem. Ahlfeld: Mydło krezolowe czy też lyzol? Baisch: Nieodzowność dziurawienia żyjącego płodu. Fickler: Przyczynek do twardzieli rzekomej. Engel: Kazuistyczny przyczynek tętniącej wypociny opłucnowej i stłuszczonej wypociny opłucnowej.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 50 (od 11/XII do 17/XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 31, dziew. 35; nieżywo: chł. 1, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 15, kob. 12; zamiejscowych: męż. 13, kob. 10.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 1, ob. 4. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. 2. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. 5. 21) nowotwory: miej. 4, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 6, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 27, obcych 23.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIII. Kraków 31 Grudnia 1904. Nr. 53.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Zastosowanie terapii inhalacyjnej w leczeniu suchot płucnych.

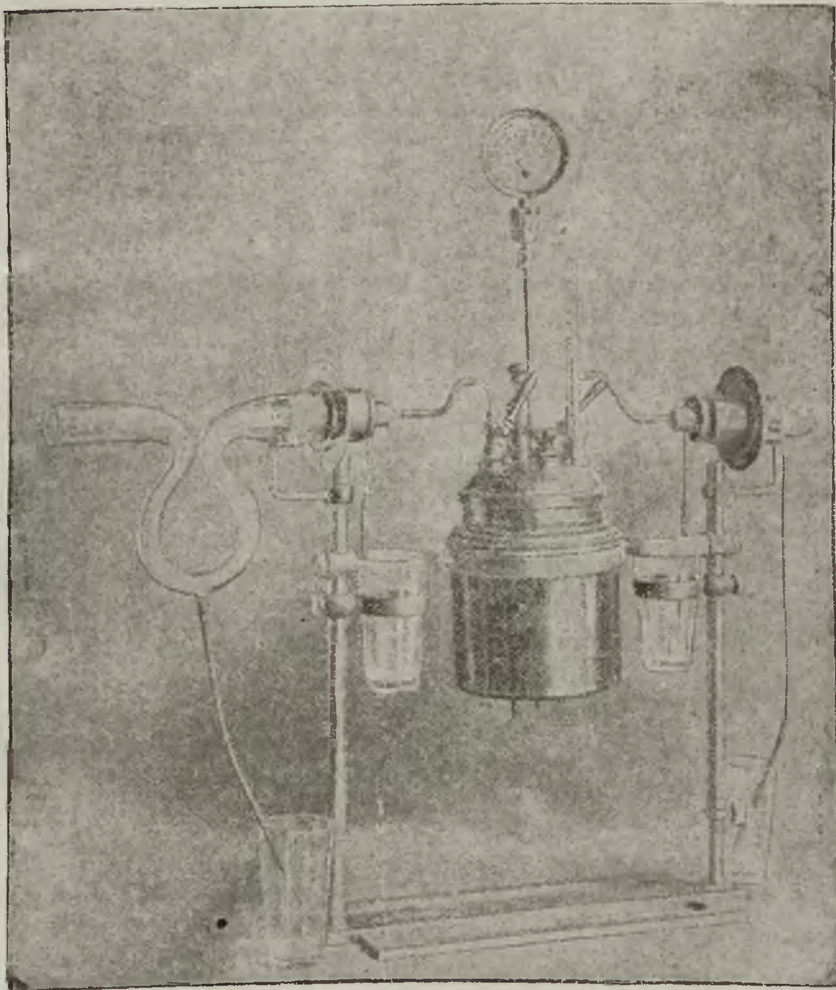
Podał

Dr. T. Heryng.

O wartości metody inhalacyjnej w leczeniu suchot płucnych zdania do dziś dnia są podzielone. Niektórzy lekarze, między innymi Rudolph, obawiają się wziewań o ciepłocie wyższej nad 40° C, sądzą bowiem, że mogą one wywołać krwotoki płucne lub przyśpieszyć rozpad ognisk zserowaciałych. Wychodzą oni z zasady, że każdy narząd chory wymaga spokoju, że zatem głębsze wdychania mogą ułatwić przez aspiracyę przedostanie się produktów obfitych w drobnoustroje do głębszych części płuc. Z tego powodu bardzo wielu chorym zalecany jest zupełny spokój (*Liegekur*) i powstrzymanie się od wszelkiego ruchu fizycznego. Pogląd ten ma niezawodnie swe uzasadnienie w przypadkach gorączki, osłabienia serca lub łatwo występującej duszności; nie da się jednak zastosować do wszystkich przypadków, gdyż grzeszyłby jednostronnością. Naturalnie, że tego rodzaju zapatrywania musiały wywołać silną opozycyę. Przeciwnicy tej teoryi opierają się na następujących wywodach:

Suchoty płuc są sprawą, w której mamy do czynienia z zakażeniem dwojakiej natury: gruźliczem i ropnem. Nie ulega wątpliwości, że to ostatnie właśnie jest przyczyną szybkiego rozpadu i że toksyny drobnoustrojów, wywołujących ropienie, zakażając ustrój, są przyczyną tak zwanej trawiącej gorączki (*hexis*). One to w ścisłem tego słowa znaczeniu wywołują drobnoogniskowe zapalenia z następnym rozpadem i przyśpieszają zgon chorego.

Faktem jest niezaprzeczonym, że drobnoustroje ropne potrzebują do swego rozwoju zaledwie tyle godzin, ile laseczniki gruźlicze dni. Wiemy również, że wysokie stopnie gorączki są następstwem toksyn gronkowców i ziarenkowców ropnych i że te ostatnie zostają wchłonięte do krwi. Ponieważ plwocina suchotników zawiera te tak szkodliwe dla ustroju drobnoustroje, jasną jest rzeczą, że wszelkie środki i metody, ułatwiające choremu wyrzucenie tej zakaźnej plwociny, są rzeczą wielkiej wagi. Płuco, w którem wydzielina zalega oskrzela, jest niedostępne dla powietrza; powtóre plwocina wywołuje napady męczącego kaszlu, który wyczerpuje siły chorych i pozbawia ich snu. Zarzut, robiony terapii inhalacyjnej, że środki lekarskie rozpylone nie są w stanie wpłynąć dodatnio na miejsca, zajęte sprawą gruźliczą, raz z powodu zatkania oskrzeli, powtóre z powodu zbyt małej ilości leku, jest jednostronny. Nie chodzi nam bowiem wyłącznie o miejsca płuca zwyrodnionego sprawą gruźliczą lub zapalną, lecz o działanie na te części płuc, które w przypadkach niezbyt daleko posuniętych nie uległy jeszcze zakażeniu, lecz pod wpływem zalegającej zakaźnej plwociny zagrożone są zakażeniem. Wynika stąd, że terapia inhalacyjna ma swe wskazania, oparte na 1) potrzebie uwolnienia płuca od patologicznej jego wydzieliny, 2) na zniesieniu lub zmniejszeniu dopływu krwi zapomocą ciepłej pary wodnej, 3) na wzmocnieniu osłabionej muskulatury klatki piersiowej zapomocą głębszych wdechów, 4) na wprowadzeniu bezpośrednio do obiegu krwi środków przeciwgnilnych bądź w formie leków rozpylonych, bądź gazowych, działających na toksyny, krążące w niej i podtrzymujące gorączkę.



Przyrząd do wziewań pomysłu Dr. T. Heryng a, demonstrowany przez niego na posiedzeniu Tow. lek. krak. dnia 16/XI 1904 r.

Wziewania są przeciwwskazane: w ostrem zapaleniu opłucnej lub przy zrostach opłucnej, które wywołują ból przy głębszem oddychaniu; w duszności; przy silnem osłabieniu ogólnem; w stanach hektycznych; w skłonnościach do krwotoków płucnych; w osłabieniu funkcyi serca lub przy napadach kaszlu, występujących przy każdem głębszem wdychaniu.

Pomimo całego uznania dla wartości metody higieniczno-dyetetycznej i terapii klimatycznej, pomimo zupełnego przeświadczenia o pożytku sanatoryów, w których chorzy uczą się, w jaki sposób zachowywać się powinni i co im szkodzi, a co pożytek przynosi, nie wątpiąc ani na chwilę, jak to już wielokrotnie w pracach moich o leczeniu chirurgicznem suchot krtaniowych wypowiedziałem, że bez poprawy odżywienia, bez wzmocnienia sił chorego istotnego pożytku uzyskać nie można, muszę stanowczo położyć nacisk na potrzebę stosowania w sanatoryach terapii miejscowej narządów oddychania, do której zaliczam odpowiednio wykonane wdychania leków antyseptycznych o ciepłocie, dającej się zastosować do danego przypadku, bądź gazowych, bądź rozpylonych. Można również stosować wstrzykiwania pewnych leków do dróg oddechowych przy pomocy odpowiedniej strzykawki. Opierając się na wykazanej własnemi doświadczeniami nadzwyczajnej tolerancyi płuca ludzkiego dla płynów leczniczych, ogrzanych powyżej 38° C, robiłem w ostatnich czasach u chorych silnie gorączkujących wstrzykiwania roztworu piramidonu do tchawicy w celu obniżenia ich ciepłoty. Przekonałem się, że u pacyentów, u których 0,5 piramidonu wewnętrznie wywołało spadek ciepłoty z 39° na 38° C i to spadek, trwający nie dłużej, jak 6 godzin, — 0,1 piramidonu (rozcieńczony w 10 cnt. sz. wody jałowej, ogrzanej do 38° C), sprowadzał już po upływie godziny obniżenie ciepłoty o 1,5° C, trwające 16—18 godzin. Przy wykonaniu tych wstrzykiwań należy koniec kaniuli ustawić pod strunami głosowemi i wpuszczać płyn powoli po przedniej ścianie tchawicy. Wstrzykiwania takie, robione wprawną ręką (na co kładę pewien nacisk), są przez chorych i bez kokainy dobrze znoszone, nie wywołują ani kaszlu, ani podrażnienia płuc.

Dalsze wyniki tej metody, mającej swe wskazania i przeciwwskazania, omówię obszerniej w pracy, którą w innem miejscu ogłosić zamierzam.

II. O morfinizmie przewlekłym.

Podał

Dr. Jakób Bronisław Sokal (Lwów).

Morfinizmem nazywamy zbiór objawów fizycznych i psychicznych, występujących w następstwie przewlekłego zatrucia morfiną. Między objawami psychicznymi najwybitniejsze miejsce zajmuje łaknienie morfiny.

Pojawienie się morfinizmu datuje się od r. 1864, t. j. od chwili zastosowania metody podskórnych wstrzykiwań leków. Początkowo notowano tylko pojedyncze przypadki, później jednakże, zwłaszcza nadużycie wstrzykiwań morfiny podczas wojny 1870 i 1871 r. dało powód do rozszerzenia się tej choroby. Morfinizm przewlekły opisał pierwszy Fiedler w r. 1884. Przyczynę morfinizmu należy odnieść do tych stanów chorobowych i cierpień ciała i ducha (bezsenność, rwa nerwowa, napady bólu w początkującym wiądzie rdzenia, kolka żółciowa i nerwowa), w których stosujemy wstrzykiwania morfiny. Do przyczyn zaś psychicznych zaliczamy: smutek, troski rodzinne i zawodowe i t. d.

Nie każdy chory jednakże, któremu morfinę wstrzykujemy, staje się morfinistą: do tego trzeba mieć pewne usposobienie, w czem główną rolę odgrywa brak woli. Ludzie niestałego charakteru zwykle skłonni są do alkoholizmu, do gry hazardowej i do wszelkiej ekstrawagancyi, a zależnie od okoliczności stają się morfinistami albo alkoholikami. Usposobienie zdradza się tem, że podczas gdy u ludzi prawidłowych pierwsze wstrzyknięcie 0·01 morfiny wywołuje nudności i sen, a po zbudzeniu się uczucie nieprzyjemne, to u ludzi usposobionych występują objawy rzeźwości (euforyi). Chory usposobiony bowiem po wstrzyknięciu morfiny znajduje się w półśnie, zdala od trosk świata, a następnie doświadcza przyjemnych uczuć i marzeń. Widzimy tu stan analogiczny do występującego w pierwszym okresie działania alkoholu.

Przytoczę przypadek z praktyki prywatnej, który dosadnie ilustruje rozwój i przebieg choroby: *I. H.*, kupiec ze Lwowa, liczący lat 40, czuł się do roku 1898 zupełnie zdrowym. W marcu 1898 r. doznał bólu w okolicy nerki lewej. Po dokładnem zbadaniu rozpoznano ropień w nerce lewej. Polecono choremu poddać się operacyi, na którą on jednakże zgodzić się nie chciał i dziwnym a szczęśliwym trafem bez operacyi się wyleczył, ale stał się morfinistą. Bole bowiem dały powód do wstrzykiwań morfiny, która nietylko uśmierzała mu ból i dawała sen, ale wywoływała, jako u usposobionego, objawy rzeźwości. Początkowo lekarz stosował często sam wstrzykiwania, lecz nareszcie oddał strzykawkę do rąk chorego. Bole dzięki szczęśliwemu przebiegowi choroby nerkowej ustąpiły; ponieważ jednak *I. H* nie jest człowiekiem prawidłowym, przeto odebranie od niego strzykawki było wprost niemożliwem. Wstrzykiwał on z dniem każdym coraz więcej i częściej, a to nie dlatego, jakoby morfina potrzebna była do usunięcia bólu i wywołania snu i t. d., lecz dla samego uczucia rzeźwości. Znałem jednakże i takich morfinistów, u których morfina nie wywołuje uczucia rzeźwości, jednakże wstrzykiwali ją dlatego, że, jak powiadali, „bez morfiny doświadczają uczucia kończącego się życia", że „brak im tchu" i zresztą, że „samo drażnienie strzykawką ich uspakaja" i „wstrzykują tylko z powodu obawy przed objawami wstrzymania się od morfiny". Dawka więc z dniem każdym u morfinisty wzrasta: w przypadku wyżej opisanym, pacyent w ciągu roku doprowadził do tego, że wstrzykiwał dziennie po 4 gr. morfiny. Morfinizm występuje szczególnie u lekarzy i wogóle u ludzi, którzy mają z medycyną coś wspólnego, np. u studentów medycyny, żon lekarzy, u aptekarzy i dozorców chorych. W drugim rzędzie chorobą tą często bywają nawiedzeni oficerowie.

Co się tyczy zmian patologicznych, to zwykle stwierdzamy ropne nacieki i ropnie w tkance podskórnej, które powstają wskutek nieczystych pod względem jałowości wstrzykiwań. Widziałem przypadki, w których igły pozostały w skórze; w innym przypadku pacyent z braku strzykawki Prawatza użył strzykawki, używanej w tym samym czasie do leczenia rzeżączki. Na skórze widzimy także zgrubienia i ciemne złogi barwika.

Do zwykłych objawów morfinizmu należy ścieśnienie źrenicy: jednakże widziałem przypadki, w których przy dawkach kilkugramowych dziennie objawu tego nie było. Dalszymi objawami są: bezład (*ataxia*), drżączka, zmniejszony ruch robaczkowy jelit, u mężczyzn niezdolność do spółkowania i brak wzwodu prącia, a u kobiet ustanie miesiączki i bezpłodność. Noworodki, zrodzone z matek morfinistek, muszą przebyć w pierwszych dniach życia proces odzwyczajenia od morfiny, przyczem występuje często zapad, a wtenczas wskazane jest wstrzyknięcie morfiny. U morfinistów zwykle spostrzega się brak łaknienia, chociaż czasem

jest ono wzmożone; stolec zwykle zaparty, odżywienie podupadłe. Jeżeli wstrzykujemy morfinę do żyły, wtenczas występuje zwiększenie liczby tętna, nawały krwi do głowy i do płuc i występuje duszność.

Co się tyczy objawów psychicznych, to spostrzegano omamy wzrokowe i napady półsenności. Morfinista podupada moralnie, fałszuje recepty, okłamuje lekarza i staje się lekkomyślnym. Omamy wzrokowe i myśli prześladowcze zwykle występują z powodu kokainizmu, któremu morfiniści zwykle podpadają; jeden z morfinistów opowiadał mi, że „go prześladują“, że „knują spisek przeciw niemu“, że „chcą go oddać do domu obłąkanych“ i t. d.

Ponieważ morfina wydziela się w żołądku, z tego powodu występuje u morfinistów nieżyt żołądka. Tak jak przewlekłe używanie alkoholu, tak i morfina wywołuje obniżenie energii woli.

Rozpoznanie jest łatwe, ponieważ morfinista sam się przyznaje, a oprócz tego zdradzają go liczne blizny na skórze. Napewne rozpoznać możemy morfinizm po objawach powstrzymania się, które występują wtenczas, kiedy morfinista przez 48 godzin morfiny nie dostał. Możemy także mocz morfinisty w stanie zagęszczonym wstrzyknąć zwierzętom, poczem zwykle występują u nich objawy ostrego zatrucia morfiną.

Rokowanie w morfinizmie nieleczonym jest wogóle złe. Morfinista po długiem używaniu morfiny prędzej albo później umiera z powodu zaniku sił. U jednej części morfinistów występują choroby umysłowe, inni znowu kończą samobójstwem. Odzwyczajenie zaś jest łatwe i w nowszych czasach pewne.

Leczenie. W okresie odzwyczajania występują tak zwane objawy powściągliwości (*abstinentia*). Są one zależne w pierwszym rzędzie od długości czasu, podczas którego morfina była nadużywaną, oraz od wielkości dawki. Morfinista, który przez 10 lat używał 0·1 morfiny, doznaje większych i cięższych objawów, niż taki, który tylko przez jeden rok jej używa, chociaż dawka była 10 razy większą. Objawy powściągliwości zależne są także od metody odzwyczajania, bo bywają takie przypadki, w których objawy powściągliwości mimo kilkuletniego używania morfiny i w bardzo wielkich dawkach, nie występują. Objawy zależne są także od tego, czy jest to pierwsza próba odzwyczajania, czy powtórna. Przy powtarzających się próbach objawy bywają większe. Objawy powściągliwości zależne są od stanu ogólnego, od stanu serca i nastroju psychicznego, oraz od przyczyny, która skłoniła chorego do morfinizmu. Objawy powściągliwości podzielić można na lekkie i ciężkie. Lekkie występują na początku odzwyczajania, ciężkie — w ostatnich dniach. Dalej podzielić można objawy na cielesne i psychiczne: do pierwszych należą: ziewanie, kichanie, łzawienie, wzmożona wydzielina z nosa i oskrzeli, chrypka, źrenice zaczynają się rozszerzać, tętno zdradza objawy niedomogi (*paresis*) naczyń, kończyny zimne, głowa gorąca, skóra wilgotna, bole głowy, bole nerwowe, szczególnie w łydkach, bole żołądkowe, rozwolnienie, u kobiet wraca miesiączka, a u mężczyzn pojawiają się wzwody prącia i pomazania nocne. Dalej występuje drżączka, chód bezładny (ataktyczny). Szczególną uwagę należy zwracać na serce, gdyż często następuje porażenie tego narządu. Do objawów psychicznych zaliczamy: niepokój, rozdrażnienie, chory biega po pokoju, płacze, staje się niecierpliwym, narzeka. Rady i upomnienia lekarza pozostają bez skutku. Chory żąda tylko jednego, mianowicie morfiny, a jeżeli mu się jej nie daje, występuje z groźbami. Żadne perswazye nie pomagają i lekarz zmuszony jest dać choremu morfiny. Czasem podczas powściągliwości występują psychozy.

Fizyologiczne objaśnienie objawów powściągliwości polega na tem, że przez odjęcie morfiny pozbawia się ustrój środka podniecającego. W przewlekłem zatruciu morfiną zamienia się w oksydimorfinę, a objawy powściągliwości mają powstawać od zatrucia oksydimorfiną. Objawy zatrucia występują wtenczas, kiedy działanie morfiny ustępuje. Morfina ma więc być odtrutką dla oksydimorfiny. Stąd wynika, że dla zwalczania objawów powściągliwości obok morfiny mogą być uważane tylko takie substancye, które tak działają, jak morfina, a nigdy jej odtrutki. Hitzig tłómaczy naturę objawów powściągliwości analogią nieżytu żołądka na tle sokotoku. Ponieważ część wstrzykniętej morfiny wydziela się w żołądku, doprowadziło go to do wniosku, że morfina, wydzielona w żołądku, znieczula nerwy wydzielnicze i wywołuje w następstwie brak kwasoty, a po ustaniu doprowadzadzania morfiny występuje stan odwrotny, t. j. nadmierna kwasota od zbytniej obfitości kwasu solnego w żołądku, a następnie objawy powściągliwości. Płókanie żołądka solą karlsbadzką usuwa nietylko objawy żołądkowe, ale prawie wszystkie objawy powściągliwości.

Ogólne zasady odzwyczajania. Niektóre choroby uniemożliwiają odzwyczajenie. Do nich należą: choroby przebiegające z gorączką, zapalenie opłucnej i płuc, przy których zwyczajna dawka morfiny nie powinna być obniżoną. Niektórzy chorzy bez morfiny istnieć nie mogą. Do tych należą chorzy, cierpiący na choroby nieuleczalne, u których morfina jest wskazaną dla uśmierzenia bolu i sprowadzenia snu, — oraz tacy, którzy przez długie lata (20 lat i więcej) przyzwyczaili się do morfiny tak, że morfina stała się dla nich niezbędnym środkiem skrzepiającym, szczególnie dla serca.

Metody odzwyczajania. *a*) Powolne odzwyczajenie jest metodą najdawniejszą i polega na tem, że codziennie zmniejszamy dawką, zależnie od objawów powściągliwości.

b) Nagłe odjęcie polega na tem, że choremu na raz odbieramy morfinę. Tu występują niebezpieczne objawy powściągliwości. Czasem wybucha obłęd szałowy, albo jak u pijaków — z cechami obłędu opilczego, wreszcie czasem występuje ogólny zapad.

c) Odejmowanie szybkie, lecz nie nagłe, wedle Erlenmajera, trwa od 4 do 10 dni. Małe dawki (do 0,5) bywają odjęte w ciągu 3 do 6 dni; większe zaś w 10 dniach. Tu nigdy nie występuje zapad, jednakże objawy powściągliwości mogą być wielkie. Ważną zasadą przy stosowaniu tej metody jest pozostawienie chorego w tak zwanej równowadze morfinowej. Niektórzy morfiniści bowiem nie wstrzykują morfiny tyle, ile potrzebują, czasem mniej, czasem więcej; jednakże zawsze więcej, aniżeli do zachowania energii potrzebują. Niektórzy morfiniści podają, że używają większej dawki, aniżeli faktycznie potrzebują, aby odzwyczajenie przedłużyć. Chcąc otrzymać tak zwaną przez Erlenmajera równowagę morfinową, dajemy choremu pewną dawkę rozczynu 2% morfiny, a następną dawkę wtenczas, kiedy występują lekkie objawy powściągliwości. W 2 do 3 dniach dawka może być ustalona. Lekarz powinien się starać, ażeby chory nie oszukiwał go, musi więc leczenie przeprowadzić w takich stosunkach, aby chory nie mógł dostać morfiny po za wiedzą lekarza. Chory pozostaje w łóżku, ciepłota pokoju nie ma przekraczać 18° C. Dawkę dzienną należy podzielić na 3 do 4 części, a z tych nocną trzeba zostosować między godziną 10 a 11, w celu wywołania dobrego snu. Po każdem wstrzyknięciu chory powinien posilić się. Podawanie napojów wyskokowych nie jest wskazane.

d) Metoda chemiczna Hitziga polega na twierdzeniu tego badacza, że morfina w połowie wydziela się w żołądku i że objawy powściągliwości podobne są do objawów przewlekłego nieżytu żołądka. Podczas podawania morfiny mamy brak kwasoty w żołądku, a pochodzi to stąd, że narządy wydzielnicze żołądka, które w prawidłowych stosunkach wydzielają kwas solny, zostają porażone przez morfinę. Jeżeli zaś morfiny nie podajemy, powstają stany wręcz przeciwne, narządy wydzielnicze dostarczają większą ilość kwasu solnego, a ten drażni nerwy, przez co występują objawy powściągliwości. Hitzig więc radzi po śniadaniu głównem wypompować żołądek, aby treść kwaśną usunąć i prze-

płókać go roztworem soli karlsbadzkiej, aby przez zobojętnienie kwasu złagodzić działanie kwasu solnego na nerwy żołądka. Ponieważ morfiniści sprzeciwiają się przepłókiwaniu żołądka, to w takim razie można zobojętnić treść żołądkową zapomocą węglanu sodowego, albo wód alkalicznych, wypijanych obficie szklankami. Nietylko objawy żołądkowe, ale prawie wszystkie objawy powściągliwości ustępują przy takiem leczeniu.

e) Poddawanie i hipnoza nie prowadzą do celu.

f) Metoda leczenia surowicą przeciwmorfinową. W r. 1896 Gioffredi wstrzykiwał psu morfinę przez kilka miesięcy podskórnie i śródżylnie do 3 grm. dziennie. Surowica tego psa, wstrzyknięta drugiemu, uniemożliwiła ostre zatrucie, mimo że dostał on dawkę morfiny 2 razy większą od dawki śmiertelnej. W r. 1899 Gioffredi wypróbował surowicę przeciwmorfinową u kotów i doszedł do wniosku, że wytwarzanie się antytoksyn przeciwmorfinowych dzieje się w taki sposób, jak wytwarzanie się antytoksyn przeciw toksynom drobnoustrojowym. W r. 1902 Hirschlaf podjął ponownie myśl Gioffrediego, mimo kategorycznego orzeczenia Ehrlicha, że zdolności do wytwarzania toksyn nie posiada żadna z trucizn chemicznych i że zasadniczo mylnem jest wytwarzanie surowicy antytoksycznej przeciw glikozydom i alkaloidom. Hirschlaf jednakże opierał się na doświadczeniach Fausta, który wykazał, że $^3/_5$ morfiny przy ostrem zatruciu wydziela się kałem, a przy zatruciu przewlekłem ani śladu morfiny w kale wykazać nie można, gdyż z powodu przyzwyczajenia się do morfiny wytwarzają się ciała, które morfinę niszczą, a przy truciznach, do których przyzwyczajenia nie dochodzi, jaką jest n. p. kwas szczawiowy, ustrój wydziela w ostrych i przewlekłych zatruciach zawsze tę samą ilość trucizny. Hirschlaf na podstawie licznych i starannie przeprowadzonych doświadczeń nabrał przekonania, że udało mu się przez wstrzykiwanie królikom stopniowo zwiększonych dawek morfiny wytworzyć surowicę, która jest w stanie uchronić przed skutkami ostrego zatrucia i znieść objawy powściągliwości. W r. 1904 jednakże Morgenroth na podstawie licznych doświadczeń wykazał, że zapatrywania Hirschlafa są mylne i że wytwarzanie antytoksyn przy przyzwyczajeniu się do morfiny nie jest udowodnione.

g) Metody chemiczne. Najlepszą z dotychczas podanych metod okazała się metoda powolnego odzwyczajenia. Ma ona jednakże tę wadę, że codziennem używaniem strzykawki wywołujemy pragnienie jej, a wiadomą jest rzeczą, że już sama strzykawka ma pewien wpływ na morfinistów. Próbowano więc podczas odzwyczajania podawać morfinę wewnętrznie, ale nawet dawki trzy razy większe wywołują objawy powściągliwości, a przyczyna leży w tem, że brak tu jest wpływu psychicznego, mianowicie brak wstrzykiwań, a powtóre, że morfina wstrzyknięta działa prędzej i silniej. Nasza chemia wytworzyła cały szereg środków zastępczych. Niektóre z nich, jak kodeina i t. d., wchodzące w skład makowca, nie są wskazane; są one kojące, uśmierzają ból, mają wpływ poraźny na wydzielinę i wywołują uczucie rzeźkości, jednakże dłuższe użycie ich wywołuje przewlekłe zatrucie, a podczas odzwyczajania występują objawy powściągliwości. W nowszych czasach używano podczas odzwyczajania od morfiny hioscyaminy i wielkich dawek bromu, dochodzących do 30 grm. dziennie. Od 3 lat używają w Ameryce przy odzwyczajaniu środka, w którego skład wchodzi jako czynnik główny wyciąg rośliny *argemona mexicana*. Środek ten i ja obecnie stosuję z dobrym skutkiem. Zastępuje on morfinę w zupełności, używaną nawet w dawkach największych i przez długie lata. Od pierwszej chwili zażywania tego leku morfinista doznaje wstrętu do morfiny; a ponieważ lek bywa podany wewnętrznie, więc odpada także ważny czynnik, który u morfinistów odgrywa niemałą rolę, to jest strzykawka. Lek posiada wszelkie dobre własności morfiny, a brak mu jej wpływu ujemnego. Choremu, który natychmiast morfinę i strzykawkę odrzuca, przybywa na wadze, wzmaga się łaknienie, stolec staje się regularnym, a sen, który nawet po wielkich dawkach morfiny, trionalu i weronalu nie przychodził, podczas użycia tego środka trwa bez przerwy 6—8 godzin na dobę i jest naturalny. Wspomniany środek zastępczy używa się przy wyższych dawkach morfiny od 1 do 8 gramów dwa razy dziennie; przy mniejszych dawkach, 6 gramów dwa razy dziennie; dawki te zmniejszamy codziennie tak, że po miesiącu chory jest odzwyczajonym.

Piśmiennictwo: 1) Fiedler: Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med. 1874 Nr. 27, 28; Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden 1875/76; Dtsch. med. Woch. 1880. — 2) Lewinstein: Die Morphiumsucht. 3 Aufl. Berlin 1883 — 3) Burkart: Die chron. Morphiumvergiftung, Bonn 1877; Dtsch. med. Wochenschr, 1883. — 4) Marmé: Centralbl. f. klin. Med. 1883 Nr. 15; Deutsche med. Wochenschr. 1883 Nr. 14; Pharmac. Ztg. 1883 Nr. 42, 44 — 5) Erlenmeyer: Die Morphiumsucht. 3 Aufl., Neuwied. 1887; De la démorphinisation chimique, Le Progrès méd. 1896, 31. Behandlung des chron. Morphin. u. Cocainism., Handbuch der Therapie, Penzoldt u. Stinzing, II Bd. 1902. — 6) Hitzig: Berl. klin. Woch. 1892 Nr. 49. — 7) Sollier, Paul: Le traitement rapide de la morphinomanie Le Progrès méd. 1896 Janv. — 8) Wetterstrand: Die Heilung des chron. Morphin. mit Suggestion u, Hypnose. Zeitsch. f. Hypnot. 4 Bd., Hft. 1. 1896 — 9) Rodet: Morphinomanie et Morphinisme, Paris 1897. — 10) Kraft-Ebing: Morphinismus, Psychiatrie, 6 Aufl. 1897. — 11) P. Ehrlich: Schlussbetrachtungen, S. 167. c. f. Nothnagels Pathol. u. Ther. VIII, 1, Wien 1901. — 12) Faust: Ursach. der Gewöhn. an Morphin. Arch. f. exper. Pathol. 44, p. 217—238. 1900. — 13) Gioffredi: L'immunite artific. par les alcaloides Arch. ital. de biol., p. 402—407. 1897; Recherches ulter. sur l'immun. pour la morphine, Arch. ital. de biol. 31, p. 398-411. 1899. — 14) Hirschlaff: Ein Heilserum zur Bekämpfung der Morphium-Vergift. Berl. klin. Woch. 1902, Nr. 49, 50. — 15) Morgenroth: Zur Frage des Antimorphinserums, Berl. klin. Woch. 1903, Nr. 21. — 16) Baschford: Archives internat. de Pharmac. et Ther. Vol. 8. — 17) Fromme: Behandl. des Morphin. Wien. kl. Woch. 1904, Nr. 18.

* * *

III. W sprawie organizacyi sanitarnej w miastach większych.

Napisał

Dr. Leonard Bier.

(Dokończenie.)

Przechodząc do organizacyi urzędów lekarskich miast, zbliżonych pod względem liczby ludności i innych warunków do naszych miast większych, zaznaczyć pragnę na wstępie, że wybrałem dwa miasta, z których w jednem organizacya gminna zbliżona jest bardzo do obowiązującej nasze miasta stołeczne, w drugiem zaś różni się więcej. Jeżeli w pierwszem (Berno morawskie) organizacya służby zdrowia w zasadzie podobną jest do naszej, to w drugiem (Zurych) znacznie jest odmienną. Ten przykład ostatni przytoczyć uważałem za stosowne dlatego, by wskazać, że wszystkie zadania około zdrowia publicznego spełnić może miasto przez dobrze zorganizowany urząd zdrowia przy znacznej ilości dobrze wyćwiczonych urzędników i służby sanitarnej, oraz szczegółowym regulaminie, a małym udziale lekarzy w służbie wykonawczej i służącej do kontroli.

W skład berneńskiego urzędu lekarskiego wchodzi lekarz naczelny (fizyk), 12 lekarzy miejskich (obwodowych), 2 lekarzy, pełniących funkcye oglądaczy zwłok, okulista, bakteryolog, położna gminna, 2 urzędników manipulacyjnych, kierownik miejskiego zakładu desinfekcyjnego, 2 policyantów sanitarnych (*Sanitätswächter*), 2 stałych i 4 pomocniczych służących do desinfekcyi.

Rozdział tego personalu sanitarnego jest następujący: W każdym z 10 obwodów miasta (liczącego w roku 1902 112.821 mieszkańców), jeden lekarz miejski pełni funkcye,

które niżej określę bliżej. Jeden z lekarzy miejskich przydzielony jest do biura fizyka, w którem funkcye manipulacyjne pełnią wspomniani wyżej 2 oficyałowie. Jeden z tych zajęty jest wyłącznie prowadzeniem zapisków w sprawie zarządzeń, odnoszących się do tłumienia chorób zakaźnych, drugi zaś prowadzeniem kancelaryi odnośnie do zarządzeń w sprawach utrzymania warunków zdrowotnych w mieście i korespondencyą w innych sprawach sanitarnych. Funkcye nadzoru nad zarządzeniami fizykatu, wydanemi w porozumieniu z lekarzami obwodowymi, spełniają przydzieleni do biura fizykatu wspomniani wyżej sanitaryusze *(Sanitätswächter)*, — jedynie bezpośredni nadzór nad desinfekcyą oddany jest kierownikowi zakładu desinfekcyjnego, podległemu również biuru fizyka. Jeden z lekarzy miejskich pełni funkcyę okulisty i otyatry dla młodzieży szkolnej, — do niego też należy badanie budynków i sal szkolnych pod względem oświetlenia. Dla chorych ubogich, cierpiących na oczy i uszy, zabezpieczono bezpłatną opiekę lekarską w ambulatoryum, utrzymywanem przez miasto, w którem funkcye okulisty i otyatry spełnia prymaryusz szpitala powszechnego za osobnem wynagrodzeniem. Bakteryologiem miejskim (badanie regularne wody wodociągowej, rozpoznawcze błonicy i duru) jest prosektor szpitala powszechnego za wynagrodzeniem, a profesor szkoły przemysłowej wykonywa dla miasta potrzebne badania chemiczne, za które otrzymują wynagrodzenie osobne za każde badanie. Oględziny zwłok pełnią lekarze, wyłącznie do tego przeznaczeni, pobierając za to stałe wynagrodzenie. W tym celu miasto podzielone jest na część północną i południową; pobory zaś za tę czynność wpływają do kasy miejskiej z pominięciem lekarzy. Jeden z tych lekarzy ma zarazem powierzone badanie prostytutek. Z wyjątkiem prymaryusza szpitala (okulisty), prosektora (bakteryologa), oraz 4 pomocników, w miejskiej służbie desinfekcyjnej wszyscy powyżsi funkcyonaryusze urzędu zdrowia pobierają stałe wynagrodzenie z prawem do emerytury, zajmując odpowiednią rangę z pełnymi poborami w miejskim statucie urzędników i służby (lekarze z wyjątkiem fizyka VIII, IX i X, oficyałowie IX i X). Ze względu na charakter informacyjny pracy niniejszej nie będę szerzej rozwijał sposobu działalności powyższego urzędu sanitarnego; ograniczę się tylko do zaznaczenia obowiązków lekarzy miejskich, oraz sposobu postępowania tego urzędu w przypadkach chorób zakaźnych, przypuszczając, że opisem tego zakresu działania w organizacyi sanitarnej Berna będę mógł dostatecznie oświetlić wzorową organizacyę urzędu zdrowia w miastach większych.

Działalność berneńskiego urzędu zdrowia, zorganizowana w obwodach miasta, poza niektórymi obowiązkami, o ile odnosi się do tłumienia i zapobiegania chorobom, ma raczej charakter wywiadowczy, a pod względem zarządzeń jest scentralizowaną w biurze fizykatu, dokąd skierowują się wszelkie spostrzeżenia, oraz sprawozdania i wnioski co do kwestyi, mających związek ze zdrowiem ludności; wydawanie zarządzeń przez lekarzy obwodowych do stron bez pośrednictwa biura fizyka i magistratu jest bardzo ograniczone.

Do lekarzy tych należy leczenie ubogich we własnym obwodzie, wydawanie świadectw, potrzebnych do uzyskania zasiłków w instytucyach dobroczynnych i służących do innych celów; leczenie służby i robotników gminnych, nawet jeżeli mieszkają poza obrębem gminy; nadzór nad przydzielonym obwodem pod względem higienicznym i policyi zdrowia, oraz składanie sprawozdań, mających na celu usunięcie braków w kierunku zdrowotnym; udział w komisyach urzędowych, rewizyach, oraz sekcyach policyjnych własnego obwodu; współdziałanie w tłumieniu chorób zakaźnych; nadzór nad lekarzami i położnemi, praktykującemi w obwodzie, nadzór nad prywatnymi zakładami leczniczymi i łaźniami, o ile nie wykonuje go fizyk naczelny; szczepienie i rewakcynacya; opieka lekarska w teatrze miejskim i w innych zebraniach publicznych (kolejno); nadto wydawanie świadectw urzędowych w sprawach służby miejskiej. Przy spełnianiu wszystkich tych czynności, oraz innych obowiązków, które każdej chwili mogą być im nałożone bądź przez prezydenta, bądź przez Radę miasta, mają lekarze miejscy mieć zawsze na oku istniejące ustawy i rozporządzenia, a w szczególności ustawę sanitarną z roku 1870 i okólnik namiestnictwa morawskiego z roku 1882 (Dz. ust. kraj. L. 58), regulujący bardzo obszernie działalność gmin pod względem sanitarnym, określający zarazem sposób postępowania miejskich organów sanitarnych w poszczególnych zakresach gminnej administracyi sanitarnej [3]). Do obowiązków lekarzy miejskich należy nadto nadzór sanitarny nad szkołami, polegający na kontroli budynków szkolnych, zapobieganiu chorobom zakaźnym w szkołach, na nadzorze dzieci pod względem rozwoju fizycznego, chorób, wad fizycznych i czystości, oraz nadzór nad ogródkami dziecinnymi (Kindergärten) pod względem higienicznym i policyi sanitarnej; 29 ogródków dziecinnych i 28 szkół podlega kontroli lekarskiej. Ostatnim zakresem zadań w obowiązującej lekarzy obwodowych instrukcyi jest opieka nad zdrowiem młodzieży szkolnej — bardzo szczegółowo opracowana. Kto miał sposobność przyjrzeć się i bliżej studyować tabele graficzne i wykazy, przedstawiające działalność w tym kierunku lekarzy szkolnych, które znajdowały się na tegorocznej wystawie międzynarodowego Zjazdu dla higieny szkolnej w Norymberdze, i przejrzeć sprawozdania z zakresu higieny szkolnej, opracowane przez organizatora, a zarazem kierownika miejskiej służby zdrowia, naczelnego lekarza Dra Jana Igla, mógł się przekonać, jak wiele pracy i zamiłowania poświęca się w Bernie temu zakresowi działalności miejskiej służby zdrowia. W ogłoszonym projekcie regulaminu dla lekarzy szkolnych m. Krakowa [4]), opracowanym wspólnie z rektorem p. prof. Cybulskim, miałem już sposobność przedstawić zakres pracy lekarzy szkolnych wraz z wzorową organizacyą ich działalności; czuję się przeto obecnie zwolnionym od powtórzenia tego na tem miejscu; nadmienić jednak pragnę, że w obowiązkach berneńskich lekarzy miejskich odnośnie do szkół nietylko niewiele można znaleźć ograniczenia w porównaniu z naszym regulaminem, ale raczej rozszerzenie obowiązków co do niektórych działów (szczególnie co do badania budynku szkolnego).

Pragnę zwrócić uwagę na jeden zakres działalności

---

[3]) Zaznaczyć należy, że nietylko Sejm morawski był drugim w Austryi, który wprowadził u siebie najpierw ustawę o organizacyi służby zdrowia w gminach, ale że morawskie namiestnictwo i wydział krajowy były pierwszymi ze wszystkich w Austryi, które jeszcze przed ustawową organizacyą służby sanitarnej w gminach dążyły drogą obszernego okólnika do ujęcia możliwie wzorowego gminnej administracyi sanitarnej.

[4]) „Przegląd higieniczny“. Lwów, 1904.

miejskiego urzędu zdrowia w Bernie morawskiem, mianowicie na sposób postępowania przy tłumieniu i zapobieganiu chorobom zakaźnym. Obowiązek donoszenia o chorobach zakaźnych, obłożony w razie zaniedbania dotkliwemi karami, wykonywany bywa przez lekarzy praktykujących nader starannie. Już z przesłanego (pocztą) doniesienia, w którego formularzu umieszczonych jest wiele pytań, pozostających w związku z profilaktyką, dowiaduje się biuro sanitarne wielu szczegółów, ważnych dla zarządzenia następowego. Jeżeli doniesienie o chorobie nastąpiło przez nielekarza, stwierdza je delegowany w krótkiej drodze (telefonicznie) lekarz odpowiedniego obwodu, zobowiązany na podstawie bardzo obszernego formularza do wywiedzenia się i odpowiedzi na bardzo wiele ważnych pytań, tyczących się źródła i profilaktyki choroby, oraz do postawienia wniosków w celu zapobieżenia rozszerzaniu się choroby. W razie doniesienia o chorobie zakaźnej przez lekarza udaje się sanitaryusz miejski na miejsce z pisemnem poleceniem fizyka, zasięga wiadomości o ważnych szczegółach w celu zapobieżenia rozszerzeniu się choroby, według przepisanego formularza, zanosi do kamienicy, w której zaszedł przypadek choroby zakaźnej, zawiadomienie fizyka o rodzaju choroby; zawiadomienie to obowiązane są podpisać wszystkie partye, mieszkające w tym domu. — Berno posiada własny szpital dla chorych zakaźnych, urządzony ze znacznym nakładem pieniężnym, w którym leczy się przeszło 90% miejskich chorych na cierpienia zakaźne. Świadczy to, jak dalece rozwinięte są humanitarne urządzenia miejskie, tak szpitalne, jak i służące do przewożenia chorych, że nawet przy unikaniu przymusu przewożenia udaje się lekarzom miejskim i praktycznym nakłonić ich do szukania opieki w chorobie po za domem. Fakt ten nie jest bez znaczenia dla ułatwienia dalszego postępowania i kontroli miejskiego urzędu zdrowia. — W razie wybuchu choroby zakaźnej u dziecka, uczęszczającego do szkoły, biuro fizyka zawiadamia o tem szkołę z zaznaczeniem, że choremu uczniowi nie wolno pojawić sie w szkole bez złożenia świadectwa, wystawionego przez wymienionego w zawiadomieniu lekarza obwodowego. O ukończeniu choroby zakaźnej lekarz ordynujący obowiązany jest donieść do biura fizyka zapomocą odpowiedniej kartki meldunkowej. W razie przeniesienia chorego do szpitala (dostarczenie wozu należy do atrybucyi lekarza obwodowego) zarządza lekarz miejski (a u chorych prywatnych fizykat) desinfekcyę przez miejski zakład desinfekcyjny.

Jak z powyższego opisu działalności miejskiego urzędu zdrowia w przypadkach chorób zakaźnych stwierdzić można, sposób postępowania wobec tych chorób jest nader skrupulatny i wszystkie ogniwa wskazanego postępowania łączą się ściśle ze sobą. Tej też działalności urzędu zdrowia ma do zawdzięczenia Berno, że mimo bardzo ruchliwej i licznej ludności fabrycznej, nie będącej na ogół w dobrych warunkach ekonomicznych, a nieraz i niebardzo kulturalnej, może wykazać stosunkowo nieznaczną chorobliwość i śmiertelność [5]), [6]).

Zurych. Odpowiednio do organizacyi gminnej tego miasta, cechującej się nader szeroką autonomią, sprawy zdrowotne, podobnie jak szkolnictwo, budownictwo, finanse, stanowią osobny zakres administracyi gminnej, uregulowany bardzo licznemi i wyczerpującemi rozporządzeniami i regulaminami miejscowymi. Spełnienie tych zadań poruczone jest urzędowi zdrowia, na którego czele stoi jeden z członków wydziału miejskiego, z tytułem dyrektora, powołany wolnym wyborem obywateli. Zdarzało się poprzednio, że na czele tego urzędu nie stał lekarz, lecz wybitniejsza osobistość miejska z innego zawodu; od r. 1901 dyrektorem jest prof. Fryderyk Erismann, znany w świecie naukowym higienista. Uprzejmości jego i prawdziwie przyjacielskiemu zachowaniu się mam do zawdzięczenia, że przy pomocy poszczególnych szefów oddziałów, na które urząd zdrowia się dzieli, oraz udzielonych mi sprawozdań i druków, w krotkim przeciągu czasu mogłem się zapoznać tak z organizacyą sanitarną jak i z urządzeniami sanitarnemi miasta.

Na podstawie artykułu 100 statutu m. Zurychu do obowiązków urzędu zdrowia należy: a) kontrola produktów spożywczych, oraz badanie wód źródlanych i wody użytkowej; b) kontrola czystości ulic, placów, wód publicznych i powietrza; c) kontrola kanałów do odprowadzania nieczystości, dołów kloacznych, gnojowisk i t. d.; d) higiena budujących się domów, oraz pojedynczych mieszkań; e) higiena fabryczna i przemysłowa; f) kontrola nad sprzedażą lekarstw, środków tajemnych i trucizn; g) kontrola zawodów, trudniących się leczeniem i opieką chorych oraz dzieci; h) nadzór nad chorymi zakaźnymi; i) opieka nad chorymi i ubogimi, o ile na podstawie ustawodawstwa kantonalnego związkowego i umów z innemi państwami należy do gminy, nadto zaopatrzenie ubogich, będących w podróży, w żywność i mieszkanie, wspólnie z prywatnemi towarzystwami dobroczynności; k) higiena szkolna; l) zarząd miejskimi zakładami kąpielowymi [7]); m) wywóz nieczystości miejskich; n) zarząd rzeźni miejskich; o) nadzór nad chorobami zakaźnemi zwierząt; p) oględziny bydła i rakarstwo; s) pośrednictwo w pracy (zakres poruczony art. 101 statutu miejskiego).

Jak już wyżej zaznaczyłem, na czele urzędu zdrowia stoi dyrektor, odpowiedzialny za całą działalność urzędu. Jemu przydzieloną jest sekcya zdrowia (z łona Rady miejskiej), której, prócz wszelkich zadań administracyjnych, wynikłych ze spraw sanitarnych, poruczono i zarząd ziemskim majątkiem gminy, oraz rada sanitarna. W skład ostatniej wchodzi prócz dyrektora urzędu zdrowia, jako przewodniczącego, 12—15 członków, wybranych z pośród ludności z poza łona Rady miejskiej. W Radzie tej zasiadają z głosem doradczym członkowie sekcyi zdrowia, szefowie poszczególnych oddziałów urzędu, wzgl. budownictwa miejskiego, zależnie od materyi obrad. Rada zdrowia wydaje opinie w ważniejszych sprawach higieny publicznej, które skierowuje do wydziału miejskiego, — nadto przysługuje jej prawo czynienia wniosków w sprawach higieny miejskiej, oraz współdziałania w nadzorze przy wykonywaniu zadań sanitarno-policyjnych przez urząd zdrowia.

Ze stałego personalu urzędu zdrowia podlega dyrektorowi: sekretarz, inspektor zdrowia, lekarz miejski wraz

[5]) Zapoznanie się z organizacyą oraz urządzeniami sanitarnemi Berna zawdzięczam Szanownemu p. fizykowi Dr. Iglowi i p. Dr. Kokkalowi. Im też i na tem miejscu jeszcze raz składam serdeczne podziękowanie.

[6]) W r. 1902 odsetek chorobliwości z powodu chorób zakaźnych wynosił 2,673, śmiertelności 0,125 (z wyłączeniem gruźlicy).

[7]) Miasto utrzymuje własnym kosztem kilka zakładów kąpielowych na Limnacie, do których wstęp w części jest bezpłatny.

ze swym asystentem i inspektorką dla nadzoru dzieci oddanych na wychowanie; weterynarz miejski wraz z oglądaczami mięsa i inspektorami bydła, chemik miejski wraz z swymi asystentami, szef wywózki nieczystości miejskich, korpus sanitarny i kierownik urzędu pośrednictwa w pracy.

Do sekretarza (prawnik) należy kierownictwo kancelaryi, w której przy pomocy urzędników biurowych protokołuje się wszelkie czynności urzędu, wydaje orzeczenia i zarządzenia. Sekretarz opracowuje nadto referaty tematów, przydzielonych mu przez dyrektora.

Poszczególni szefowie oddziałów spełniają zadania urzędu zdrowia według następującego rozdziału pracy:

Do inspektora należy: Nadzór nad czystością ulic, placów, wód publicznych i powietrza; uwzględnienie higieny przy budowie domów, — higiena mieszkań, — higiena fabryczna i przemysłowa (ostatnie 3 zakresy z współudziałem lekarza miejskiego i ewentualnie chemika); nadto administracya miejskich zakładów kąpielowych.

Do lekarza miejskiego należy: Kierownictwo z zakresu, wymagającego wiadomości lekarskich (tłumienie chorób zakaźnych, zapobieganie im, opieka nad choremi dziećmi i t. p.); do asystenta: pełnienie czynności lekarza szkolnego we wszystkich szkołach miejskich. Działalność lekarza miejskiego odnośnie do tłumienia chorób zakaźnych polega na prowadzeniu statystyki chorobliwości i śmiertelności tych osób, na ogłaszaniu tygodniowego biuletynu, zarządzaniu w razie potrzeby wysiedlenia chorego [8]) i desinfekcyi mieszkania. — W sprawie opieki nad chorymi wobec braku szpitala miejskiego działa Zurych za pośrednictwem specyalnego lazaretu dla przypadków doraźnych, które nie mogą być chwilowo przyjęte w szpitalu; dalej — dostarczeniem lekarstw i lekarzy, po części według wolnego wyboru przez samych chorych ubogich, a nadewszystko utrzymywaniem składu przyborów, potrzebnych do pielęgnowania chorych, wypożyczanych za małem wynagrodzeniem (ubogim darmo) [9]). Nadto udziela miasto zasiłków związkom samarytańskim, współdziała przez lekarza miejskiego w kierownictwie szkoły dla osób, oddających się pielęgnowaniu chorych. — Opiekę nad dziećmi, oddanemi przez miasto na wychowanie (przeważnie niemowlętami), wykonywa miasto przez swego lekarza, któremu do pomocy przydzielony jest komitet pań i inspektorka. Jednak i dzieci w wieku starszym, oraz pozostające przy rodzicach otacza miasto opieką we wszystkich tych wypadkach, w których władze miejskie doniosą o znęcaniu się nad dziećmi.

Do chemika miejskiego należy cały nadzór nad środkami spożywczymi (poza oględzinami mięsa), praca laboratoryjna (posiada 3 asystentów), kontrola wytworów trujących i t. d.

Kierownik oddziału wywózki nieczystości miejskich oddane ma w tym kierunku kierownictwo techniczne i komercyalne i administracyę majątku ziemskiego.

Korpus sanitarny. Do niego należy wykonanie wszystkich przydzielonych mu przez szefów poszczególnych oddziałów urzędu (lekarza, inspektora, chemika miejskiego) wskazówek i rozkazów. Korpus ten składa się z kierownika, kancelisty, 24 sanitaryuszów i 3 kobiet, przydzielonych dla desinfekcyi; pomieszczony jest w osobnym budynku (koszarach), położonym w śródmieściu: jedno jego piętro zajmują pokoje służbowe kierownika i kancelisty, izby służby, łaźnia; na dole mieści się remiza dla wozów, służących do przewozu chorych i zwłok, składy przyborów sanitarnych, pokój dla doraźnego pomieszczenia chorych. Sanitaryusze pełnią swe czynności ściśle według obowiązującego ich regulaminu, mając peryodycznie rozdzielaną na pewien okres czasu służbę przy przewożeniu chorych, przy kontroli środków spożywczych, przy desinfekcyi mieszkań i innych zadaniach, skierowanych do tłumienia chorób zakaźnych, przy kontroli nowych budynków, oraz przy stwierdzaniu braków higienicznych mieszkań już zajętych. W tych działach administracyi zdrowia publicznego sanitaryusze ci tak dalece są włożeni i wprawieni, że spełniają bardzo dobrze wszystkie zadanie, polecone im przez szefów poszczególnych oddziałów. Aby szczegółowo przedstawić sposób postępowania sanitaryuszów, należałoby przytoczyć wydany dla nich regulamin, oraz poszczególne ustawy i rozporządzenia, bądź kantonalne, bądź miejskie, odnoszące się do materyi przydzielonych do wykonania tym funkcyonaryuszom, — a to nie jest celem niniejszej rozprawki. Z działalności tych sanitaryuszów przytoczę kilka liczb, ilustrujących ilość i zakres ich pracy: poddali oni kontroli w r. 1901 568 handlów mleka, 202 sklepów mleczarskich, pobrali do badania 6026 prób mleka, z których 154 zakwestyonował chemik; skontrolowali 683 sklepów z towarami kolonialnymi, 1744 razy garkuchnie i traktyernie, oraz takie restauracye, które zajmują się sprzedażą wina; 183 składów piwa i piwiarń; przewieźli 1853 chorych, 89 zwłok; wykonali 1278 desinfekcyi (mieszkań 690), 2118 razy kontrolę mieszkań pod względem warunków zdrowotnych. — Same liczby przytoczone przemawiają za pożytecznością tej służby sanitarnej.

Tok postępowania wewnętrznego w omawianym urzędzie zdrowia tak jest urządzony, że wszystkie sprawy wpływające przydziela dyrektor, wzgl. sekretarz, odnośnym szefom oddziałów do oświadczenia się lub załatwienia; — w każdym jednak przypadku dyrektorowi wzgl. sekcyi przysługuje prawo wpływać na sposób przeprowadzenia.

[8]) Na wypadek chorób groźniejszych, duru plamistego, ospy, cholery, posiada miasto osobny budynek ewakuacyjny na 200 osób dla podejrzanych, barak Döckera dla chorych.

[9]) Leczenie ubogich należy do wydziału odpowiedniego, który płaci lekarzy.

IV. Oceny i sprawozdania.

O. Rosenbach. **Energotherapeutische Betrachtungen über Morphium als Mittel der Kraftbildung.** *(Deutsche Klinik, Band 1.). (Morphium als Heilmittel. Berlin, 1904. Fischers med. Buchhandlung. H. Kornfeld).*

W obszernej, kilkaset stron zawierającej pracy, wypowiada autor swe spostrzeżenia i uwagi nad działaniem morfiny. Rozprawa oryginalna, pełna poważnych myśli i zagadnień. Streścić ją trudno, bo każde zdanie zawiera cenną naukę dla zastanawiającego się lekarza praktyka. Zamierzam przytoczyć bodaj niektóre myśli autora. Wedle Rosenbacha nie używa się morfiny w należytej ilości, a to z powodu grożącego morfinizmu. Wielka liczba lekarzy, która morfinę często poleca, nie zapisuje jej w ostrych chorobach gorączkowych, jakoteż w przewlekłych chorobach serca i naczyń, a to nie z powodu przykrych doświadczeń i osobistych zawodów, ale z przyczyn teoretycznych, mianowicie z powodu ujemnego działania morfiny na ośrodki od-

dechowe i na krążenie. Obawa jest jednakże płonną, gdyż dawek, któreby mogły wywołać porażenie różnych narządów, nie używamy, a działanie uboczne, jak wymioty, zimne poty i zawroty głowy nie są niebezpieczne, ponieważ u przewlekle chorych, np. sercowo, występują rzadziej. W nowszych czasach słusznie poleca się morfinę w ciężkich chorobach serca i w przewlekłych schorzeniach narządów oddechowych. Obowiązkiem lekarza jest usuwać wszystko, co choremu może szkodzić, a używać wszelkich czynników, które podnoszą jego siły; dlatego też powinien lekarz oszczędzić choremu bolu i przykrych wrażeń, ponieważ z powodu bolu powstają zaburzenia tak ważnych czynności, jak sen i odżywienie. Dawki morfiny powinny być ściśle obliczone, nawet gdy są zadawane ludziom umierającym, a to ze względu na niewykluczoną możność poprawy ich stanu. Lekarz w tak smutnych przypadkach znajduje się istotnie w rozterce między uczuciem ludzkiem, a obowiązkiem swego zawodu, gdyż w przypadkach, gdzie nawet pewnem jest zejście śmiertelne, przecież nie powinien umierającego utrzymywać w stanie odurzenia do śmierci. Lekarz nie powinien w podobnych przypadkach zapominać, że on nie jest panem życia i śmierci: rozpoznanie jego nie jest nieomylne, a rokowanie niepomyślne nie jest bezwzględnie pewne. Morfiny nie należy uważać za środek tylko uśmierzający ból; wedle Rosenbacha żaden lek nie jest w stanie tak, jak morfina, wspierać ustrój w ostatniej najtrudniejszej jego walce o odzyskanie równowagi życiowej. Morfina zwykle nie bywa polecana w należytej ilości głównie z powodu obawy przed jej ujemnymi skutkami, po części z powodu szablonowego jej używania, a po części zaś dla nieznajomości energetyki, ponieważ ciągle żywimy przekonanie, że morfina jest tylko środkiem uśmierzającym ból, podczas gdy w rzeczywistości czyni ona często zadość najważniejszym przyczynowym wskazaniom. Nie ulega wątpliwości, że morfina ma znaczenie środka, utrzymującego chorego przy życiu w przypadkach pozornie straconych, n. p. w ostrem osłabieniu serca i obrzęku płuc; jest ona środkiem krzepiącym, to znaczy, że podczas zapadu wytwarza pewne postacie energii, którą zaoszczędza przez swe działanie hipnotyczne i uspokajające. W napadach dusznicy sercowej, gdzie środki sercowe zupełnie już nie działają, a napady zgnębiają chorego psychicznie i osłabiają fizycznie, ponieważ nietylko uniemożliwiają odżywienie i sen, ale także szkodzą ustrojowi z powodu wytężającej pracy mięśniowej podczas duszności, niepokoju i wysilających ruchów, wtenczas podawanie morfiny jest w skutkach pewniejszem i racyonalniejszem, aniżeli wstrzykiwanie eteru, które jest bolesne, albo kamfory, o której działaniu w takim razie naprawdę nic pewnego nie wiemy. W leczeniu chorób sercowych polecamy morfinę, ponieważ efekt jej pod pewnym względem jest podobny do działania naparstnicy, mimo że mechanizm tego działania jest inny. Oba środki, należycie zastosowane, działają krzepiąco, choć z różnych przyczyn. Naparstnica działa wprost na pracę włókien mięśniowych serca, podczas gdy morfina zmniejsza czynność tego narządu, obniża pobudliwość układu nerwowego i tkanek wrażliwych na podniety, ale nie posiada działania miejscowego. Ustrój, sprowadzony przez morfinę do *vita minima*, nietylko nie odczuwa swego złego stanu, ale może po upływie okresu spokoju, podczas którego chwilowo podnieta do wysilającej pracy ustaje, nagromadzić tyle energii, aby módz działać z wzmożoną siłą w innym okresie. Podczas gdy morfina działa zaoszczędzająco na wysilający ruch narządów i w małych dawkach podniecająco na ruch protoplazmy, to naparstnica wpływa jako bezpośredni środek doprowadzający siłę, ponieważ dostarcza sercu energii skurczowej. Kombinacya naparstnicy z morfiną wpływa korzystnie pod dwoma względami: dostarcza bowiem ustrojowi spokoju, podnosi bezpośrednio krzepkość, a tem samem przysparza nowe ilości energii i nagromadza zarazem większe jej zapasy. Podnieta jest działaniem energii ruchowej (kinetycznej) na napięcie pierwiastków; morfina dostarcza energii kinetycznej dla czynności pierwiastków ustroju, jest wskazana u chorych, którzy pracują resztką sił życiowych, bądź jako podnieta psychiczna, bądź też ze względu na jej zdolność podwyższania pobudliwości; utrzymuje ona równowagę nietylko przez zaoszczędzenie sił, ale i z powodu gromadzenia ich, a tem samem podnosi napięcie życiowe. Działanie zewnętrzne i wewnętrzne ustroju jest wypływem podniet, a wynikiem harmonijnego działania tych podniet jest życie cielesne. Wielkość i rodzaj oddziaływania nie są zależne tylko od wielkości i rodzaju podniety, ale także od indywidualnej i miejscowej pobudliwości, czyli od zapasu energii. Choroba jest zaburzeniem równowagi i rozwija się wtenczas, kiedy przy ustroju bardzo pobudliwym podniety małe sprowadzają nadzwyczajne wydatki. Choroba jest stanem ustroju, w którym stosunek między podnietą i pobudliwością jest zachwiany. Doświadczenie uczy, że w chorobach długo trwających każde wzruszenie, trwoga, przygnębienie duchowe, brak snu, małe opóźnienie w dostarczaniu pokarmów, lekkie rozwalnienie, mały ubytek krwi, lekkie zaziębienie — mają wpływ fatalny, wywołują takie wstrząśnienie drobinowe, że równowaga dynamiczna — podstawa pobudliwości — zostaje zaburzoną. Obojętną jest w takich razach rzeczą, czy morfina dostarcza energii kinetycznej dla ruchu pierwiastków, czy też, co jest prawdopodobniejszem, tylko energii napięcia. Z tego krótkiego sprawozdania wnosić już można, że rozprawa Rosenbacha zawiera dużo myśli, które zasługują na bliższe z niemi zapoznanie się.

Dr. J. B. Sokal (Lwów).

V. Wyciągi.

Sonnenfeld. **O stałych wynikach po operacyach wadliwych położeń macicy.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* tom 19, zeszyt 4, 1904). Dotąd niema jeszcze zgody, któremu z wielu zabiegów, mających na celu utrzymanie macicy w prawidłowem położeniu, należy się pierwszeństwo. W klinice Dra Orthmana w Berlinie, w której autor jest czynny, a która rozporządza bardzo dużym materyałem, stosowano wszystkie metody i z tego powodu statystyka ta zasługuje na pewne prawo miarodajności. Postępowanie, przyjęte w tej klinice, jest następujące: przypadkowe rozpoznanie tyłozgięcia macicy zwykle nie dochodzi do wiadomości chorej, gdyż stwierdzono, że cierpienie to samo przez się często nie wywołuje żadnych objawów, a dopiero gdy chora dowiaduje się o wadliwem położeniu macicy, czuje się odtąd chorą i narzeka na różne dolegliwości; tam, gdzie one istotnie pozostają w związku z tyłozgięciem, zakłada się odpowiedni krążek, jeżeli macica jest ruchoma; w przeciwnym bowiem razie rozrywa się najprzód zrosty bądź przez mięsienie, bądź też w uśpieniu. Wskazanie do operacyi stanowią te przypadki, w których krążek nie może się utrzymać, lub jeżeli kobiety z klasy roboczej mimo krążka mają dalej dolegliwości przy pracy, lub wreszcie gdzie z innego powodu otwierano jamę brzuszną. Że wskazania te nie występują zbyt często, widać z tego, że na 1865 ambulantek z tyłozgięciem macicy operowano tylko 274, z czego 55 wykonano jako zabieg przypadkowy, czyli z powodu samego tyłozgięcia operowano 219 razy = 11·7%. Wykonano 165 razy „vaginifiksacyę macicy wśródotrzewnową, 16 razy zaotrzewnową: 29 razy skrócenie i „vaginifiksacyę“ więzadeł okrągłych (Wertheim), 26 razy operacyę Alexandra Adamsa, 38 razy „ventrifiksacyę“. Dłużej zatrzymuje się autor nad metodą śródotrzewnowego przyszycia macicy do pochwy, omawiając jej historyę i technikę. Przeważnie, bo 118 razy (na 165) wykonano ją u kobiet w głównym okresie rozrodczym, między 20—40 rokiem życia. Zrosty rozrywano palcem bezpośrednio przed operacyą już w uśpieniu; w każdym przypadku oglądano przydatki i usuwano schorzałe; tu 35 razy jedno-, a 15 obustronnie. Przy równoczesnem wypadnięciu pochwy należy również wykonać „kolporafię“, lub przy wydłużeniu części pochwowej jej odjęcie. Z tych 165 zgłosiło się do powtórnego badania na wyniki stałe 86 kobiet: 4 do 6 miesięcy, 25 do roku, 34 do 2 lat, 11 do 3, a 12 do 4 lat po operacyi. Tylko u 2 stwierdzono znowu tyłozgięcie = 2·3% nawrotów; tylko jedna skarżyła się na dolegliwości ze strony pęcherza, a tem samem upada zarzut niektórych operatorów, jakoby „vaginifiksacya“ wywoływała zaburzenia pęcherzowe; 6 kobiet zaszło w ciążę, z tych u jednej wytworzyła się ciąża trąbkowa, a 2 poroniły; inne 3 donosiły i uro-

dziły siłami przyrody. Obawę niektórych, jakoby zabieg ten wywował powikłania porodowe, należy odnieść do przypadków operowanych dawniej, kiedy szwy zakładano w dnie, lub wysoko w trzonie macicy. Autor ustala 3 szwami, z których najwyższy leży poniżej połowy przedniej ściany macicy. Z 16 kobiet, u których wykonano „vaginifiksacyę“ zaotrzewnową, zgłosiło się do badania kontrolnego 11, i u wszystkich wynik był znakomity. Trzy przebyły ciążę zupełnie prawidłową i dobrowolny poród. Mimo tak dobrych wyników ograniczono wykonanie tej operacyi do tych przypadków, gdzie na pewno można było stwierdzić wolne przydatki i tkankę przymaciczną, zatem gdzie otwarcie otrzewnej było zbyteczne. Z 29 kobiet, u których skrócono więzadła okrągłe przez przyszycie utworzonych pętli do pochwy, skontrolowano wynik u 18: u 10 do roku, a u 8 do 2 lat po operacyi: i u tych nie było żadnego nawrotu; żadna nie skarżyła się na jakieś dolegliwości. Operacyę Alexandra Adamsa wykonano 26 razy; z tych zgłosiło się do badania kontrolnego 14 kobiet: 4 do roku, 2 do $2^1/_2$, a 8 do 4 lat po operacyi. U trzech stwierdzono nawrót cierpienia = 21·4%; dwie skarżyły się na dolegliwości podczas peryodu; jedna poroniła, a jedna rodziła 2 razy; w obu jednak ciążach miała tak dokuczliwe boleści w brzuchu, że w drugiej musiano z tego powodu wywołać poród przedwczesny. Wyniki więc stosunkowo niedobre. Nadto, możliwość wykonania tej operacyi tylko przy tyłozgięciu ruchomem, niemożność skontrolowania, względnie usunięcia chorych przydatków, możliwość powstania przepuklin, a przy samej operacyi przykre niespodzianki, jak urwanie się więzadła, lub wogóle niemożność odnalezienia ich, przyczyniły się do tego, że w wspomnianej klinice operacyę tę zarzucono. Przyszycie macicy do powłok brzusznych wykonano 38 razy, głównie przy tyłozgięciach, powikłanych ze zmianami w przydatkach lub tkance przymacicznej; 3 kobiety zmarły po operacyi, ale nie wskutek niej; jeden jednak przypadek śmierci w miesiąc po operacyi należało odnieść do samej operacyi. Szło o niedrożność jelit; podobne przypadki uwięźnięcia jelit po „wentrofiksacyi“ podaje zresztą wielu autorów. Do badania kontrolnego zgłosiło się 21 kobiet: 6 do roku, 7 do 2 lat, 5 do 3, a 3 do 4 lat po operacyi. Tylko w jednym przypadku stwierdzono nawrót tyłozgięcia = 4·7%. U dwóch powstały przepukliny brzuszne; dwie rodziły: jedna 48 godzin, poczem poród ukończono kleszczami, druga 15 godzin — dobrowolnie. Wskutek tych ujemnych stron tego zabiegu ograniczono go tylko do tych przypadków, w których bardzo rozległe i silne zrosty macicy i przydatków, lub guzy tych ostatnich, już same przez się nakazywały otwarcie jamy brzusznej. Na podstawie tych wyników uważa autor jako najbardziej polecenia godną operacyę: przyszycie do pochwy samej macicy, lub więzadeł okrągłych.

Dr. E. Ehrenpreis.

Dr. Linser. **Stosunek nadnerczy do wzrostu ciała, a w szczególności do wzrostu olbrzymiego.** (*Beiträge zur klin. Chir.*, 1904). Autor omawia budowę ciała karłów i olbrzymów. Badania promieniami Röntgena wykazały, iż mały kościec karłów polega nie na niedorozwoju układu kostnego, lecz na zwolnieniu wzrostu. Linia nasady kostnej długo jeszcze jest widoczną: karli rosną często, choć przekroczą 25 rok życia. We wzroście olbrzymim i w akromegalii zaczyna się kościec (szczególnie żuchwa i palce) powiększać już po ukończeniu procesu kostnienia i to z okostnej, a nie z linii nasadowej. Właściwy wzrost olbrzymi powstać może tylko we wczesnym wieku, gdzie jeszcze kości z linii nasadowej rosnąć mogą. Polowa olbrzymów zawdzięcza swój wzrost akromegalii, z akromegalów 25% zalicza się do olbrzymów. Przybieranie wzrostu u człowieka podług Queteleta odbywa się w ten sposób, że człowiek rodzi się w $^1/_3$ długości swego przyszłego wzrostu; w 3 roku dosięga $^1/_2$, w 7 $^2/_3$, w 16 $^3/_4$. Wzrost człowieka jest nie równomierny: raz rośnie się szybko, potem znów powoli. Związek ze wzrostem mają mieć gruczoły płciowe, grasica, gruczoł tarczykowy i nadnercze, czyli te gruczoły, których czynność jest dla nas jeszcze ciemną. Autor spostrzegał przypadek wzrostu olbrzymiego u chłopca $5^1/_2$-letniego. W moczu krew; długość ciała 138 ctm.; owłosienie na wzgórku łonowym zupełne. Zęby stałe w liczbie 28, brakuje tylko zębów mądrości. Migdałki powiększone; zanik gruczołu tarczykowego. Brzuch silnie powiększony z powodu guza, wychodzącego z okolicy lewego podżebrza. Operacya wykazała *casus inoperabilis,* a sekcya *hypernephroma* nerki lewej. Lewe jądro zanikłe, w prawem żywe plemniki. W ręce była już kość grochowata (tworzy się koło 11 r. ż.); strzałka miała jądro kostne. Działanie nadnerczy, jak wiemy obecnie, polega na regulowaniu ciśnienia krwi i odczyszczaniu jej z trucizn; częstym objawem po wstrzyknięciu nadnerczyny jest cukier w moczu. Cukrzyca u olbrzymów nie należy też do rzadkości. Zmiany patologiczne nadnerczy charakteryzują się chorobą Addisona. Po wycięciu jednego nadnercza przerasta drugie bez wybitnych ogólnych objawów. Gruczoły płciowe mają też związek ze wzrostem olbrzymim. Sacchi opisał przypadek, w którym 9-letni olbrzym po wytrzebieniu stracił męzki głos, owłosienie piersi i wzgórka łonowego i przestał zupełnie rosnąć. Kussmaul opisał olbrzymkę z guzami jajników. Przypadków zmian w nadnerczu wspólnie ze wzrostem olbrzymim znamy dotąd w piśmiennictwie 3. Autor czynił doświadczenia z młodymi szczeniakami, którym podawał świeże nadnercze; różnic we wzroście nie zauważył żadnych. W końcu pracy mówi autor, że tak zwane gruczoły krwi mają wpływ na wzrost człowieka i to przerost ich lub guzy łączą się zwykle ze wzrostem olbrzymim, a zanik ze wzrostem karlim.

Dr. Adolf Klęsk.

L. Lewin. **O działaniu ołowiu na macicę.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1904, Nr. 41). Zestawienia autora dowodnie wykazują, że ołów działa wogóle znacznie silniej na kobiety, niż na mężczyzn. W Niemczech i w Anglii nader często używają przetworów ołowiu w celu spędzenia płodu. W Szczecinie według zestawienia Schwarzwällera na 300 poronień w 6 latach 18 zostało wywołanych przez zatrucie ołowiem. Rodzaj przetworu ołowiowego bywa różnym; stosują biel ołowiową, błyszcz ołowiu lub plaster diachylowy. Oczywiście, że takiem zatruciem nie zawsze osiąga się pożądany cel, to jest działanie na macicę. Długotrwałe przyjmowanie drobnych ilości ołowiu wpływa na narząd rozrodczy i wywołuje bezpłodność. Zjawisko to spostrzegamy u krów, owiec, kóz, kaczek i gęsi, przebywających w pobliżu hut srebrnych i kopalń ołowiu. Tak samo u kobiet, mieszkających w pobliżu hut srebrnych, bywają częste, a w końcu nawykowe poronienia. Mimo takich znanych faktów, ważnych ze względów społeczno politycznych, kobiety, zmuszone złymi stosunkami społecznemi pracują w przemyśle ołowiowym. L. wskazuje dalej na okoliczność, że ciąża może uledz zaburzeniom nawet wtedy, jeśli sama matka nie pracuje przy ołowiu, a tylko mężczyzna zapładniający cierpiał na ołowicę. Także przewlekłe zatrucia ołowiem, które powstawały wskutek przyjmowania ołowiu z wodą do picia, wywoływały prócz innych objawów ołowicy zaburzenia w miesiączkowaniu i poronieniu. Po usunięciu się od działania ołowiu może kobieta znowu prawidłowo rodzić. Z zestawienia L. wynika, że śmiertelność u dzieci, pochodzących z rodziców chorych na ołowicę, jest znaczna, a te, które pozostają przy życiu, dotknięte są przewlekłemi cierpieniami, oraz chorobami umysłowemi, idyotyzmem, padaczką itp. Pod wpływem ołowiu, używanego przez rodziców, chorować może nasienie, względnie jajko, atoli ołów może przejść także na płód. Ważne fakty powyższe powinny skłonić rządy do usunięcia pracy kobiet w pewnych przemysłach, związanych z truciznami.

Dr. M. Blassberg.

Peham. **Leczenie surowicą zakażenia połogowego.** (*Arch. für Gyn.* tom 74, zeszyt I, 1904). Niekorzystne wyniki po zastosowaniu surowicy Marmorka w przebiegu zakażenia połogowego zwróciły tem baczniejszą uwagę badaczy na niedostateczne poznanie wywołującego ją zarazka. Przecież łańcuszkowce, które się przeważnie znajdują we krwi i narządach położnic, zmarłych wskutek gorączki połogowej, można niejednokrotnie znaleźć i w narządzie rodnym zupełnie zdrowych ciężarnych i położnic. Dzisiaj jeszcze nie znamy dokładnie różnicy między łańcuszkowcami, które wywołują gorączkę połogową, a tymi, które się znajdują w innych chorobach zakaźnych. Nie ulega wątpliwości, że ta różnica żywotności i niejednostajność tych drobnoustrojów odgrywa wielką rolę w stworzeniu i zastosowaniu surowicy przeciwłańcuszkowcowej. Na podstawie dokładnych badań bakteryologicznych i sztucznego spotęgowania żywotności łańcuszkowców, pojawiły się też wkrótce różne surowice, z których każda miała wywierać wpływ na wszystkie zakażenia tymi drobnoustrojami. W klinice prof. Chrobaka od $1^1/_2$ lat stosują surowicę przeciwłańcuszkowcową w przebiegu zakażeń połogowych, wyrabianą w zakładzie prof. Paltaufa. Leczono nią tylko przypadki ciężkie, przyczem nie zaniedbywano także odpowiedniego leczenia miejscowego (przestrzykiwania śródmaciczne, leczenie owrzodzeń i t. p.). Na 44 położnic, leczonych w ten sposób, zmarło 13. Z tych 3 przypadków nie należy wogóle odnieść do gorączki połogowej; (1) zakrzep żyły nerkowej z następowym zatorem tętnicy płucnej; 2) ogólna gruźlica prosówkowa; 3) daleko posunięta gruźlica płuc). Inne 2 przypadki również nie mogą być miarą działania surowicy; (1) laparotomia wskutek pęknięcia macicy z następowem zapaleniem otrzewnej: 2) laparotomia wskutek gnicia mięśniaka macicy ciężarnej). Następne 4 przypadki należą do t. zw. zakażeń mięszanych. Co do tego zauważono, że działanie surowicy było znacznie wyraźniejsze i pewniejsze w przypadkach, gdzie badanie drobnowidowe wykazało w wydzielinie macicy tylko łańcuszkowce, natomiast żadnego działania lub tylko wątpliwe w zakażeniach mieszanych tak, że tam, gdzie nie badano drobnowidowo, lub gdzie badanie to się nie udało, można z poprawy stanu ogólnego i spadku ciepłoty po zastosowaniu surowicy przyjąć czyste zakażenie łańcu-

szkowcem. W 2 dalszych przypadkach nie badano drobnowidowo tak, że i tu nie można na pewno powiedzieć, jakie było zakażenie. Pozostają 2 przypadki, gdzie wykazano tylko łańcuszkowce, a gdzie działanie surowicy było zupełnie ujemne, przyczem jednak autor nadmienia, że wstrzyknięto ją bardzo późno. Wyzdrowiało 51 położnic — same ciężkie przypadki, z których w 18 wykazano na pewno w wydzielinie macicy tylko łańcuszkowce, a z tych w 4 także we krwi. Z wyników tych wyciąga autor nadto następujące wnioski: surowica Paltaufa zdaje się wpływać dodatnio na zakażenia połogowe, nawet najcięższe, wywołane łańcuszkowcami. Działanie to zależy od możliwie wczesnego zastosowania i tylko dużych dawek (50—100 ctm. sz.). Jakiegoś działania szkodliwego surowicy nie zauważono nigdy; czasem tylko występuje osutka w 2—3 lub 5—6 dni po wstrzyknięciu, w połączeniu z lekkiem wzniesieniem ciepłoty ciała; powikłanie to niema jednak żadnego znaczenia i bez leczenia szybko ustępuje. Często wkrótce po wstrzyknięciu surowicy występuje nagły i stale się utrzymujący spadek ciepłoty, czasem atoli spadek ten jest stopniowy, jakkolwiek z wczesną poprawą stanu ogólnego. Przy dłużej trwających zakażeniach, lub gdy już wystąpią ciężkie powikłania ze strony innych narządów, surowica pozostaje bez wpływu. Zdaje się również, że surowica nie jest w stanie przeszkodzić tworzeniu się przerzutów. Historye choroby wszystkich 44 przypadków — odpowiednio ugrupowane — kończą niniejszą pracę autora. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Schultze. **Rozpoznanie i leczenie wczesnych okresów wiądu rdzenia kręgowego.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 48, 1904). Stałe główne objawy wiądu jak: bole błyskawiczne, nieruchomość źrenic, brak odruchów kolanowych, znieczulenia, przeczulica, nie zawsze powodują chorego do szukania porady lekarskiej, lecz zwykle inne, napozór z wiądem nic wspólnego nie mające. Objawów tych dostarczają wszystkie prawie narządy ustroju. Najczęściej występują bole żołądka przy t. zw. »*crises gastriques*«, typowo się różniące od innych bolów żołądkowych, tak co do rodzaju, jak i czasu występowania. Dalej zaburzenia w krążeniu (bicie serca, lub jego osłabienie), krtaniowe, odżywcze skóry (wrzód stopowy dziurawiący), kości, zaburzenia w czynności oddawania moczu i płciowej, zaburzenia wzroku i słuchowe mogą być wyrazem początkowych okresów wiądu. Mając więc to w pamięci, należy w każdym przypadku z reguły badać oddziaływanie źrenic, odruchy kolanowe i wogóle szukać za innymi stałymi objawami wiądu. Autor radzi przystąpić do energicznego leczenia nawet w przypadkach wątpliwych. Chorzy powinni prowadzić prawidłowy tryb życia, unikać wysiłków fizycznych i umysłowych, nie używać napojów wyskokowych, nikotyny, i płciowo nie drażnić się. Prócz tego zastosować należy leczenie przeciwkiłowe. Autor leczy na początku wcieraniami rtęci, później w odstępach kilkumiesięcznych stosuje jod w ciągu jednego miesiąca. Kąpiele ostatecznie mogą też być stosowane celem usunięcia pojedynczych objawów, należy tylko unikać bardzo gorących, lub bardzo zimnych. Bole uśmierza znakomicie piramidon. Na osłabienie pęcherza i popędu płciowego należy próbować prądu elektrycznego i strychniny. Bezład (*ataxia*) można do pewnego stopnia zmniejszyć, lub nawet usunąć sposobem Frenkla, lub całkiem poprostu tak, że polecamy choremu, leżącemu na wznak, wykonywać nogami rozmaitego rodzaju ruchy.

Dr. Max Hermelin (Lwów).

Kazimierz Rzętkowski. **Nowa metoda utrwalania preparatów krwi, cytologicznych i t. d.** (*Medycyna* Nr. 50, 1904). Nowa metoda, podana przez autora, należy do kategoryi metod utrwalania preparatów przy pomocy wysokiej temperatury. Autor radzi ogrzewać preparaty w oliwie do 120°. Sposób postępowania jest tu następujący: rozpościeramy preparat na szkiełku przykrywkowem w możliwie cienkiej i jednostajnej warstwie; odkładamy preparaty do wyschnięcia na chwilę; nalewamy do niewielkiej zlewki (objętości ca 200 ctm. sześc.) 40—45 ctm. sześc. najczystszej oliwy prowanckiej (oleum olivarum provinciale). Wysuszone na powietrzu preparaty wkładamy (preparat do góry!) do zimnej oliwy w zlewce. Stawiamy zlewkę na siatce, zanurzamy w oliwie rtęć termometru ze skalą do 150° i ogrzewamy zawartość zlewki (gaz, spirytus, nafta) na niezbyt dużym płomieniu. Po upływie paru minut rtęć termometru dochodzi do 115°—118°. Wówczas zdejmujemy zlewkę z siatki, przez ten czas temperatura oliwy zazwyczaj wzrasta nieco do 120°—121°. Odstawiamy zlewkę z preparatami w oliwie dla lekkiego ostygnięcia. Nie czekając, aż oliwa zupełnie ostygnie, wyjmujemy preparaty szczypczykami ze zlewki i osuszamy je dokładnie od oliwy pomiędzy bibułą. Następnie obmywamy preparaty bardzo starannie (NB!) w eterze dla pozbawienia ich tłuszczu, osuszamy je pomiędzy bibułą, na której nie powinny już zostawiać tłustych plam, wreszcie — opłukujemy w wyskoku i w wodzie. Utrwalanie preparatu skończone. Właściwą wartość tej metody wykażą dalsze i rozleglejsze badania innych badaczów. Zaznaczyć należy, że ma ona za sobą dużo danych, jako kliniczna metoda utrwalania. Cała procedura trwa bardzo krótko. Preparat znajduje się w środowisku jednakowo ogrzanem, nie podlega więc wpływom postronnym, jak kurz i wilgoć atmosferyczna, wilgoć z oddechu badacza i t. p., przez cały krótki czas utrwalania możemy kontrolować ściśle temperaturę środowiska, w którem utrwalają się preparaty. A nadto, co ważne, sama procedura nie wymaga złożonych przyrządów i odpowiada w zupełności zakresowi skromnej pracowni lekarza praktyka. Na preparatach, utrwalonych powyższą metodą, barwią się bardzo pięknie białe ciałka, ich jądra i ziarnistości, a także prawidłowe i patologiczne czerwone krążki i pasorzyty zimnicy. (*Autoreferat*).

Reifferscheid. **Operacya Aleksandra-Adamsa i jej stałe wyniki.** (*Archiv für Gyn.* tom 73, zeszyt 2, 1904). Liczne prace, pojawiające się w ostatnich czasach, a omawiające wyniki wspomnianej operacyi, wykazują, że niesłusznie zaniedbuje się metodę operacyjną, która w wielu przypadkach ruchomego tyłozgięcia macicy może oddać znakomite nawet usługi. Autor omawia krytycznie i odpiera zarzuty, czynione tej operacyi, jak trudność w odszukaniu i dość częste przerwanie się więzadła okrągłego i podaje technikę operowania. Przed zabiegiem należy opróżnić pęcherz moczowy, odprowadzić macicę i założyć krążek, który powinien pozostać w pochwie aż do zagojenia się rany operacyjnej. Operacyę należy zawsze wykonać obustronnie; zupełnie nie zależy na tem, aby pociągać równocześnie oba więzadła, lecz po skróceniu i ukończeniu zabiegu z jednej strony, przystępuje się do strony drugiej. Obojętnem jest również, w którą stronę więzadła się pociąga, ku dołowi, czy ku górze, byleby je wyciągnąć ostrożnie bez przerwania na 10—12 ctm.; po odcięciu ustala się ich końce zawsze kilku szwami jedwabnymi lub cienkimi celoidynowymi, nigdy katgutem, przyczem szwy nie powinny przechodzić przez całą grubość więzadła — celem uniknięcia obumarcia. Aby uniknąć powstania przepukliny i krwiaka pooperacyjnego, należy dokładnie zaszyć zewnętrzny pierścień pachwinowy, tkankę tłuszczową i powięź powierzchowną. Przy kombinacyi tego zabiegu z plastyką pochwową lub międzykrocza należy najprzód wykonać tę ostatnią. W leczeniu pooperacyjnem trzeba bardzo uważać na częste opróżnienie pęcherza i regularne stolce. O ile założenie odpowiedniego krążka zawsze stanowi główną metodą leczniczą, o tyle ruchome tyłozgięcie macicy stanowi wskazanie do operacyi Aleksandra-Adamsa u chorych, nie mogących się długo leczyć i pozostawać ciągle pod obserwacyą lekarską, u których zdolność do pracy stanowi jedyny warunek ich bytu, a leczenie zachowawcze nie prowadzi do celu. Jako operacya najmniej niebezpieczna i najłatwiejsza, oddaje ona również bardzo dobre usługi jako zabieg pomocniczy przy operacyjnem leczeniu wypadnięć, gdyż ustala, a zarazem utrzymuje macicę w elewacyi. Autor rozporządza 241 przypadkami operacyi Aleksandra-Adamsa; z tych w 18 = 7·4% przyszło do ropienia w ranie operacyjnej. Ponieważ prawie wszystkie przypadają na pierwsze 107 przypadków, odnosi je autor do niebardzo jeszcze udoskonalonej i jednostajnej techniki operacyjnej; na 134 ostatnich przypadło tylko jedno ropienie = 0·75%. Więzadło z trudnością tylko odszukano 18 razy, co autor również kładzie na karb techniki operacyjnej; w 14 przypadkach więzadło się przerwało. Przy wypuszczeniu chorych leżała macica prawidłowo 235 razy, tylko u 6 operacya była bezskuteczną; z tych raz szyto katgutem, raz wyciągnięto więzadła tylko na 4 ctm., raz ich nie odnaleziono, a 3 razy skrócono tylko jedno; 102 operowane badał autor dłuższy czas po operacyi. Z tych 6 było w 4—8 miesiącu ciąży. Z pozostałych 96, u 88 macica leżała zupełnie prawidłowo; z 8, u których znalazł nawrót cierpienia, skrócono u dwóch tylko jedno więzadło, u jednej wcale ich nie znaleziono, u jednej wystąpiło ropienie pooperacyjne, a u 4 nie można było znaleźć przyczyny, czyli — po odciągnięciu pierwszych 4, znaleziono nawrót w 4·49% przypadków; 39 kobiet zaszło po operacyi w ciążę, 4 poroniły, zresztą prawie wszystkie przeszły prawidłową ciążę i poród. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Dr. Escherich. **„Erythema infectiosum", nowa ostra osutka.** (*Monatschrift für Kinderheilkunde* 1904, Nr. 21, 7/8). Do uprzywilejowanych osutek wieku dziecięcego, t. zw. „trias" (*scarlatina*, *morbilli i rubeola*), przybywa osutka zakaźna pod nazwami *erythema infectiosum seu contagiosum* (Sticker), lub *megalerythema epidemicum* (Dr. Plachte). Osutka ta najczęściej dotyczy wieku od 4—12 lat; chociaż najmłodsze, spostrzegane przez Dra Eschericha dziecko miało 14 miesięcy. Okres wylęgania trwa 6—14 dni. Rzadko wybuchowi osutki towarzyszy osłabienie lub ból gardła; po największej części dzieci czują się przez cały okres choroby zupełnie dobrze, a jedynie osutka jest jedynym objawem chorobowym; zajmuje ona skórę, a stałych zmian na błonie śluzowej

brak. Charakterystycznym objawem osutki tej jest znaczne zaczerwienienie policzków, odgraniczające się wyraźnie ku fałdowi nosowo-policzkowemu i sięgające ku uszom w kształcie linii wyraźnej, nieco zygzakowatej. Czasem na czole lub poza uszami zdarzają się niebieskawo-różowe duże plamy, które następnie występują na karku i kończynach po stronie mm. wyprostnych. Na klatce piersiowej i na brzuchu plamy te pojawiają się bardzo rzadko, a najczęściej ich brak. Wysypka ta trwa 6—10 dni, poczem blednie na twarzy, a najpóźniej na kończynach, pozostawiając nieraz długo zabarwienie marmurkowate. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Johann v. Bókay. **Kur** (*rubeola*) **i tak zwana czwarta choroba** (*»Foorth disease« Dukesa*). (*Budapesti Orv. ujság* 1904, Nr. 4). W symptomatologii kuru uwzględnia autor znaczenie objawów: 1) Theodora — obrzmienie gruczołów karkowych i pozausznych i 2) plam Koplika, które w przeciwieństwie do odry w przebiegu kuru nigdy się nie zlewają. Clement Dukes w roku 1900 wprowadził nazwę *»foorth disease«* i scharakteryzował nią tę czwartą chorobę osutkową, objawiającą się łagodnym przebiegiem, nizką gorączką, brakiem powikłań i następowych chorób, szybkiem zniknięciem zaraźliwości, a przytem nader ważnym długotrwającym okresem wylęgania, bo przeciętnie 14—15 dni. Już w roku 1896 Filatow wprowadził nazwę *rubeola scarlatinosa*, którą objął chorobę opisaną przez Clementa Dukesa. Samoistne istnienie tej choroby, zwanej chorobą Filatow-Dukesa, jako czwartej choroby osutkowej, wtedy należy uważać za udowodnione, jeżeli w wielkiej liczbie przypadków zostanie stwierdzone, że istnieją łagodne, do płonicy pozornie zbliżone epidemie, które nie ochraniają dzieci, które dopiero co przebyły kur i płonicę, oraz nie zabezpieczają ich od późniejszej epidemii kuru i płonicy. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Napp. **W sprawie dziedziczenia kiły.** (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, zeszyt 2, 1904). Autor opisuje 4 przypadki, w których mimo rozległych objawów kiłowych u mężów nie nastąpiło zakażenie u ich żon, które wszystkie rodziły zdrowe dzieci. Napp przytacza następnie 4 spostrzeżenia, w których żony zostały przez mężów swych zarażone, jednak przy wczesnem i należytem leczeniu swoistem, a po części także zapobiegawczem, urodziły zdrowe dzieci.

(Z tego wynika, że Napp zgadza się z Matzenauerem, który odrzuca kiłę czysto ojcowską. W dziele swojem p. t.: „Die Vererbung der Syphilis", Wiedeń, Braumüller, 1903) dochodzi docent Rud. Matzenauer do wniosku, iż dziedziczenie kiły po ojcu nie jest udowodnione. Nie wykazano wogóle dziedziczenia kiły na drodze rozrodczej [przez zarażony plemnik lub jajko], t. j. dziedziczenia w właściwym sensie. Przemawia za tem podobieństwo z innemi chorobami zakaźnemi: niema bowiem choroby zakaźnej, którąby można odziedziczyć przez nasienie. Nasienie ojca kiłowatego nie jest zaraźliwe. W małżeństwach jest o wiele więcej dotkniętych kiłą ojców, niż kiłowatych dzieci. Stwierdzenie kiły tylko u ojca [bez wykazania zdrowia matki] nie dowodzi jeszcze źródła kiły dziecka z ojca. Ojcowie ze świeżą kiłą płodzą zdrowe dzieci, jeśli tylko matki pozostały zdrowemi. *Przyp. spraw.).* *Baschkopf.*

Testevin i Busquet. **O rzekomo-błoniczem złośliwem zapaleniu gardła.** (*La Presse médicale* 1904, Nr. 71). Zapalenia gardła rzekomo-błonicze według drobnoustrojów dzielą autorowie na gronkowcowe, ziarniakowe, pneumokokowe i paciorkowcowe. Opisują oni przypadek złośliwego zapalenia gardła, który spostrzegali w szpitalu wojskowym w Bordeaux, a który po dwudniowym przebiegu zakończył się śmiertelnie. Badanie bakteryologiczne wykazało zjednoczone współdziałanie paciorkowców i pneumokoków w powyższym przypadku. *Blassberg.*

Protopopow. **Wpływ adrenaliny na krążenie w mózgu.** (*Wojenno-Miedicinskij Żurnał* 1904, maj). Autor wykonał w pracowni prof. Bechterewa szereg doświadczeń na psach z adrenaliną Pöhla, używając wodnych rozczynów, które wprowadzał do żołądka lub do krwi. Okazało się, że natychmiast po wprowadzeniu adrenaliny do krwi występuje wybitna niedokrwistość tętnicza, która trwa 2—5 minut, zależnie od dawki; przy dużych dawkach niedokrwistość ustępuje przekrwieniu, które trwa niedługo; czasami działanie adrenaliny przybiera cechy przemienne, po niedokrwistości następuje przekrwienie, co powtarza się 3—4 razy. Układ żylny mózgu nie przedstawia żadnych zmian, lub też wykazuje objawy zastoinowe. Autor przypuszcza, że pod wpływem adrenaliny zwężają się tylko naczynia włosowate, ponieważ światło tętnic się nie zmienia; zwężenie to zależy od bezpośredniego działania adrenaliny na ściany naczyń. Parcie krwi pod wpływem adrenaliny podnosi się wskutek zwężenia naczyń i spotęgowanej czynności serca. Adrenalina, wprowadzona do żołądka, nie sprowadza żadnych zmian.

Witold Orłowski (Ptbg.).

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie Zakładu szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi w Krakowie za rok 1903.

W roku 1903 zgłosiło się do szczepienia ogółem 556 osób, z tego 7 osób nie szczepiono, ponieważ zwierzęta kąsające nie były dotknięte wodowstrętem, a 4 osoby przerwały szczepienie. Szczepiono więc osób 545, z czego według uwiadomienia dotyczących c. k. Starostw zmarło 3 osoby = 0·55%.

Wykaz 556 osób leczonych ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsane	A. Wściekliznę stwierdzono przez szczepienie próbne cząstki mózgu (sub duram) królikowi	B. Wściekliznę stwierdzono przez sekcyę weterynarską	C. Zwierzęta podejrzane	D. Zwierzęta podejrzane, szczepienie próbne (jak A) wypadło ujemnie	Ogółem
w twarz i głowę	1	12	16	—	29
w kończyny górne i tułów	23	152	226	—	401
w kończyny dolne	5	52	69	—	126
w ciało gołe	26	132	192	—	350
przez ubranie	3	84	119	—	206
Ogółem	29	216	311	—	556

Niżej umieszczona tabelka wykazuje czas, jaki upływał od chwili ukąszenia do zgłoszenia się do Zakładu. Wynika z niej, iż większość chorych pozostawała kilka, czasem kilkanaście dni w domu bez leczenia, co nie jest przecież żadną miarą obojętną rzeczą na ostateczny wynik kuracyi. — I tak:

Tego samego dnia zgłosiły się	2 osoby
W 1 dzień po ukąszeniu zgłosiło się	30 osób
2 dni " " "	82 "
3 " " " "	99 "
4 " " " "	104 "
5 " " " "	56 "
6 " " " "	48 "
7 " " " "	22 "
8 " " " "	10 "
9 " " " "	26 "
10 " " " "	17 "
11 " " " "	3 "
12 " " " "	12 "
13 " " " "	3 "
14 " " " "	10 "
15 " " " "	2 "
15—20 d. " " "	14 "
21—30 " " " "	7 "
34 dni " " "	1 osoba
36 " " " "	1 "

54 dni po ukąszeniu zgłosiło się			3 osób
2 mies. 15 dni	"	"	2 "
2 " 19 "	"	"	1 osoba
3 " 11 "	"	"	1 "
	Razem		556 osób.

Ze względu na płeć i wiek zgłosiło się:

mężczyzn	224		
kobiet	143	ogółem osób dorosłych	367
chłopców	124		
dziewcząt	189	ogółem dzieci	189
		Razem	556.

Wiek:

od roku	1 do 5	osób 59
" "	6 do 10	" 127
" "	11 do 20	" 149
" "	21 do 40	" 149
" "	41 do 60	" 63
" "	61 i wyżej	" 9

W poszczególnych miesiącach zgłosiło się osób:

Styczeń	54	Lipiec	54
Luty	42	Sierpień	40
Marzec	58	Wrzesień	34
Kwiecień	48	Październik	34
Maj	64	Listopad	32
Czerwiec	72	Grudzień	24

Zwierzęta kąsające były:

psy	w 495	przypadkach
koty	w 49	"
ludzie	w 2	"
krowy	w 5	"
borsuki	w 4	"
lis	w 1	przypadku.

Liczba osób według miejsca pochodzenia uwidoczniona jest w niżej umieszczonej tabelce:

c. k. Starostwo:

Bochnia	2	Myślenice	4
Brody	5	Mościska	4
Brzozów	8	Nowy Targ	6
Bohorodczany	10	Nadwórna	12
Brzesko	3	Podhorce	1
Borszczów	7	Przeworsk	3
Buczacz	6	Peczeniżyn	1
Bóbrka	4	Przemyśl	10
Biała	2	Podhajce	2
Cieszanów	4	Podgórze	1
Czortków	3	Rawa ruska	4
Chrzanów	23	Rudki	2
Dąbrowa	1	Rohatyn	18
Dobromil	5	Radymno	8
Dolina	3	Rzeszów	3
Drohobycz	5	Sokal	34
Delatyn	4	Skałat	14
Gorlice	1	Sambor	17
Gródek	1	Sanok	1
Horodenka	7	Sącz Nowy	1
Husiatyn	19	Stanisławów	22
Jasło	2	Strzyżów	2
Jarosław	1	Śniatyn	9
Kraków miasto	9	Stryj	6
Kraków powiat	11	Tarnopol	13
Kałusz	5	Turka	6
Kosów	5	Tarnobrzeg	1
Kołomyja	28	Trembowla	24
Krosno	9	Wadowice	4
Kamionka strum	8	Wieliczka	1
Lwów	10	Zaleszczyki	16
Limanowa	4	Złoczów	8
Lisko	8	Żółkiew	1
Łańcut	1	Żydaczów	5
Mielec	1		

Z krajów pogranicznych zgłosiło się:

Królestwo polskie	38
Bukowina	1
Morawy	1
Szląsk	1

Historye choroby: 3 osób zmarłych na wodowstręt:

1) *Józefa P.*, l. 11, córka włościanina z Chotylubia, starostwo cieszanowskie, (L. p. 204), szczepiona od 2 do 11 maja, zgłosiła się w 3 dni po pokąsaniu przez psa w przedramię lewe. Rana 6 ctm. długa, 2—3 ctm. szeroka, krwawiąca silnie, zadaną została w ciało gołe. Chora zmarła dnia 27 maja, a więc w 16 dni po ukończeniu szczepienia.

2) *Karol S.*, (L. p. 243), l. 19, czeladnik rzeźniczy z Kukolówki, starostwo rzeszowskie, szczepiony od 13 do 19 maja. Do szczepienia zgłosił się w 6 dni po pokąsaniu przez psa. Na dłoni rana około 7 ctm. długości, oraz kilka zdarć i ranek mniejszych — silnie krwawiących, zadanych w ciało gołe. Zmarł dnia 26/X. a więc w przeszło 6 miesięcy od chwili szczepienia.

3) *Stefan S.*, l. 10, (L. p. 248), syn włościanina z Komarowa, starostwo sokalskie; zgłosił się dnia 14/V w 8 dni po pokąsaniu z raną głęboką i silnie krwawiącą na przedramieniu w okolicy stawu garstkowego, oraz licznemi rankami i zdarciami silnie krwawiącemi. Zmarł dnia 11 sierpnia, a więc w $2^1/_2$ miesiąca od chwili ukończenia szczepienia.

Z dniem 1 stycznia 1905 roku zakład przeniesionym zostanie na ulicę Lubicz l. 28, gdzie w odpowiednio przebudowanym domu znajdą pomieszczenie wszyscy leczący się przeciwko wodowstrętowi, oraz ambulatoryum, pracownie dla otrzymywania mleczanki i t. d.

* * *

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 29 grudnia.

* W Zakopanem zanosi się na poważne inwestycye. Długie lata niepewności, powątpiewania i tymczasowości zdaje się niepowrotnie minęły. Komisya klimatyczna uznała, że w dzisiejszym stanie dalszy rozwój Zakopanego zależy tylko od wzorowych urządzeń higienicznych, dających chorym i tuaystom warunki zdrowia, wygody, przyjemności i opieki. Najważniejsza inwestycya — wodociąg — jest w przededniu urzeczywistnienia; z początkiem roku 1905 gmina przystępuje do jego budowy i ma przekonanie, że już w sezonie letnim goście dostaną wyborną górską wodę. Druga inwestycya, idąca w parze z wodociągiem, jest kanalizacya spławna: do urzeczywistnienia tego zarządzenia Komisya klimatyczna przygotowuje plany i kosztorysy, rozważa stronę finansową przedsiębiorstwa i po zaprowadzeniu wodociągów zabierze się do jej budowy. W planie regulacyjnym Komisya klimatyczna zajmie się wytyczeniem nowych ulic, a w dalszym ciągu wydaniem przepisów budowlanych, ewidencyą mieszkań do wynajęcia, uznanych przez Komisyę za odpowiednie. Cofając się przed wielkim kosztem budowy dworca gościnnego, postanowiła Komisya wystawić wielki żelazny kryty deptak w połączeniu z czytelnią, biblioteką i zakładem picia wód mineralnych. W dalszym ciągu dąży Komisya klimatyczna do lepszego oświetlenia Zakopanego, a jeśli gmina doprowadzi do skutku oświetlenie elektryczne, to Komisya poprze te usiłowania finansowym udziałem. Dalsze urządzenia, zamierzone przez Komisyę, dotyczą już nie inwestycyi, ale polepszenia i wydoskonalenia dotychczasowych zarządzeń. Przystępując od słów do czynów, Komisya klimatyczna ułożyła budżet na rok 1905, który jest wyrazem i odźwierciadleniem powyżej wyłuszczonych uchwał i zamiarów.

* Donoszą nam z Wiednia, że nominacya Doc. Dr. Leona Popielskiego na profesora zwyczajnego farmakologii i farmakognozyi w uniw. lwowskim została przez cesarza podpisana w dniu 8 b. m.

* Doc. Uniw. Jag. Dr. A. Bossowski otrzymał tytuł profesora.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w uniw. Jag. otrzymali: Władysław Filipkiewicz, Karol Morawski i Piotr Korolewicz.

* W Kielcach zawiązało się Towarzystwo lekarskie. Nowemu ognisku pracy przesyłamy szczere życzenia pomyślnego rozwoju w kierunku naukowym i koleżeńskim. Prezesem wybrany został Dr. Czaplicki, wiceprezesem Dr. Laskowski.

* „Kronika lekarska“ obchodziła 25-lecie swego istnienia. Założona w r. 1879 przez Wiktoryna Kosmowskiego, w ciągu 25 lat kilka razy zmieniała redaktorów, a z tą zmianą nieraz przeobrażała swój kształt zewnętrzny i układ wewnętrzny. Gdy się zważy, w jak trudnych warunkach odbywa się tego rodzaju praca w Królestwie Polskiem, gdy się uwzględni słowa samej Redakcyi w notatce historycznej (p. Z. 24), że „wydawnictwo nasze nie opłacało się materyalnie ani razu, często wypadało zasilać je z naszych funduszów prywatnych“, to sprawiedliwość nakazuje uznać i ocenić ducha wytrwałości i ofiary, gdyż tych dwóch cnót nie wykrzesze żadna próżność ludzka, a natomiast wzniecić je może tylko miłość rzeczy wyższego rzędu, tylko poczucie obywatelskiego obowiązku. Z czcią więc patrzymy na 25 lat wytrwałych usiłowań i wierzymy w ostateczne zwycięstwo tak pojętej pracy.

* Z zarządu Towarzystwa samopomocy lekarzy donoszą nam, że apteka pod firmą F. Gralewskiego, oraz apteka p. K. Wiszniewskiego w Krakowie ofiarowały po 50 koron na cele tego Towarzystwa, zamiast składania darów i rozsyłania listów noworocznych. Kwotę tę przesłano czekiem pocztowej Kasy oszczędności Nr. 853,810 do centralnej kasy Towarzystwa samopomocy lekarzy.

* Między 4 a 10 grudnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim, horodeńskim, jaworowskim, kamioneckim, kołomyjskim, nadwórniańskim, rawskim, stryjskim, tarnopolskim, turczańskim i zaleszczyckim po 1 gminie w każdym powiecie.

* Londyńskie Towarzystwo laryngologiczne wydało okólnik, w którym zwraca uwagę, że Manuel Garcia, wynalazca laryngoskopu, dobiega 100 lat życia w dniu 17 marca 1905 roku. W tymże samym roku upływa 50 lat od wynalezienia laryngoskopu. Towarzystwo rzeczone ogłasza subskrybcyę na ofiarowanie daru sędziwemu badaczowi wraz z adresem honorowym.

* Według „Petersburger medic. Wochenschrift“ rosyjska służba lekarska w Mandżuryi udzieliła pomocy między 25 sierpnia a 11 października 33,332 osobom, wliczając ranionych i chorych.

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzwycz. psychiatryi w Insbruku. Dr. Mayer, mianowany został prof. zwyczajnym. Nadzwyczajnymi profesorami w niemieckim uniwersytecie w Pradze mianowani zostali: Kisch, Petřina i Kohn. Tytuł nadzwyczajnych profesorów w tymże uniwersytecie otrzymali: Raudnitz. Pietrzikovski i Fischl. Dr. De Stella mian. profesorem wewnętrznej patologii w Gandawie.

Bibliografia:

— *Ginekologia* Nr. 11. Kośmiński: Doświadczenia nad podwiązywaniem moczowodów. Pomorski: Wąglik złośliwy dużej wargi i jego leczenie sublimatem.

— *Gazeta lekarska* Nr. 51. Krokiewicz: Przypadek „chloroma multiplex“. Pawiński: Napięcie tętnicze w okresie przekwitowym u kobiet (dok.). Świątecki: Rad i jego promienie (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 51. Heryng: O nowych metodach inhalacyjnych.

— *Zdrowie* Z. 12. Goździcki: O wartości powietrza w nowozbudowanym szpitalu Dzieciątka Jezus. Landau: O wilgoci mieszkań. Tolwiński: Meteorologia w stosunku do zdrowotności.

— *Revue v neurologii, psychiatrii, fisikalni a diaetetické therapii* Nr. 11. Chalupecký: Oční příznaky při traumatické neurose (c. d.). Nový: Folie gemellaire (dok.). Zahradnický: O narkose skopalaminomorfinové (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 51. Haškovec: Neuropathologické příspěvky. Müller: Dva případy maligního chorionepitheliomu (c. d.). Slavik: O aktinotherapii (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 100. Roger: Odruch przełykowo-ślinny. Bronowski: Choroby serca i zajęcie nerek.

— Nr. 101. Faure: Leczenie raka języka. Hallion i Carrion: Próba bakteryologiczna katgutu.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 51. Güttler: Zalety i wady „typhus diagnosticum“ Fickera. Bibergeil: Digalen środek czynny naparu naparstnicy. Graeffner: Pięć przypadków guzów ośrodkowego układu nerwowego. Raecke: Histeryczne stany spania. Schoff: Hipochondria i stany hipochondryczne. Piórkowski: Tymczasowe doniesienie o szczepieniu kiły na koniach.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 51. Fauconnet: Tętno dwubitne. Bielschowsky: Oczne objawy w myastenii. Wormser i Labhardt: Dalsze badania nowoczesnej nauki o drgawkach. Halff: Przypadek odwrotnego położenia żołądka, dwunastnicy i śledziony u 63-letniej kobiety. Hey: Porażenie Landryego. Engelmann: Ostry ucisk ogona końskiego (cauda equina) przez pocisk. Operacya. Wyleczenie. Hoppe: O sanatogenie. Berndt: Liczenie leukocytów a wczesna operacya zapalenia jelita ślepego (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 51. Meissl: O leczeniu operacyjnem raka sutka i jego trwałym wyniku. Levičnik: O objawie Quinquauda. Kienböck: Ochrona radiologów przed uszkodzeniami ciała.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 53. Loeffler: Nowy sposób uzyskania niweczników. Franke: Ból w podeszwie i jego leczenie. Henning: Przyczynek do sprawy przedziurawienia otrzewnej pochodzenia robaczkowego z powodu urazu. Edinger: Choroby układu nerwowego z powodu zużycia się. Leo: Wpływ wody morskiej na działanie słońca. Franze: Elektroterapia chorób sercowych w łączności z leczeniem w Nauheim. Bröse: Czy strup po chlorku cynkowym zabezpiecza aseptyczne rany od zakażenia jadowitemi bakteryami?

Redakcya otrzymała. Bogdanik: 1) O ropniach urazowych śledziony. 2) Intraperitonealer Schnitt und Schnurnaht bei Operationen an der Harnblase. Zenczykowski: Kilka przypadków wągrów i bąblowca mózgu, oraz uwagi o częstości różnych tasiemców w Warszawie. Czarnecki: Medycyna pastoralna. Podręcznik dla kleru katolickiego. — Sprawozdanie Czytelni akademickiej we Lwowie. Karwacki: Serodyagnostyka spraw zakaźnych.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 51 (od 18/XII do 24/XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 20, dziew. 23; nieżywo: chł. 1, dz. 1. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 16, kob. 10; zamiejscowych: męż. 12, kob. 15.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych 2. 2) gruźlica: miej. 4, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 1, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem**: miejscowych 26, obcych 27.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**


BIBLIOTHECA
UNIV. IAGELL.